

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
DOUTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ELZA GALVÃO BERGÊ CUTRIM DUAILIBE

“PARTO HUMANIZADO” NO BRASIL: avaliação política do Programa de
Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SÃO LUÍS
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS
DOUTORADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ELZA GALVÃO BERGÊ CUTRIM DUAILIBE

“PARTO HUMANIZADO” NO BRASIL: avaliação política do Programa de
Humanização no Pré-Natal e Nascimento

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Políticas Públicas da Universidade
Federal do Maranhão como requisito parcial para
a obtenção do título de Doutora em Políticas
Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Marly de Jesus Sá Dias.

SÃO LUÍS
2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

DUALIBE, Elza Galvão Bergê Cutrim.

“PARTO HUMANIZADO” NO BRASIL : avaliação política do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento / Elza Galvão Bergê Cutrim Duailibe. - 2021.

203 f.

Orientador(a): Marly de Jesus Sá Dias.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Avaliação de Políticas Públicas. 2. Política de Saúde. 3. Humanização do Parto.

I. Dias, Marly de Jesus Sá. II. Título.

ELZA GALVÃO BERGÊ CUTRIM DUAILIBE

“PARTO HUMANIZADO” NO BRASIL: avaliação política do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Aprovada em: 09 de abril de 2021

BANCA EXAMINADORA

Professora Marly de Jesus Sá Dias (orientadora)
Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão

Professora Maria Eunice Ferreira Damasceno Pereira
Doutora em Economia Aplicada pela Universidade Estadual de Campinas

Professora Cristiana Costa Lima
Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão

Professora Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues
Doutora em Geografia pela Universidade de São Paulo

Professora Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro
Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão

Para minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de um esforço pessoal, de quatro anos de intensas transformações, vivências e aprendizados. Mas, como todos somos impactados por nossas relações, sejam elas familiares, profissionais, políticas ou fraternas, há um pouco de muita gente nesta pesquisa. Concluo este ciclo com gratidão, amadurecimento e realização, com mais consciência de que a busca por conhecimento e a luta por uma sociedade menos desigual e mais “humana”, continua.

Dito isto, eu quero agradecer às pessoas que colaboraram, direta ou indiretamente, para que este ciclo em minha vida fosse concluído. Assim, agradeço:

A Deus, porque quanto mais conhecimento adquiro, mais certeza tenho de sua presença, cuidado e direcionamento. Por falar claramente, ainda que nem sempre da maneira que eu gostaria. Por caminhar ao meu lado sempre.

À minha querida orientadora, Professora Marly Dias, pelo olhar atento, crítico, profissional e generoso; pelo incentivo e compreensão nos momentos pessoais em que precisei pausar os estudos por um tempo. Sua competência e humanidade na orientação marcam esta fase da minha vida de uma maneira especial. Obrigada!

À minha mãe, Eliene, e ao meu pai, Domingos, por tudo! Pelas orações, pelo incentivo ao estudo e à vida acadêmica, por serem esses pais carinhosos e presentes e serem fonte incondicional de amor e cuidado. Palavras jamais poderiam expressar minha gratidão.

Ao meu esposo, Rafael, grande incentivador, por alegrar meus dias com sua presença, bom-humor e inteligência. Por saber ouvir, aconselhar e silenciar nas horas certas. Por dividir a vida comigo e olhar para a mesma direção.

À minha tia Ilza, mais que maravilhosa, minha inspiração acadêmica. Por ser essa pessoa de coração enorme, pelo incentivo que sempre deu aos meus estudos, pelas dicas sempre úteis, pelo carinho e cuidado demonstrado em suas ações não só por mim, mas por toda a família.

Ao meu irmão, Felipe, por rir e celebrar comigo nos momentos de alegria e chorar junto nos momentos de tristeza. Por ter dado os presentes mais especiais: Paulinho e Eve.

À minha sogra, Mirian, sempre presente com sua alegria, mandando cuidado em forma de boa comida.

Às minhas lindas avós, Neusa e Elza, e ao meu avô Ilmar. Espero que o pesadelo da pandemia acabe logo para que possamos estar juntos presencialmente.

Às minhas amigas, Shá, Bel e Graci, por todos os momentos que já dividimos. Sei que comemoram minhas conquistas como se fossem suas.

À minha tia Mundinha, por quem tenho grande carinho, pelo apoio fundamental durante a minha jornada escolar.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, por todo conhecimento partilhado. Um agradecimento especial às professoras Ozanira Silva e Valéria Lima, pelas contribuições na disciplina Avaliação de Políticas e Programas Sociais; à professora Salviana Sousa, pelas contribuições na disciplina Gestão de Políticas e Programas Sociais e à professora Franci Cardoso, pelas contribuições na disciplina Seminário de Tese, fundamentais para este trabalho.

À professora Marizélia Ribeiro, pelas contribuições ao trabalho durante a qualificação do projeto de pesquisa e pelo aceite em participar da banca de defesa.

À professora Márta Ribeiro, por prontamente aceitar o convite para participar da banca de defesa.

Às professoras Cristiana Costa Lima e Maria Eunice Pereira, pelas valorosas observações e sugestões na qualificação da tese.

À turma (doutorado e mestrado) pela companhia durante o período de aulas. Foram valiosas as reflexões em sala e fora dela. Sem dúvidas, o caminho percorrido no doutorado foi enriquecido com a presença de cada um/uma.

À secretaria do Programa de Políticas Públicas, especialmente a Edson e dona Izabel, pelo profissionalismo e atenção nos vários momentos em que precisei de ajuda ou orientação.

Ao Departamento de Turismo e Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão, pelo afastamento concedido. Aqui registro um agradecimento especial à professora Conceição Belfort.

Às minhas alunas e alunos do Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão, pelo apoio, carinho e todo conhecimento compartilhado ao longo destes dez anos.

“Quem quiser nascer tem que destruir um mundo.
[...] Sempre é difícil nascer. A ave tem de sofrer
para sair do ovo, isso você já sabe. Mas volte o
olhar para trás e pergunte a si mesmo se foi de
fato tão penoso o caminho. Difícil apenas? Não
terá sido belo também? Podia imaginar outro tão
belo e tão fácil?”

Hermann Hesse *in* Demian

RESUMO

A formulação e implementação de políticas direcionadas à humanização da assistência obstétrica e neonatal demonstram que há urgência e demanda por intervenções concretas nessa área. A presente tese teve por objeto o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000 pelo Ministério da Saúde, que foi o primeiro direcionado especificamente para a humanização do parto no Brasil, com vistas a reduzir a mortalidade materna e neonatal e a garantir à mulher atendimento acolhedor de qualidade com base na garantia de direitos de cidadania. Consistiu em pesquisa qualitativa de caráter teórico-crítico, bibliográfica e documental, inserida no campo da pesquisa avaliativa, dentro da linha de avaliação política da política. Avaliou-se o PHPN com base nos pressupostos políticos e socioculturais que o fundamentam, considerando a gestão do SUS e o contexto da saúde no Brasil no período de 2000 a 2017. Destacou-se questões relacionadas ao conceito de humanização e humanização do parto, gestão no Sistema Único de Saúde, neoliberalismo, violência obstétrica e tecnocracia. Analisou-se a estruturação da saúde no Brasil e o processo de construção da lógica do parto e dos determinantes estruturais e contextuais que levaram à formulação de políticas para a humanização do parto. Avaliou-se a engenharia do PHPN, seu conteúdo e objetivos em face à conjuntura neoliberal na saúde brasileira. Os resultados demonstraram que o PHPN coloca o termo humanização como foco central de sua proposta, mas direciona suas ações para protocolos técnicos a serem seguidos, o que não desfaz o modelo tecnocrático, não promove uma assistência ao pré-natal e nascimento humanizada e não favorece o fortalecimento das mulheres durante o processo assistencial, visto que as ações, iniciativas e tomadas de decisão continuam concentradas nas mãos dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Avaliação de Políticas Públicas. Política de Saúde. Humanização do Parto.

ABSTRACT

The formulation and implementation of policies directed to the humanization of obstetric and neonatal care demonstrate that there is an urgency and demand for factual interventions in this area. This thesis has as its object, the Program of Humanization in Prenatal and Birth (PHPN), instituted in 2000 by the Ministry of Health, which was the first specifically directed to the humanization of childbirth in Brazil, aiming to reduce maternal and child mortality and to ensure a welcoming quality service for women based on the assurance of citizenship rights. This is a qualitative research with a theoretical-critical character, bibliographic and documentary inserted in the evaluative research field, within the line of political evaluation of the policy. The objective is to evaluate the PHPN based on the political and socio-cultural assumptions that support it and considering the management of Brazil's Unified Health System (SUS) and the context of health in Brazil in the period from 2000 to 2017. It highlights the matter related to the concept of humanization and childbirth humanization, Brazil's Unified Health System management, neoliberalism, obstetric violence and technocracy. It questioned to analyze the structuring of health in Brazil and the process of constructing the logic of childbirth and the structural and contextual determinants that led to the formulation of policies for the humanization of childbirth. PHPN engineering, its tenor and its objectives were evaluated in the view of Brazilian health neoliberal conjuncture. It was found that the PHPN puts the term humanization as the central focus of its proposal, but directs its actions towards technical protocols to be followed, which does not undo the technocratic model, nor does it promote assistance to prenatal care and humanized birth and does not favor the strengthening of women during the care process, since actions, initiatives and decision making remain under the responsibility of health professionals.

Keywords: Public Policies Evaluation. Health Policy. Humanization of Childbirth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABO-Rh | Exame de tipagem sanguínea |
| Abrasco | Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva |
| AIS | Ações Integradas de Saúde |
| AMIU | Aspiração Manual Intra-Uterina |
| ANDO | Associação Nacional de Doulas |
| ANS | Agência Nacional de Saúde Suplementar |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BEMFAM | Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil |
| BID | Banco Interamericano de Desenvolvimento |
| BM | Banco Mundial |
| BPA | Boletim de Produção Ambulatorial |
| CAP | Caixa de Aposentadorias e Pensões |
| Cebes | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde |
| Cebrap | Centro Brasileiro de Análise e Planejamento |
| CF | Constituição Federal |
| CLT | Consolidação das Leis de Trabalho |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| CRM | Conselho Regional de Medicina |
| CRON | Central de Regulação Obstétrica e Neonatal |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DF | Distrito Federal |
| DGPE | Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas |
| DNAPN | Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |
| DRU | Desvinculação da Receita da União |
| DSS | Determinantes Sociais de Saúde |
| EBSERH | Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares |
| EC | Emenda Constitucional |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |

| | |
|--------|--|
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FAEC | Fundo de Ações Estratégicas e Compensações |
| FEDP | Fundações Estatais de Direito Privado |
| FHC | Fernando Henrique Cardoso |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| Hb | Hemoglobina |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| Ht | Hematócrito |
| HU | Hospital Universitário |
| IAP | Instituto de Aposentadorias e Pensões |
| IHAC | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| II PND | II Plano Nacional de Desenvolvimento |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| INPS | Instituto Nacional de previdência Social |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| LOPS | Lei Orgânica da Previdência Social |
| LOS | Lei Orgânica da Saúde |
| MARE | Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado |
| MBE | Medicina Baseada em Evidências |
| MES | Ministério da Educação e Saúde |
| MESP | Ministério da Educação e Saúde Pública |
| MMR | Mortalidade Materna Global |
| MS | Ministério da Saúde |
| NeP | Nascimentos e Partos |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| ODS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| OS | Organização Social |
| OSCIP | Organização da Sociedade Civil de Interesse Público |

| | |
|-------------|--|
| OSS | Organização Social de Saúde |
| PAISM | Programa de Atenção Integral à Mulher |
| PDRAE | Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PL | Projeto de Lei |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNAON | Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal |
| PNDS | Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNHAH | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| PNP | Programa Nacional de Publicização |
| PNSMI | Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil |
| PSDB | Partido da Social Democracia Brasileira |
| PT | Partido dos Trabalhadores |
| RC | Rede Cegonha |
| REFORSUS | Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde |
| REHUF | Projeto de Reestruturação dos Hospitais Universitários |
| ReHuNa | Rede de Humanização do Nascimento |
| Relacahupan | Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento |
| SADT | Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico |
| SAS | Secretaria de Assistência à Saúde |
| SBPC | Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SESP | Serviço Especial de Saúde Pública |
| SH | Serviços Hospitalares |
| SIA-SUS | Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde do SUS |
| SIH | Sistema de Informações Hospitalares |
| SINASC | Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos |
| SISPRENATAL | Sistema de Informação sobre Pré-natal |

| | |
|--------|--|
| SP | Serviços Profissionais |
| SPS | Secretaria de Políticas de Saúde |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| US | Unidades de Serviço |
| VDRL | <i>Venereal Disease Research Laboratory</i> |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 SAÚDE NO BRASIL: da Reforma Sanitária à influência neoliberal | 31 |
| 2.1 A Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde | 32 |
| 2.2 A gestão no Sistema Único de Saúde | 45 |
| 2.3 O neoliberalismo e os impactos na política de saúde | 54 |
| 3 HUMANIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO: questões socioculturais, conceitos, contradições e políticas públicas | 69 |
| 3.1 A lógica do parto no Brasil e os determinantes para a criação do PHPN | 70 |
| 3.2 Políticas para o parto e humanização no Brasil | 88 |
| 3.3 Os sentidos da humanização em saúde | 105 |
| 3.3.1 As contradições no discurso da humanização | 123 |
| 4 A ENGENHARIA DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO: uma visão crítica | 134 |
| 4.1 Justificativas, prioridades e a concepção de humanização no PHPN | 135 |
| 4.2 Princípios, diretrizes e objetivos | 152 |
| 4.3 Componentes, gestão e financiamento | 160 |
| 5 CONCLUSÃO | 177 |
| REFERÊNCIAS | 182 |
| ANEXO A – FOLHA DE ROSTO DA CARTILHA DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO | 203 |

1 INTRODUÇÃO

A presente tese é fruto de pesquisa desenvolvida no contexto do doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão e tem por objeto o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000. Trata-se de uma pesquisa avaliativa sobre o referido programa, bem como sobre os pressupostos que o fundamentam e sobre as possibilidades de sua materialização no atual contexto da saúde no Brasil.

Importante enfatizar que as motivações que nos impulsionam a estudar tal temática se relacionam não apenas ao nosso interesse pessoal, como também às nossas atividades como docente no Curso de Hotelaria da Universidade Federal do Maranhão, onde ministramos a disciplina de Hotelaria Hospitalar, que aborda a humanização e gestão em saúde, assuntos que se transformaram em projetos de extensão, eventos científicos que coordenamos e trabalhos de conclusão de curso de alunos e alunas sob nossa orientação.

Vale ressaltar, ainda, o fato de termos trabalhado, antes de adentrar o magistério superior, em hospital e maternidade particular em setor de hotelaria, momento importante para adquirir uma percepção mais crítica a respeito da relação médico-paciente e do modelo tecnocrático que se faz presente, não apenas na saúde suplementar, mas também no SUS.

Além disso, ingressar, na condição de aluna no doutorado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, programa de excelência e projeção nacional, com linha de pesquisa dedicada especialmente à avaliação de políticas e programas sociais, em muito nos aguçou a enveredar por um estudo subsidiado pela pesquisa avaliativa.

A escolha de investigar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento se deu pelo fato deste ter sido o primeiro, dentro da linha de humanização, a ser destinado especificamente ao parto, estabelecendo critérios importantes de alcance nacional para o pré-natal, repasse de recursos para este fim e por propor mudanças na atenção dada às gestantes.

Outro critério para esta escolha se justifica por não termos identificado nenhuma avaliação política do PHPN, de cunho qualitativo, que considerasse

questões estruturais do programa ao mesmo tempo em que aprofundasse análise do tema humanização e impactos do neoliberalismo na saúde.

Vale ressaltar que a gestação e o parto são acontecimentos permeados de diversos significados, envoltos em questões sociais, culturais, econômicas, afetivas e, obviamente, biológicas. Por muito tempo estiveram restritos às esferas doméstica e familiar, tratados como eventos essencialmente naturais. Era habitual que as mulheres tivessem os bebês em casa, na presença dos familiares e com o amparo de parteiras.

O avanço da medicina amplia o interesse na saúde reprodutiva das mulheres e, no final do século XIX, obstetras iniciaram um movimento para que o parto passasse a ser um evento hospitalar, algo que se tornaria realidade em meados do século XX (MAIA, 2010). Uma das consequências desse movimento foi a intensificação da medicalização do parto e a adoção de procedimentos e técnicas cirúrgicas.

Apesar dos fatores positivos ligados ao avanço da obstetrícia, a exemplo da melhoria dos indicadores de morbidade¹ e mortalidade perinatais² e maternas, o aumento de partos hospitalares, com alta quantidade de intervenções, colaborou significativamente para uma mudança cultural no que diz respeito às práticas e recomendações médicas.

Além disso, a divisão da medicina em diferentes especialidades fez com que o cuidado fosse fragmentado, por meio da divisão entre corpo e mente em diferentes áreas de estudo. Isso contribuiu para a construção de um modelo assistencial que afasta o indivíduo de sua condição humana, ou seja, o desumaniza, enquanto o compreende apenas como um corpo enfermo (SOUZA; MOREIRA, 2008).

No que se refere ao parto, a desumanização se apresenta de diversas maneiras, sobretudo no empobrecimento das relações entre profissionais e usuárias. O momento da gestação e do parto tende a ser marcado por uma tecnocracia excessiva, que exalta as questões de ordem biológica, ao mesmo tempo em que desconsidera fatores sociais, éticos e emocionais da mulher.

¹ Refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população.

² Período que compreende um intervalo que começa por volta da 20ª semana de vida intra-uterina e se estende até o 28º dia pós-neonatal.

Nesse processo há ainda a perda de autonomia da mulher, pois, tanto as parturientes quanto as parteiras ficaram mais submissas ao modelo institucionalizado de atendimento, o que lhes deixa mais vulneráveis a violências obstétricas (WOLFF; WALDOW, 2008).

Tal sujeição, relacionada ao entendimento, por parte da mulher e da sociedade, do poder e do saber médico e de que este possui legitimidade científica e social, pode contribuir para que o profissional naturalize ou banalize atos de violência obstétrica. No Brasil, a relação existente entre médico e usuária, no que tange ao parto e ao nascimento, foi social e historicamente construída com base nessa sujeição, que não permite, muitas vezes, que as orientações do médico sejam questionadas.

Conseqüentemente, gestantes se sujeitam a agendamentos de cirurgias cesarianas fora da data prevista de parto ou, quando em trabalho de parto natural, se submetem a procedimentos e intervenções desnecessárias, muitas sem embasamento científico, que podem prejudicar a mulher e o bebê, a exemplo de manobras e uso de medicamentos indiscriminadamente (MAIA, 2010; RATTNER, 2009).

Venturini e Godinho (2013) testificam, em pesquisa realizada no ano de 2010, que uma quantidade grande de mulheres que tiveram partos normais, tanto na rede pública quanto na rede privada no Brasil, sofreram algum tipo de violência obstétrica, como desrespeito e maus-tratos (VENTURINI; GODINHO, 2013).

Perante a problemática em torno da saúde gestacional e materna, que engloba tecnocracia, desumanização, diversos tipos de violência e aumento exponencial na quantidade de cirurgias cesarianas, o movimento feminista brasileiro intensifica sua luta em prol de uma atenção integral à saúde da mulher e de direitos reprodutivos e gravídico-puerperais na década de 1980.

Como resultado, legislações e políticas para mulheres foram formuladas, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, “subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto” (BRASIL, 2000, p. 05).

O PHPN, foco desta tese, apresenta como objetivo primordial: assegurar melhorias tanto de acesso, quanto de cobertura e qualidade do acompanhamento

pré-natal, da assistência ao parto e puerpério³ às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000). Além disso, pauta-se nos preceitos de humanização da assistência obstétrica e neonatal⁴.

Em seu documento-base, o PHPN afirma que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, o que requer dos profissionais de saúde uma atitude ética e solidária, e da instituição de saúde uma organização que permita criar um ambiente acolhedor (BRASIL, 2000).

Com efeito, o cuidado humanizado ao parto tem sido tema de interesse na sociedade. No entanto, os sentidos, conteúdos e finalidades da humanização do parto constituem-se em grande desafio, tendo em vista os seus requisitos: investimentos na política de saúde, para que o SUS possa cumprir seus princípios doutrinários e organizativos, qualificar trabalhadores da saúde para atender a gestante e seus familiares e acompanhantes, com condições de trabalho adequadas (PEREIRA *et al.*, 2018). Assim,

Frente a essa realidade, subentende-se que a assistência obstétrica necessita de uma ampla mudança, a qual contemple seus aspectos de: acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade. A proposta de humanização do parto vem reconhecer a autonomia da mulher enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar esse momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar sua segurança e bem-estar, bem como do recém-nascido (PEREIRA *et al.*, 2018, p. 02).

Depreendemos ainda que a humanização do parto requer rompimento com os padrões da obstetrícia tradicional e tecnocrática para consolidação de um modelo de assistência que valorize a mulher, considere fatores biológicos, sociais, éticos, culturais e faça uso consciente da tecnologia. A humanização, portanto, implica em novas práticas de saúde. Entretanto, como seria humanizar e promover novas práticas em um contexto dominado pelo lucro e pela mercantilização da saúde?

A existência de ações como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com atenção especial à humanização e à atenção dada à mulher, demonstram, entre outras compreensões, que há urgência e demanda por intervenções e ações concretas a serem implementadas, monitoradas e avaliadas.

A formulação de um programa como o PHPN, que orienta uma assistência à gestante e à parturiente e vai na contramão da lógica tecnocrática

³ Período da vida da mulher que corresponde aos 42 dias após o parto (BRASIL, 2000).

⁴ Período que compreende os primeiros 28 dias de vida do recém-nascido (BRASIL, 2000).

estabelecida, requer a consciência de que há entraves socioculturais, políticos e operacionais que impactam a gestão e estrutura do Sistema Único de Saúde e a atuação dos profissionais, além dos impactos causados pela lógica neoliberal na saúde, que precisam ser cessados.

O SUS, em grande escala, ainda se organiza em um modelo sanitário biologicista, medicamentoso e curativista, situação amparada no modelo tecnicista da formação de profissionais de saúde, orientado para as exigências do mercado e não para a realidade do SUS e para as necessidades sociais (COUTINHO, 2015).

Nessa perspectiva, há forte competição entre as esferas pública e privada pelo repasse de recursos na saúde, ao lado do aumento de privatizações e, como resultado, um sistema de saúde com múltiplas dificuldades para se consolidar como direito universal.

Ao observarmos a conjuntura apresentada, nos é nítida a necessidade de aprofundar o estudo sobre políticas para o parto e nascimento no Brasil, especialmente ao percebermos a cultura tecnocrata que se formou em torno da humanização do parto, temática que tem relevância social e política por ter sido historicamente marcada por situações contrárias à sua efetivação, a exemplo dos altos índices de cesarianas desnecessárias sem base em evidências científicas⁵ e violências obstétricas, como negligência, assédio físico e moral, uso de medicalização excessiva e manobras desnecessárias.

Ante o exposto, uma avaliação política do PHPN se faz relevante e corresponde a um julgamento de sua concepção, dado o contexto da saúde no Brasil e as questões socioculturais e políticas que permeiam o parto no país e fundamentaram o programa. “Considerada, dentro de uma perspectiva de cidadania, a avaliação de políticas e programas sociais pode vir a se constituir em instrumento eficaz para o controle das políticas sociais por parte da sociedade” (SILVA, 2013, p.41).

Isto posto, o objeto da presente investigação é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), especificamente no que concerne aos pressupostos políticos e socioculturais que o fundamentam, com ênfase em sua

⁵ A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento de cientistas, médicos e profissionais de saúde na tentativa de utilizar e desenvolver métodos rigorosos que respondam a questões clínicas sobre eficácia, efetividade, eficiência e segurança de determinado tratamento e prevenção, bem como sobre a sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos e aspectos prognósticos de certa doença na área da saúde (DIB, 2014, p. 09).

engenharia⁶, na gestão do SUS e no contexto da política de saúde no Brasil, no período de 2000 a 2017, com o propósito de analisar a sua coerência e possibilidades para fomentar as mudanças preconizadas na atenção às gestantes numa conjuntura situada sob a égide neoliberal e rebatimentos nas políticas de saúde.

Importante enfatizar que a presente tese está inserida na Área de Concentração “Políticas Sociais e Programas Sociais” e na Linha de Pesquisa “Avaliação de Políticas e Programas Sociais”, do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão. Quanto às questões centrais, partimos das seguintes indagações:

- De que forma a conjuntura neoliberal tem impactado o Sistema Único de Saúde?
- Qual o contexto sociocultural e os fundamentos e condicionantes políticos, a partir da conjuntura da saúde, nos quais se inseriu a preocupação do Estado brasileiro com a humanização do parto para que este tema se transformasse em política pública?
- Na engenharia do PHPN há pertinência no conteúdo e objetivos em face à gestão do SUS, sob a égide neoliberal na saúde no Brasil?

O objetivo geral da pesquisa consistiu em Avaliar o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) com base nos pressupostos políticos e socioculturais que o fundamentam e considerando a gestão do SUS e o contexto da saúde no Brasil no período de 2000 a 2017.

Objetivos específicos foram construídos para o alcance desse propósito. Assim, temos: Discutir a construção do SUS e sua gestão na conjuntura neoliberal; Analisar o contexto sociocultural e os fundamentos e condicionantes políticos, a partir da conjuntura da saúde, nos quais se inseriu a preocupação do Estado brasileiro quanto à humanização do parto para que este tema se transformasse em política pública; Discutir a engenharia do programa com o propósito de analisar como seu conteúdo e objetivos se entrelaçam à gestão do SUS na conjuntura neoliberal na saúde brasileira.

⁶ Engenharia de uma política pública diz respeito ao seu desenho ou componentes estruturais do seu plano (SILVA, 2013).

Delineamos ainda um percurso investigativo com base em procedimentos metodológicos⁷ que melhor atendessem à nossa necessidade de apreender os fenômenos em sua totalidade.

A pesquisa foi construída em uma abordagem de natureza qualitativa⁸, de caráter teórico-crítico, direcionada para a engenharia da política, com análise referenciada em seus textos, pelo entendimento de que esta permite uma maior imersão do pesquisador no contexto de avaliação política e melhor possibilidades de análise interpretativa. Destacamos que o objeto foi analisado de forma articulada com a totalidade concreta, que contém riqueza de determinações, mas possui também contradições.

Desse modo, utilizamos o método crítico-dialético, que, segundo Silva (2013), permite o desenvolvimento de avaliações a partir de aproximações sucessivas com a realidade, de modo a possibilitar movimentos articulados capazes de superar a aparência e desvendar a essência dos fenômenos, neste caso, o objeto da investigação, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Segundo Marx (2003, p. 248):

O concreto é concreto porque é a síntese de múltiplas determinações e, por isso, é a unidade do diverso. Aparece no pensamento como processo de síntese, como resultado, e não como ponto de partida, embora seja o verdadeiro ponto de partida, e, portanto, também, o ponto de partida da intuição e da representação.

Ainda segundo o método crítico-dialético, Netto (2004, p. 58) explica:

O procedimento metodológico próprio a essa teoria [marxiana] consiste em partir do empírico (os “fatos”), apanhar as suas relações com outros conjuntos empíricos, investigar a sua gênese histórica e o seu desenvolvimento interno e reconstruir no plano do pensamento todo esse processo. O circuito investigativo, recorrendo compulsoriamente à abstração, retorna sempre ao seu ponto de partida – e, a cada retorno compreende-o de modo cada vez mais incluso e abrangente. Os “fatos”, a cada nova abordagem, se apresentam como produtos de relações históricas crescentemente complexas e mediatizadas, podendo ser contextualizados de modo concreto e inseridos no movimento maior que os engendra. A pesquisa, portanto, procede por aproximações sucessivas ao real, agarrando a história dos processos simultaneamente às suas particularidades internas.

Nesse sentido, corroboramos com Silva (2013, p. 90), para quem

⁷ Por procedimentos metodológicos compreendemos o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, sendo que a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas (MINAYO, 2001).

⁸ De acordo com Chizzotti (2003), a pesquisa qualitativa permite partilha com pessoas, fatos, locais que se mostram como objetos de pesquisa para que os significados sejam apreendidos a uma percepção sensível, que são traduzidos em textos com embasamento científico.

A realidade social é complexa e só se deixa compreender a partir de movimentos conscientes, sistemáticos e demorados, numa busca de desvendar a essência dessa realidade, expressa por suas determinações e contradições.

O método de Marx é pressuposto por duas fases que não se separam: a investigação (pesquisa) e a exposição (apresentação). A investigação consiste no esforço prévio de se apropriar das determinantes do conteúdo do objeto nele mesmo. Trata-se de uma apropriação do objeto a partir dos seus detalhes, evolução, conexões e lógica interna, o que ocorre pelo pensamento, de maneira reflexiva, analítica, antes da exposição (CHAGAS, 2011).

A exposição requer que o objeto seja apresentado criticamente, com base em suas contradições, ou seja, através de sua lógica interna, do movimento efetivo de seu próprio conteúdo. A exposição significa uma reprodução do real, isto é, uma reconstrução crítica, no plano ideal, do movimento sistemático do objeto, o que demanda um esforço prévio de investigação (CHAGAS, 2011).

O método crítico-dialético de Marx exige um empenho intelectual de apreensão do movimento interno, efetivo do objeto e de sua exposição ideal. Para tanto, é necessário romper com opiniões pré-concebidas, hipóteses e conceitos externos ao objeto para considerar sua lógica específica, sua estrutura (CHAGAS, 2011).

Importante enfatizar que, quando se trata de uma avaliação e seus resultados, estes sempre serão aproximações de uma realidade, o que demanda uma postura ética do pesquisador, além de coerência na análise das informações obtidas, o que buscamos na elaboração desta tese.

Como já indicamos, a presente tese se insere no campo da pesquisa avaliativa, sendo uma avaliação política. No que se refere aos modelos de avaliação mais encontrados na literatura, Silva (2001) aponta o monitoramento, a avaliação política da política, a avaliação de processo e a avaliação de impactos. A autora destaca que:

A avaliação é, por conseguinte, considerada parte do processo das políticas públicas, e apontada sua dimensão política, na medida em que a prática da avaliação depende de interesses dos diferentes sujeitos que entram e saem nos diferentes momentos do processo das políticas públicas, expresso por sua concepção, formulação e implementação em contextos geográficos locais, estaduais e federais, influenciados ainda por diferentes realidades políticas e administrativas (SILVA, 2013, p. 34).

Nesse sentido, optamos pela avaliação política do referido programa, por meio da análise de seu conteúdo e objetivos, a fim de apreender os seus fundamentos, concepções e elementos constitutivos. Cumpre esclarecer que a avaliação, no âmbito da pesquisa social, deve ser compreendida como um movimento específico que integra o processo das políticas públicas e que incide no julgamento e na explicação da importância de uma política ou programa.

Além disso, a avaliação política da política orienta-se na fase de formulação ou planejamento de uma política ou programa, podendo também referir-se ao seu desenho ou engenharia, a partir da análise da consistência ou estruturação do plano em relação aos objetivos estabelecidos.

Nesse aspecto, é importante salientar que as políticas públicas são construções sociais, constituídas de maneira heterogênea pela atuação de diferentes sujeitos em níveis distintos de sua estrutura (BUCCI, 2002). Podemos perceber que a própria estrutura da política pública é passível de investigação, visto que sua construção está imbricada às suas determinações e contradições sociais, culturais, políticas e econômicas.

Compreendemos que a avaliação política permite mais que a realização de uma análise formal dos componentes internos das políticas públicas, avaliar a influência dos condicionantes históricos e conjunturais na formulação de políticas públicas afeitas às oportunidades ou limitações da sua época (HOSSOÉ, 2012).

De acordo com Silva (2013), a avaliação tem as seguintes funções: função técnica, na medida em que fornece subsídios para a correção dos desvios na implementação; função política, visto que oferece informações para sujeitos sociais fundamentarem suas lutas sociais; e função acadêmica, já que desvela determinações e contradições presentes no processo das políticas públicas.

Desse modo, a avaliação de uma política ou programa significa julgar seus objetivos, pertinência, eficácia, congruência, coerência e viabilidade em face à realidade (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

A pesquisa avaliativa é uma aplicação sistemática de procedimentos de pesquisa para acessar a conceptualização, o desenho, a implementação e as utilidades de programas sociais de intervenção, de modo que os avaliadores se utilizam de metodologias de pesquisa social para julgar e aperfeiçoar, mediante as quais políticas e programas sociais são conduzidos desde o estágio inicial de sua definição e implementação (SILVA, 2013, p. 43).

Figueiredo e Figueiredo (1986, p. 02) entendem por avaliação política “a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política: as razões que a tornam preferível a qualquer outra”, preocupando-se com os princípios implícitos e explícitos que a fundamentam. Ainda segundo os autores, tal análise está concentrada na sustentação conceitual que interfere na formulação da política, com o objetivo de extrair o que está oculto por trás da aparência.

A avaliação política da política está centrada no valor do programa em si e consiste em uma abordagem voltada para avaliar a adequação dos mecanismos institucionais e dos recursos de todas as ordens para a resolução do problema em questão. Trata-se de um julgamento da pertinência formal e potencial de um programa, considerando a coerência interna de seus elementos constitutivos (SILVA, 2013).

Ante o exposto, fica claro que a avaliação não é um ato neutro, alheio às relações de poder, mas um julgamento valorativo, um ato eminentemente político, que exige esforço em termos de objetivação, de independência e ações interdisciplinares (SILVA, 2013).

A avaliação política abrange dois enfoques:

- *A avaliação política da política* propriamente dita, que visa analisar os fundamentos e condicionamentos de ordem política, econômica e sociocultural que determinaram o processo de formulação da política ou programa, voltando-se para a identificação e análise dos princípios de justiça social, implícitos ou explícitos, que orientaram o processo de transformação de uma agenda pública em alternativas de políticas num programa a ser adotado e implementado;
- *A avaliação da engenharia da política*, que analisa aspectos relativos à participação e contribuição dos diferentes sujeitos para formulação do programa, bem como o diagnóstico considerado para a construção de objetivos; a relação entre o referencial e o conteúdo expresso nos documentos oficiais, tendo em vista a análise da coerência e pertinência da mesma e sua articulação com outros programas (SILVA, 2001).

Desse modo, na presente pesquisa priorizamos as dimensões abaixo:

- 1) Caracterização e análise do contexto sociocultural e político que influenciou a formulação do programa em questão, relacionados ao

parto no Brasil, bem como dos sentidos dados para os termos humanização em saúde e humanização do parto e como estes passam a ser adotados pelo Estado nas políticas públicas. Esta etapa consiste na avaliação política da política propriamente dita.

- 2) Análise crítica do conteúdo do PHPN, de sua engenharia, da pertinência dos seus elementos constitutivos diante do contexto da saúde no Brasil no período entre os anos de 2000 e 2017 (considerando a influência do ideário neoliberal nessa conjuntura), a gestão do Sistema Único de Saúde, bem como de sua coerência em face aos objetivos que se propõe a alcançar. Esta etapa consiste na avaliação da engenharia do programa.

Iniciamos a investigação com uma análise da situação-problema, ou seja, com o levantamento dos determinantes conjunturais da formulação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Após esta etapa, demos prosseguimento à avaliação da engenharia do programa, para julgar seu conteúdo expresso e sua pertinência em face aos objetivos que se propõe a alcançar.

Cumpramos ressaltar que, diante da complexidade que envolve a formulação de uma política pública, consideramos importante também investigar os pontos de estrangulamento que, segundo Arretche (2001), são componentes capazes de desviar ou mesmo inviabilizar a consistência e, posteriormente, a implementação efetiva da política.

No que diz respeito à temporalidade, demarcamos o período entre os anos de 2000 a 2017, pois o PHPN foi instituído em 2000. Quanto aos anos subsequentes até 2017, foram caracterizados por uma intensidade de debates e formulação, implementação de políticas e programas para a saúde no Brasil, muitas das quais direcionadas à mulher, em um momento de intensas modificações no cenário político-econômico no país.

Trata-se de um período de acentuada subordinação das políticas direcionadas à saúde à lógica do mercado, com omissão do Estado na regulamentação e fiscalização das mesmas, sucateamento do SUS com privatizações, precarização de recursos e desvalorização dos profissionais, em contraposição ao que preconiza a Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, avaliamos o debate público e políticas e programas direcionados ao parto,

humanização do parto e saúde da mulher, as mudanças na gestão do SUS e na percepção da sociedade quanto ao pré-natal e nascimento nesse período.

Quanto aos procedimentos e técnicas de pesquisa, foi realizada pesquisa bibliográfica⁹ para maior compreensão, aprofundamento e embasamento a respeito do tema. Alves-Mazotti e Gewandsznajder (2004) explicam que o momento de revisão de literatura é pressuposto importante e essencial para a fundamentação do investigador, visto que proporciona a construção de uma lucidez teórico-metodológica acerca do tema de estudo e consubstancia o referencial teórico da pesquisa.

Nessa fase da pesquisa fizemos uma aproximação e apreciação do “estado da arte” que, como explica Ferreira (2002), é um período de mapeamento da produção acadêmica que existe a respeito do tema, o que permite a identificação de questões relevantes, bem como a seleção dos trabalhos que melhor contribuíram na análise do problema a ser investigado.

Para tanto, buscamos referências em periódicos, livros, artigos, trabalhos acadêmicos, sítios eletrônicos de referência e demais fontes seguras que tratam de humanização do parto, humanização e gestão em saúde, Reforma Sanitária, políticas de saúde da mulher, neoliberalismo na saúde, precarização do trabalho em saúde, violência obstétrica, tecnocracia, dentre outros que se fizeram importantes para o desenvolvimento da pesquisa e debate e análise do objeto.

Buscamos os principais conceitos e autores relacionados à temática, com vistas à produção de um texto explicativo a respeito do histórico do problema proposto, bem como os contextos teórico, técnico e social nos quais o problema está inserido (APPOLINÁRIO, 2006).

Foi realizada também pesquisa documental¹⁰, com vistas à análise crítica referente à formulação do programa em questão, através da cartilha do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e das portarias que o instituem, além de outros documentos oficiais do Ministério da Saúde, como: indicadores, normas,

⁹ Segundo Gil (2010), a pesquisa bibliográfica possui sua principal vantagem no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente, mas deve-se ter o cuidado em se assegurar dos dados que foram obtidos, de modo a descobrir incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, cotejando-as cuidadosamente.

¹⁰ A respeito da pesquisa documental, Gil (2010) afirma que esta se vale de toda sorte de documentos, que são aqueles materiais internos das organizações, elaborados com as mais diversas finalidades.

diretrizes e outros programas e políticas relacionadas ao parto no Brasil e, também, por meio de leis e outras normativas que regulamentam o Sistema Único de Saúde.

Cabe dizer que a análise documental se ateve principalmente à engenharia do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, analisado essencialmente segundo seus documentos oficiais, com a consciência de que os documentos, como afirma May (2011), não são um relato independente da realidade, visto que são elaborados dentro de um contexto político, histórico, econômico e social.

Como categorias centrais da pesquisa temos: Humanização; Parto; Gestão em Saúde; e Neoliberalismo. Como categorias secundárias, apresentamos: Reforma Sanitária; Sistema Único de Saúde; Violência Obstétrica; e Tecnocracia.

Isto posto, corroboramos com a ideia de que é possível apreender a historicidade dos objetos, para compreendê-los como construções sociais situadas em contexto histórico, em que há uma infinidade de determinantes envolvidos num movimento analítico mediante o qual é possível desnaturalizá-los como realidades óbvias (COUTINHO, 1994).

A presente tese encontra-se dividida da seguinte forma, além desta Introdução: na Seção 2, intitulada “Saúde no Brasil: da Reforma Sanitária à influência neoliberal”, discutimos sobre a saúde no Brasil, subsidiando as reflexões que circundam o objeto de estudo nas categorias principais “Gestão em Saúde” e “Neoliberalismo”; e nas categoriais secundárias “Reforma Sanitária” e “Sistema Único de Saúde”. Essa seção atende ao objetivo de discutir sobre a construção do SUS e de sua gestão na conjuntura neoliberal.

Desse modo, abordamos questões essenciais para a compreensão do SUS, a saber, a concepção de saúde que o norteia, o período da Reforma Sanitária, as normativas, formas de financiamento e as transformações ocorridas nas esferas política, social e econômica do país desde a década de 1990, com destaque para os impactos na saúde a partir da égide neoliberal.

Na terceira seção, denominada “Humanização e humanização do parto: questões socioculturais, conceitos, contradições e políticas públicas”, buscamos analisar o contexto sociocultural e os fundamentos e condicionantes políticos, a partir da conjuntura de saúde, na qual se identifica a preocupação do Estado brasileiro quanto à humanização do parto, para que este tema se transformasse em política pública. A análise se fez com base nas categorias “Humanização” e “Parto”

entendidas como categorias principais, sem perder de vista a interface destas com as categorias secundárias “Violência Obstétrica” e “Tecnocracia”.

Em síntese, a seção traz a análise dos fundamentos e condicionantes que determinaram a formulação do PHPN, com ênfase nas políticas voltadas para a humanização do parto e nascimento no Brasil. Traz ainda uma reflexão crítica sobre o termo humanização, seus sentidos e contradições. Corresponde, portanto, à primeira dimensão da avaliação proposta, a “avaliação política da política propriamente dita”.

Na Seção 4, designada “A engenharia do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: uma visão crítica”, atendemos ao objetivo de discutir a engenharia do PHPN, com o propósito de analisar como seu conteúdo e objetivos se entrelaçam à gestão do SUS na conjuntura neoliberal na saúde brasileira.

Após termos percorrido a estruturação da saúde no Brasil e o processo de construção da lógica do parto e da humanização do parto nas seções anteriores, aprofundamos, na quarta seção, a análise sobre a engenharia do programa em questão, a pertinência de seus elementos constitutivos diante do contexto de saúde no Brasil, a gestão do SUS e a coerência do programa em face aos seus próprios objetivos. Trata-se da “avaliação da engenharia do programa”, a segunda dimensão de nossa pesquisa avaliativa.

Finalmente, na Conclusão, retomamos o objetivo central do estudo e sintetizamos algumas questões inerentes à humanização do parto contidas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no contexto da realidade do SUS. Mostramos como organismos internacionais, a exemplo do Banco Mundial, têm favorecido o agravamento da barbárie social na conjuntura neoliberal através de sucessivos desmontes de direitos, redução orçamentária e privatização de serviços públicos, sobretudo em países latino americanos, como o Brasil, impactando diretamente em políticas de corte social, como as componentes do tripé da Seguridade Social, aqui exemplificada pela Política de Saúde.

Desse modo, constatamos que não basta apenas reconhecer a vigência da desumanização e propor novas políticas na área. Urge avançar, de forma concreta, na implantação do SUS, e de programas como o PHPN, o que exige enfrentar as contradições explicitadas entre intencionalidade e realidade estrutural, considerando as relações de produção e de reprodução estabelecidas e as incoerências identificadas nos pressupostos éticos, técnicos e operativos que

permeiam o programa em tela, pois a humanização do parto não se restringe a questões subjetivas e individuais ou a estratégias de *marketing*.

Esperamos que o estudo contribua com pesquisas futuras e com a ampliação do debate a respeito do parto e nascimento no Brasil e das políticas públicas de enfrentamento aos problemas que existem em torno dessa questão.

2 SAÚDE NO BRASIL: da Reforma Sanitária à influência neoliberal

Nesta seção abordamos a saúde no Brasil, com o objetivo de discutir sobre a construção do Sistema Único de Saúde e de sua gestão na conjuntura neoliberal e no âmbito da Seguridade Social, com destaque para os aspectos políticos e econômicos e rebatimentos na Política de Saúde brasileira.

Na primeira subseção, intitulada *A Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde*, percorremos a história do processo de construção da saúde pública brasileira, desde o período colonial até a conformação do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase ao período da Reforma Sanitária para melhor compreensão da concepção de saúde adotada pelo Estado brasileiro, nesse contexto.

Enfatizamos que nosso propósito não foi traçar um percurso histórico detalhado do processo que levou à Reforma Sanitária brasileira, mas é imperativo que a temática se faça presente neste estudo, visto que é a partir dela que uma nova concepção de saúde, compreendida como direito universal e dever do Estado, adentra a cena pública, tornando-a política componente da Seguridade Social em uma perspectiva de proteção social.

Da mesma forma, na subseção denominada *A gestão no Sistema Único de Saúde* buscamos apreender o funcionamento da gestão do SUS, as normativas, financiamento e os desafios diante das transformações políticas, econômicas e sociais no país desde a década de 1990.

Na última subseção, designada *O neoliberalismo e os impactos na política de saúde*, discutimos como o Sistema Único de Saúde tem sido fortemente impactado de múltiplas formas pelo neoliberalismo, com disputa pelo fundo público, terceirizações, privatizações e padrões capitalistas de produtividade.

A discussão feita nesta seção subsidia a análise da engenharia do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), apresentada na Seção 4, posto que desvela como o conteúdo e os objetivos se entrelaçam às práticas de gestão do Sistema Único de Saúde na conjuntura neoliberal na saúde brasileira.

2.1 A Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde

O sistema de saúde de um país é estruturado segundo as crenças e valores de sua sociedade, influenciado por determinantes sociais, políticos e econômicos. No Brasil, a história da saúde pode ser contada segundo os diferentes momentos não lineares de seu desenvolvimento histórico, econômico, político e social, com relevantes e inegáveis avanços na formulação e implementação de políticas públicas para este fim, mas também com a permanência de questões problemáticas de cunho estrutural, reveladoras de desigualdades sociais na saúde do país.

Antes de adentrarmos no processo histórico que levou à Reforma Sanitária e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendemos ser necessário abordar o próprio conceito de saúde.

Em contexto internacional, as questões relativas à saúde são tratadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), criada formalmente no ano de 1948, no período pós-Segunda Guerra Mundial, durante a primeira Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra. Vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), “a OMS é uma agência intergovernamental que desempenha funções internacionais com o objetivo de melhorar a saúde global” (BROWN, CUETO, FEE, 2006, p. 625).

O conceito de saúde, reconhecido internacionalmente, é aquele cunhado pela OMS no ano de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, antiga União Soviética. Tal conceito ultrapassa a definição de somente “ausência de doenças” e compreende a saúde como completo bem-estar físico, mental e social, na contramão dos conceitos defendidos pelo modelo biomédico até então, ideia mais pragmática da relação corpo-saúde-doença.

Apesar de ser abrangente, esta definição de saúde da OMS tem sido criticada praticamente desde sua divulgação por diferentes linhas teóricas, que defendem que se trata de um conceito utópico, inalcançável, romantizado, dependente do contexto cultural de cada localidade, de excessiva ampliação e pouca operacionalidade.

Nessa linha de pensamento encontram-se autores norte-americanos e britânicos, com destaque para Erik P. Eckholm, Dincan W, Clark, Brian MacMahon e John Simpson; autores latino-americanos, como Hernán San Martín e Floreal A.

Ferrara e os brasileiros Gentile de Mello, Sérgio Raymundo Franco e Brito Bastos (MOURA, 1989).

Ainda assim, há uma linha de defesa do conceito que, mesmo com ressalvas, acredita que seja uma alternativa conceitual aceitável, especialmente diante daquela que era defendida pelo modelo biomédico. Moura (1989) destaca, entre os poucos representantes dessa corrente de pensamento, Rodolfo Carcavallo e Ana Rosa Plencovich.

Com efeito, divergências acerca da conceituação de saúde persistem. A definição cunhada pela OMS tem o mérito de reconhecer a influência de aspectos como pobreza, discriminação, questões de ordem social e política na saúde, bem como o entendimento comum do que seja doença. Além disso, trata-se de um conceito relacionado a questões práticas, a experiências vividas dentro do processo de saúde-doença-cuidado, algo difícil de definir e variável de acordo com o indivíduo, como reflete Ayres (2007). Nesse sentido, o autor elabora uma definição para saúde:

Uma construção que nos lembre do caráter contra fático, existencial e intersubjetivo da experiência da saúde e que nos aponte caminhos produtivos para manter a fecundidade dialógica de nossa participação profissional nessa experiência. É nesse sentido que nos aventuramos a definir saúde como a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade (AYRES, 2007, p. 60).

Diante do exposto, mesmo com as críticas que permeiam o conceito da OMS, podemos afirmar que a concepção de saúde proposta está relacionada a fatores que ultrapassam a barreira do modelo biomédico, ao considerar, em seu escopo, os determinantes sociais. Um sistema de saúde, para além do tratamento de pessoas doentes, deve trabalhar para evitar adoecimentos. A sociedade espera que a saúde seja ofertada mediante ações coletivas e individuais, que lhe proporcionem qualidade de vida (PAIM, 2015).

Por muito tempo, o Brasil não contou com uma política nacional de saúde pública, dado que a ação política se caracterizava por ações esporádicas, localizadas, em momentos de crise sanitária e epidemias (TOMAZI, 1986).

Diante dos problemas estruturais particulares do Brasil, de ordem política, social, econômica e cultural, podemos afirmar que o sistema de saúde no país,

desde sua gênese, foi erigido em um cenário de oposições e tentativas de solucioná-las:

Rio de Janeiro *versus* resto do país; urbano *versus* rural; trabalhadores formais *versus* trabalhadores informais e desempregados; norte *versus* sul; prevenção *versus* assistência; ações campanhistas *versus* ações permanentes; previdência individual *versus* saúde coletiva; centralização *versus* descentralização; ricos *versus* pobres; público *versus* privado (MAIA, 2010, p. 19).

Enquanto ainda era colônia, com poucos médicos e poucas instituições, como leprosários e alguns hospitais e Santas Casas, o Brasil sofreu várias epidemias, como sarampo, varíola e febre amarela, sem, no entanto, receber qualquer ação sistemática de Portugal para que as pessoas que aqui viviam obtivessem cuidados em saúde (MAIA, 2010; BERTOLLI FILHO, 1999; MACHADO, 1996).

No século XVIII, a assistência médica ainda era regulada pela prática liberal e pela filantropia (BRAVO, 2006). Ainda sem interferência estatal, somente após a chegada da família real portuguesa, no início do século XIX, é que foram criados os primeiros cursos de medicina no país, bem como a Junta de Saúde Pública, com ações concentradas na cidade do Rio de Janeiro, que consistiam em inspeção sanitária e dos portos, padrões de saneamento e controle de epidemias (MAIA, 2010; MACHADO, 1996).

Vale ressaltar que, em 1808, a chegada da família real portuguesa ao Brasil e o início da “abertura dos portos ao comércio exterior e a intensificação do tráfego de escravos, por um lado tiveram grande significação econômico-social, mas, por outro, possibilitaram a penetração de novas enfermidades” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1981, p. 93).

No final do século XIX, devido às mudanças políticas e econômicas pelas quais o país passava, especialmente com a Proclamação da República, teve início a vigilância do exercício profissional da área da saúde, com a questão da saúde emergindo no debate e nas reivindicações de um movimento operário recente, ainda que timidamente.

Nesse período, “a sociedade brasileira apresentava sinais visíveis de enriquecimento, consequentes, principalmente, à expansão da lavoura cafeeira, no Centro-Sul, e ao crescente comércio internacional” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1981, p. 104).

As primeiras décadas do século XX correspondem ao início da industrialização brasileira, momento em que a saúde passava a ser um problema social, que necessitava de respostas do poder público e da própria sociedade, dadas as epidemias (varíola, peste bubônica, febre amarela), o aumento da mortalidade, da violência, além das condições sanitárias das cidades (BRAVO, 2006; PAIM, 2015).

Tal situação passou a interferir na economia agroexportadora do país, pois os navios vindos do exterior não atracavam mais nos portos brasileiros, especialmente devido a uma epidemia de febre amarela, o que reduziu tanto a exportação de café, quanto a imigração de mão-de-obra (SCLIAR, 1987).

Após a Proclamação da República, até a década de 1920, houve um aumento no número de centros de formação de profissionais de saúde, bem como na mediação governamental por meio de políticas públicas. No período da República Velha (1889-1930) predominava uma concepção liberal de que a atuação do Estado cabia apenas nas circunstâncias em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fossem capazes de responder. Devido a essa falta de sistema e certa omissão do poder público, a organização dos serviços de saúde no país era complicada e confusa (PAIM, 2015).

Desde a década de 1910 já ocorria um movimento por transformações na estrutura sanitária, liderado por médicos, com o apoio de intelectuais e autoridades políticas, o que resultou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e de uma estrutura permanente de serviços de saúde pública em áreas rurais (PAIM, 2015).

Apesar desses avanços, ainda não havia efetiva intervenção estatal na saúde no Brasil. Enquanto isso, em contexto mundial, a assistência à saúde dos trabalhadores já estava sendo assumida pelo Estado nos países centrais, ganhando força com o advento da medicina social na Inglaterra, França e Alemanha. Nesses países:

A conquista de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras foi mediada pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. No século XX, esta interferência será aprofundada, com a elaboração de políticas para o setor e o surgimento de diversas propostas (BRAVO, 2006, p. 02).

Na década de 1920 as políticas de saúde passaram a ganhar maior espaço no discurso do poder nacional, com tentativas de estendê-las ao país todo, ao mesmo tempo em que estas começavam a ser tipificadas por um caráter

autoritário e intervencionista. Um exemplo foi a Reforma Carlos Chagas, uma estratégia da União de ampliação do poder nacional em meio a uma crise política, que tentou expandir o atendimento à saúde através do poder central (BRAVO, 2006; MAIA, 2010; MACHADO, 1996).

“Data da reforma Carlos Chagas a regulamentação da licença à gestante e à puérpera, de duração de 30 dias a cada uma das situações. Era também vedada a admissão, como operários, em fábricas, de menores de 12 anos” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1981, p. 127).

No ano de 1923, o Estado, diante da insatisfação do operariado urbano, em meio às condições sanitárias adversas, cria, no âmbito da proteção social e por meio da Lei Eloy Chaves, as primeiras caixas de previdência, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), direcionadas à atenção em saúde, primeiramente com atendimento aos trabalhadores ferroviários e, em seguida, aos marítimos e estivadores (SILVA, 1996; MAIA, 2010; BRAVO, 2006; MERCADANTE, 2002; PAIM, 2015).

As CAPs eram organizadas pelas empresas por meio do sistema de capitalização coletiva, com financiamento tripartite: pelos trabalhadores, empregadores e Estado. Seus benefícios, além dos previdenciários, eram a assistência médica e medicamentos. Entretanto, cada empresa ou órgão instituiu o regulamento de sua CAP, segundo a receita disponível e as contribuições, visto que não havia uma única regra de funcionamento (MAIA, 2010).

O Governo Vargas (1930-1945), sob pressão e reivindicações da classe trabalhadora, marcou um período de alterações na sociedade brasileira, com a redefinição do papel do Estado, criação de políticas sociais e aprofundamento daquelas já existentes. Na década de 1930, devido ao processo de industrialização, os trabalhadores passaram a ser vistos como sujeitos sociais relevantes, principalmente no que se refere à acumulação de capital, o que impactou a forma de ofertar saúde no país.

No ano de 1933 as CAPs foram substituídas por outro modelo (a despeito de terem existido até os anos de 1960), menos fragmentado, que foram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias vinculadas exclusivamente à categoria profissional, com caráter nacional e maior controle estatal (MACHADO, 1996).

Apesar de ter substituído o modelo das CAPs, os IAPs também excluíam as pessoas que estavam fora do mercado formal, o que lhe caracterizava como um modelo que não compreendia a prestação de serviços de assistência médica como um direito universal, restringindo-a somente a uma parcela da população, que possuía contrato de trabalho formalizado.

No período que vai de 1930 a 1940, destacam-se como principais medidas adotadas para a saúde pública: a ênfase nas campanhas sanitárias; a coordenação pelo Departamento Nacional de Saúde dos serviços de saúde em estados mais enfraquecidos em termos políticos e econômicos; criação de serviços de combate a endemias; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, devido aos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; reorganização do Departamento Nacional de Saúde em 1941 (BRAVO, 2006). Ademais:

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2006, p. 04).

No ano de 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por meio de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, que tinha como funções o saneamento nas localidades produtoras de matérias-primas que interessavam aos Estados Unidos em termos militares, como os seringais para fabricação de borracha, na região amazônica, bem como o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce, conforme explicam Renovato e Bagnato (2010).

A Política Nacional de Saúde, projetada desde 1930, se consolida entre os anos de 1945 e 1950. Em 1948 era criado o Plano Salte, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, com previsões de investimentos de 1949 a 1953. O plano tinha a pasta da saúde colocada como uma das suas principais finalidades, mas não foi implementado (BRAVO, 2006).

Na Era Vargas aconteceram vários marcos importantes, como o desenvolvimento da legislação trabalhista e o estabelecimento de um sistema de seguro social, como já abordamos, mas foi também um período em que o Estado exerceu forte controle sobre o movimento operário, reprimindo diversas greves.

Nesse período foi criado ainda o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio em 1931, a instituição da Carteira de Trabalho Obrigatória em 1932, a

instituição do salário-mínimo em 1940, bem como o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em 1930, que passou a ser Ministério da Educação e Saúde (MES) em 1937 (MAIA, 2010; BRAVO, 2006).

Após a Era Vargas, no período de 1945 a 1964, a estrutura do atendimento hospitalar privatista se consolida. Merece atenção a inclinação cada vez mais evidente da corporação médica para os interesses capitalistas no setor, como criação de empresas e defesa da privatização da saúde. Apesar disso, a assistência médica previdenciária até 1964 era ofertada pelos IAPs e as formas de compra dos serviços médicos a terceiros eram pouco expressivas, situação que muda após 1964, com a ditadura militar (BRAVO, 2006).

Em 1960 é criada a Lei nº 3807, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que viabilizou a subsequente unificação da Previdência Social em 1966 e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que era vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. “Com isso, inaugurou-se uma nova fase, caracterizada pela expansão da cobertura dos serviços a categorias ainda não abrangidas, como a dos trabalhadores rurais” (MAIA, 2010, p. 20).

No ano de 1977, o INPS é substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que também possuía caráter contributivo. Vale ressaltar que o INAMPS foi extinto em 1993 e suas competências foram transferidas para o recém-criado Sistema Único de Saúde (SUS).

Importante considerar que a criação do INPS consolidou a duplicidade de responsabilidades entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social no que tangia à administração federal na área da saúde, o que resultou na vinculação das ações coletivas de saúde pública ao primeiro e à vinculação da assistência médico-hospitalar ao segundo. Essa configuração favoreceu o modelo “hospitalocêntrico”¹¹ de saúde no Brasil, visto que a previdência social priorizou ações curativas e centradas nos hospitais, mediante seus recursos financeiros (MERCADANTE, 2002; MAIA, 2010).

O período da ditadura militar promoveu a centralização das receitas públicas e das funções do Estado, com perda de autonomia na gestão pelos estados e municípios. Na saúde, como elucida Maia (2010), priorizou-se a compra de

¹¹ O modelo hospitalocêntrico é aquele centrado em práticas curativas, no atendimento em hospitais e na internação, com valorização exacerbada de tecnologias e exames e foco na figura do médico e nas especialidades médicas.

serviços médicos do setor privado, com a constituição de complexo previdenciário, no qual se identificavam três subsistemas: o próprio, o contratado e o conveniado:

O subsistema próprio era constituído por postos de assistência médica (majoritariamente públicos) e hospitais do INPS (e, posteriormente, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps), que se caracterizavam por serem maiores e mais bem equipados. O subsistema contratado era formado pelo serviço privado, que supria a demanda crescente dos segurados do INPS e era remunerado por US (Unidades de Serviço). [...] Por fim, o subsistema conveniado foi estabelecido por convênios entre o INPS e empresas nos quais, mediante um subsídio, a empresa arcava com a assistência médica de seus empregados, na maioria das vezes de forma terceirizada para “medicina de grupo”, “empresas médicas” ou “grupos médicos”, criando uma triangulação entre o INPS, a empresa empregadora e a empresa médica. No início da década de 1980, o sistema médico-previdenciário de assistência à saúde mostrava sinais de esgotamento, tanto pela inoperância dos serviços prestados quanto pela crise de financiamento resultante da recessão econômica do período (MAIA, 2010, p. 23-24).

Convém atentar que enquanto tal sistemática se fortalecia, acontecia o enfraquecimento e a diminuição da presença da rede pública de saúde. É consenso que a ditadura delineou um padrão de desenvolvimento econômico, social e político que, além de não romper com as iniquidades e os problemas estruturais que já existiam no país, contribuiu diretamente para sua ampliação e aprofundamento. Na saúde, houve um estímulo à medicina curativa e privatista e “a saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966” (BRAVO, 2006, p. 6-7).

Ainda na ditadura militar, no período que compreende o governo Geisel (1974-1979), perante uma grave crise econômica ocorrida após o chamado “milagre econômico” (1969-1973), foi formulado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND); no âmbito da saúde ações autoritárias foram tomadas, as “políticas racionalizadoras”:

O discurso social do Governo Geisel face aos impasses econômicos e políticos do regime tomava corpo, então, no II PND. Estabeleceram-se novas estratégias de planejamento social e no caso do setor saúde tiveram início as chamadas políticas racionalizadoras. Tais políticas incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário. Esta foi a resposta do Estado brasileiro à crise sanitária no período do “milagre econômico”, seja em relação às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja no que se refere às condições de saúde (PAIM, 2008, p. 70).

Diante da ineficiência e insuficiência dessas ações, com a consolidação de tantos problemas e na urgência de uma transformação na lógica da assistência à saúde, no fim na década de 1970, numa conjuntura de crise econômica, política e

democrática, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira se amplia e fortalece em defesa da democratização da saúde e da reestruturação do sistema de serviços.

O referido movimento era composto por estudantes, profissionais da saúde, pesquisadores, segmentos populares, sociedades científicas e instituições acadêmicas, dentre os quais destacam-se a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), com o apoio de sindicatos e entidades profissionais e comunitárias (PAIM, 2015).

O movimento sanitário lutava pela melhoria nas condições de saúde, pelo reconhecimento desse direito como universal, pela responsabilidade estatal no provimento das condições de acesso à saúde, pela reorientação do modelo de atenção com base nos princípios da integralidade da atenção e da equidade; reorganização do sistema, com descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MAIA, 2010). Assim,

Mais do que uma profunda Reforma do Estado, o projeto da Reforma Sanitária foi a ponta de lança na construção de uma nova hegemonia, portanto, de reconstrução, em novas bases, da relação Estado-sociedade. Ao falar de hegemonia temos em conta o processo vigoroso de empowerment representado pela emergência de novos atores no cenário político setorial, como os Secretários Municipais de Saúde com suas formas organizativas próprias, bem como de outros grupos como os usuários do sistema, ademais da extensão da condição de cidadania àqueles que antes a desconheciam, ou aos quais ela era negada (FLEURY, 1997, p. 36).

A Reforma Sanitária brasileira pode ser compreendida como uma reforma social constituída de três elementos, conforme Paim (2008):

- 1) *Democratização da saúde*: o que resulta no aumento da consciência sobre saúde e seus determinantes e no reconhecimento do direito à saúde, intrínseco à cidadania, com garantia do acesso universal e igualitário ao SUS e participação social na criação de políticas e na gestão;
- 2) *Democratização do Estado e seus aparelhos*: o que é feito com respeito ao pacto federativo, com garantia de descentralização do processo decisório, assegurando o controle social e impulsionamento da ética e a transparência nos governos; e
- 3) *Democratização da sociedade*: o que colabora para a conquista dos espaços da organização econômica e da cultura, tanto por meio da produção e distribuição da riqueza e do saber de forma justa, quanto

por meio da adoção de uma “totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde; ou ainda por meio de uma reforma intelectual e moral.

Dessa forma, a Reforma Sanitária, como fenômeno histórico e social, poderia ser analisada da seguinte forma: *ideia*, expressa em percepção, representação ou pensamento inicial; *proposta*, em conjunto estruturado de princípios e proposições políticas; *projeto*, enquanto um resumo contraditório de políticas; *movimento*, enquanto articulação de práticas ideológicas, culturais e políticas; *processo*, enquanto correlação de atos em diferentes espaços e momentos (PAIM, 2008).

Podemos destacar dois eventos importantes para o movimento pela Reforma Sanitária e posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS): o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979 e a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

No I Simpósio de Política Nacional de Saúde foi apresentado o documento “A questão democrática na área da saúde” pelo Cebes, em que, pela primeira vez, a proposta do Sistema Único de Saúde é publicizada, por meio de um conjunto de princípios e diretrizes para sua institucionalização. Como bem destaca Paim (2015), a Reforma Sanitária e o SUS nasceram a partir dos anseios da sociedade, não de governos ou partidos.

De fundamental importância para a criação do SUS foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, com os temas: “I A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania”; “II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”; e “III Financiamento setorial”. Nela foram debatidos e coordenados vários estudos e propostas para a Reforma Sanitária.

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde subsidiou o capítulo “Saúde” da Constituição Federal de 1988, subsequentemente desdobrando-se nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que viabilizaram a implantação do Sistema Único de Saúde:

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou

a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2006, p. 09).

A VIII Conferência Nacional de Saúde originou iniciativas, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que apresentavam a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária como princípios básicos. Ressaltamos que esses sistemas foram estratégicos para que o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse viabilizado.

Uma das mais relevantes inovações da Constituição de 1988 é o conceito de Seguridade Social, definida no artigo 194 como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 90).

A Seguridade Social garante proteção social aos brasileiros e inclui tanto os trabalhadores ativos, quanto os desempregados, por meio de seguro-desemprego. O financiamento da Seguridade Social, em termos legais, compreende as contribuições previdenciárias e os recursos orçamentários destinados para este fim, organizados em um único orçamento (BOSCHETTI, SALVADOR, 2009).

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu avanços com o objetivo de retificar as iniquidades sociais históricas, que inviabilizavam a universalização de direitos (BRAVO, 2006). Todavia, a Assembleia Constituinte, no que tange à saúde, converteu-se em uma disputa política, com interesses de dois grupos distintos: o dos empresários, formado sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais e a Associação de Indústrias Farmacêuticas; e o grupo dos sanitaristas, representado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte.

A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (BRAVO, 2006, p. 10).

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser assegurada como um direito social, garantido pelo poder público, dentro do contexto da Seguridade Social, conforme consta no Artigo 196. Isso significa que a saúde é algo intrínseco à cidadania, direito de todos e dever do Estado. Significa ainda uma

conquista social e política, alcançada pelas lutas do movimento pela Reforma Sanitária.

No quesito saúde, a Constituição acolhe grande parte das reivindicações do movimento sanitarista, inclusive com prejuízo aos interesses empresariais do ramo hospitalar (BRAVO, 2006). Além disso:

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos da caridade (filantropia). Com base na concepção de seguridade social, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de equidade e igualdade, sem discriminações ou privilégios (PAIM, 2015, p. 28).

Assim, a partir promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF) o direito à saúde no Brasil começa a ser operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é regimentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS): a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que o regulamenta; e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A CF promulga a organização do SUS a partir de três orientações fundamentais ou diretrizes: I) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III) participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A definição do SUS consta na Lei 8.080/1990, em seu Art. 4º: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a).

Desse modo, o SUS é um sistema público constituído por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, mas também com a participação da administração indireta, como as autarquias, as fundações e as empresas públicas. Ademais, a iniciativa privada também pode participar, em caráter complementar (BRASIL, 1990a; PAIM, 2015).

Os objetivos do Sistema Único de Saúde, conforme consta na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990, são:

Art. 5º

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social [...];

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

A referida lei dispõe ainda sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e ainda sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em seu Art. 3º, corrobora com o conceito abrangente de saúde da OMS, ao afirmar que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990a).

Quanto a este conceito ampliado, a lei compreende que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país, o que significa que, para melhorar a saúde populacional, a atuação precisa ser feita essencialmente sobre os determinantes relacionados às condições de vida. Para elevar as condições de saúde, é preciso melhorar a estrutura econômica e política do país (PAIM, 2015).

Em suma, a CF traz consigo a aprovação de questões importantes: o direito universal à saúde assegurado pelo Estado; as ações e serviços de saúde passaram a ser de importância pública, com regulação, fiscalização e controle feitos pelo poder público; a constituição do SUS, com integração de todos os serviços de saúde pública em uma rede hierarquizada, descentralizada, regionalizada, com atendimento integral e controle social; participação complementar do setor privado, com preferência às entidades filantrópicas mediante contrato público; proibição de comercialização de sangue e derivados (TEIXEIRA FLEURY, 1989; BRAVO, 2006).

Apesar dos inegáveis avanços alcançados com a CF de 1988 na área da saúde, as questões históricas que moldaram a política e a sociedade brasileira impactaram e interferiram negativamente no desenvolvimento do SUS, o que tem dificultado também a consolidação de uma cidadania plena (PAIM, 2015).

É possível perceber uma diferença abissal, especialmente nos dias de hoje, após o impacto do neoliberalismo na saúde, entre a proposta inicial do SUS e o que acontece na prática, tanto no âmbito social, quanto em termos de gestão.

Com o passar dos anos, o SUS acabou por estabelecer-se como uma opção de qualidade inferior para aqueles que não podem pagar por um serviço privado. Nas próximas subseções, tratamos da gestão no Sistema Único de Saúde, dos seus desafios e dos impactos do projeto neoliberal nesse sistema.

2.2 A gestão no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é a política pública de Estado mais abrangente e complexa do Brasil, de caráter inclusivo, pautado nos preceitos de universalidade, integralidade e igualdade. Ao lado da Assistência Social e da Previdência, integra a Seguridade Social. Consoante o artigo de nº 195 da Constituição Federal e a Lei 8.212/91, a Seguridade Social deve ser financiada por toda sociedade, de forma direta e indireta, seja por impostos, seja pela contribuição direta, mediante recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e de contribuições sociais (BRASIL, 1988; BRASIL, 1991).

O SUS, que dá concretude à política de saúde, foi concebido com vistas à ampliação do acesso aos serviços de saúde, assegurado pela atuação do Estado, em um país com expressiva extensão territorial e inegáveis desigualdades sociais e regionais.

Por ser um dos maiores sistemas de saúde do mundo e dada sua complexidade, gerir o SUS é um grande desafio. Nesse sentido, os princípios organizativos de hierarquização (referência e contrarreferência), controle social (democratização dos processos decisórios) e descentralização (distribuição de competências) são norteadores de como a gestão deve ser planejada e executada.

A gestão do SUS deve ser distribuída entre a União, os estados e os municípios, como está disposto na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas de Saúde que o regulamentam, as leis 8.080/90 e 8.142/90. A primeira lei disciplina as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e trata da organização e do funcionamento dos serviços executados pelo SUS, sejam estes feitos diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada. Serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

No Art. 9º da Lei nº 8080/1990, é preconizado que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo pelo Ministério da Saúde, no

âmbito da União; pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente, no âmbito dos Estados e do Distrito Federal (DF); e pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente no âmbito dos municípios (BRASIL, 1990a). As três esferas de governo formam uma comissão tripartite e gerenciam o orçamento e os recursos financeiros, avaliam e monitoram a saúde da população, planejam e promovem as políticas de saúde, entre diversas outras atividades:

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...]

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990a, p. 04).

Já a Lei 8.142/90 discorre sobre a participação da população na gestão do SUS e as transferências de recursos da área de saúde entre os governos. Desse modo, instrui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera governamental. Em relação aos recursos financeiros, define repasse mediante funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, como rege a legislação (BRASIL, 1990b).

O Estado, em toda sua estrutura, precisa estar apto a prover a sociedade de uma gestão eficiente dos serviços de saúde e dos gastos que serão feitos nessa área, de forma planejada, dando aos gestores públicos os mecanismos necessários para que possam executar as ações com responsabilidade, especialmente quanto ao uso dos recursos financeiros.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), gestor em esfera federal, é responsável por garantir que o SUS tenha, de fato, uma gestão participativa, descentralizada, resolutiva. Para tanto, deve, entre outras ações, promover discussões, pactuações e elaborações de projetos, identificar as falhas na gestão e na atenção, avaliar os serviços de saúde, apoiar os estados, municípios, gestores, trabalhadores e usuários para melhoria do sistema.

Para que o sistema de saúde funcione é necessário que haja recursos financeiros. A esse respeito, a atual CF determina, em seu artigo 195, que isto se dê

essencialmente por meio do orçamento da Seguridade Social da União, dos estados, Distrito Federal (DF) e municípios (BRASIL, 1988).

Quanto à participação da iniciativa privada, o artigo 199 da CF permite que esta complemente o SUS por meio de contrato de direito público ou convênio, com preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. O artigo ainda veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, bem como a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, exceto nos casos legalmente previstos (BRASIL, 1988).

O disposto na CF é reiterado na Lei nº 8080/1990 no Título III – Dos Serviços Privados de Assistência à Saúde, do qual destacamos os artigos 22, 23 e 24, que tratam desse funcionamento dos serviços privados e da participação complementar no Sistema Único de Saúde:

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público (BRASIL, 1990a, p. 08-09).

Definir de onde vêm os recursos e qual será o montante tem sido uma fragilidade do processo de construção do SUS (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014). Isso se dá, em muito, pela implementação de medidas neoliberais que avançam no país a partir do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), em meados dos anos 1990, com contrarreformas nas políticas sociais, especialmente na política de saúde (CORREIA, 2005). A respeito dos impactos do neoliberalismo no SUS, tratamos com maior profundidade na subseção seguinte.

Mais do que a imprescindibilidade de recursos financeiros¹² adequados para o funcionamento do SUS, é preciso que haja uma preocupação com a gestão desse sistema. O Estado deve cumprir com sua responsabilidade política e social de fazer com que a saúde seja, efetivamente, um direito assegurado. Para tanto, atentar para a gestão e para o financiamento de forma conjunta é indispensável e viabiliza a adoção de políticas que melhorem e ampliem os serviços prestados.

Desde sua fundação, o SUS foi regulamentado por uma grande quantidade de leis complementares, novas regras e reforma administrativa nos níveis de governo federal, estadual e municipal, fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país como o Brasil, com um sistema tributário relativamente centralizado e federalismo ainda em processo de formação (PAIM *et al.*, 2011; LEVCOVITZ, 2001).

Nesse aspecto, destacamos as Normas Operacionais Básicas (NOBs), criadas nos anos 1990 (NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/92, NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96), “instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios” (LEVCOVITZ, 2001, p. 273).

Além das NOBs, o Pacto pela Saúde, de 2006, também merece destaque, pois foi um aperfeiçoamento das normas operacionais, com vistas a promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades da população e pela busca da equidade social (BRASIL, 2006). O referido Pacto era composto por três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS.

O aperfeiçoamento e definição das responsabilidades sanitárias e de gestão foram concebidos sob os três componentes que compunham o Pacto pela Saúde: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O *Pacto pela Vida* consistiu no compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O *Pacto em defesa do SUS* envolveu ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado. O *Pacto de Gestão do SUS* trouxe alterações nas regras anteriores com vistas a reforçar a estratégia da regionalização,

¹² Nessa direção, no ano de 1999, por meio da Portaria nº 531, de 30 de abril, é criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em usuários com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas (BRASIL, 1999). Dois anos depois, a Portaria GM/MS N.º 627, de 26 de abril de 2001 estabelece que o FAEC deverá ser subdividido em a) Ações de Alta Complexidade e b) Ações Estratégicas (BRASIL, 2001).

contribuindo para o fortalecimento da denominada *gestão compartilhada e solidária do SUS* (MENICUCCI; COSTA; MACHADO, 2018, p. 30).

Como se vê, o Pacto pela Saúde foi implementado para ser um modelo de gestão compartilhada do SUS, com o objetivo de atender às necessidades da população em termos de saúde. No entanto, em análise feita por Menicucci, Costa e Machado (2018), há apontamentos de que apesar do que era previsto inicialmente, a ação não foi capaz de modificar a dinâmica das relações federativas segundo o que havia sido anunciado pelas partes, o que reforça a necessidade de persistir numa agenda que permita uma descentralização efetiva.

Há de se considerar também que a gestão da saúde não pode acontecer somente sob a ótica técnica da administração. É necessário ter o olhar atento para a realidade social e política do país, visto que a saúde não é apenas a ausência de doenças. Além disso, a existência de um sistema do porte do SUS não é fruto do acaso, mas sim de uma luta por direitos básicos e sua consolidação e manutenção precisam da ação e do investimento do Estado.

Nessa conjuntura, merecem atenção elementos como os determinantes sociais de saúde (DSS), que consideram como as condições de trabalho e de vida dos indivíduos e grupos populacionais estão ligadas à sua situação de saúde. Os DSS correspondem aos fatores econômicos, culturais, sociais, psicológicos, comportamentais, étnico/raciais e sociais que interferem nas situações de problemas de saúde e nos seus fatores de risco na população (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Cumprir destacar que os determinantes sociais de saúde merecem análise e desenvolvimento de ações que os enfrentem, pois envolvem questões e indicadores sociais que estão além da epidemiologia, os quais o SUS não é capaz de resolver sozinho.

Outro desafio importante na gestão do SUS diz respeito ao conhecimento e capacitação dos gestores diante da própria complexidade do sistema. São muitas normas, leis, obrigações técnicas, questões operacionais, conflitos de interesses, planos e metas que exigem entendimento, experiência e dinamismo.

Na contramão dessas necessidades está a alta rotatividade e o amadorismo dos gestores e das equipes, que são indicados, via de regra, como cumprimento de promessas de campanhas eleitorais, o que colabora para

rotatividade de pessoal frequente, principalmente a cada novo governador ou prefeito.

Nesse sentido, é importante que se tenha a profissionalização da gestão, com qualificação, planos de carreira e diminuição da rotatividade dos gestores públicos, que atuam muitas vezes em meio à instabilidade, favorecendo uma gestão de serviços e de recursos financeiros improvisada e ineficiente, tanto em termos técnicos, quanto políticos.

Além disso, como destaca Coutinho (2015), não há como negar que, em grande escala, o SUS ainda se organiza em um modelo sanitário curativista, biologicista, medicamentoso e hospitalocêntrico, com atenção à doença e ênfase na assistência médica¹³, situação que é reforçada na própria formação tecnicista dos profissionais de saúde, direcionada não para a realidade do SUS e necessidades sociais, mas para as exigências mercadológicas.

Soma-se a isso a própria estrutura de saúde, atualmente configurada segundo os moldes capitalistas e que se mantém rendida a um sistema que está focado no lucro, por meio da indústria tecnológica que desenvolve os aparatos para diagnóstico e tratamento de doenças, ainda que a tecnologia seja um fator importantíssimo na área da saúde (MAIA, 2010; SILVA, CALDEIRA, 2010).

Nesse sentido, apesar de boas iniciativas para o desenvolvimento da atenção primária, como a Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁴, ainda é no modelo assistencial e hospitalocêntrico que o SUS se delinea, com demanda da própria população, que assimilou a lógica do complexo médico-industrial de compra e venda de produtos, exames e máquinas, segundo o mercado. Esta situação se agrava no setor privado de saúde.

Como consequência, o Estado passa a atuar na saúde pública como um regulador de caráter coletivo, ao passo que, ao setor privado, que também é financiado pela Previdência Social, cabe a assistência médica individual, área com

¹³ Em busca de melhorias no SUS, com redução de práticas hospitalocêntricas e medicamentosas, o Ministério da Saúde tem proposto programas e políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização, de 2002, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, de 2006 e a Política Nacional de Cuidados Paliativos, de 2018. Tais políticas propõem cuidados integrados, para além da medicina clássica ocidental, com reconhecimento de terapias alternativas e diferentes abordagens no tratamento de enfermidades.

¹⁴ A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, que tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família por meio de equipes de profissionais de saúde. Objetiva a reorganização das práticas assistenciais para além do modelo curativista e hospitalocêntrico (BRITO, MENDES, SANTOS NETO, 2018).

grande apelo lucrativo, caracterizada pela concentração de equipamentos de saúde nas regiões e estados mais ricos do país. Nesse contexto, o setor público assume, progressivamente, um “caráter suplementar, tendo de suprir a ausência do setor privado onde este não tem interesse por inviabilidade de retorno econômico” (COHN; ELIAS, 2005, p. 44).

Apesar dos inegáveis avanços advindos da Seguridade Social, na qual a política de saúde que conforma o SUS se insere, a organização dos serviços de saúde no Brasil vai na direção oposta àquela idealizada pela Reforma Sanitária e apresenta um perfil com as seguintes características, conforme apontam Cohn e Elias (2005):

- a) *Altamente centralizado*: os estados e municípios possuem pouca autonomia em termos de formulação de políticas próprias, visto que as definições de diretrizes, prioridades e financiamento para o setor são definidas pelo governo federal e pelo Executivo. Assim, lhes cabe mais o papel de implementadores das políticas definidas pelo nível federal;
- b) *Acentuadamente privatizado*: a assistência médica individual é paga pelo usuário e o investimento na saúde por meio de recursos da União não tem sido prioritário, com alta porcentagem dos serviços de saúde prestados pelo Estado e produzidos pelo setor privado;
- c) *Crescentemente distante das reais necessidades de saúde da população brasileira*: a infraestrutura de serviços de saúde que se formou no país é bastante complexa, com alta densidade tecnológica, sem integração e hierarquização dos serviços segundo sua complexidade. O atendimento à população é feito não com base nas necessidades e disponibilidade tecnológica, mas com base no lucro;
- d) *Com clara divisão de trabalho entre os setores público e privado*: com sucessivo aumento do atendimento individual em consultas e exames mais caros no setor privado, o que lhe confere maior rentabilidade, em detrimento das medidas de cunho coletivo, como vacinação em massa e controle de doenças transmissíveis sob responsabilidade da saúde pública;
- e) *Profundamente discriminatório e injusto*: a população que possui alguma associação com o mercado formal de trabalho costuma ter acesso a

serviços de saúde diversificados, ao passo que a população que não possui tal vínculo se torna dependente dos serviços públicos de saúde.

- f) *Com acentuadas distorções na sua forma de financiamento*: visto que muitos atendimentos se dão na esfera privada, a saúde acaba por não se estabelecer como um direito do cidadão na prática, com o Estado esquivando-se de grande parte do investimento financeiro na saúde.

Como percebemos, nessa relação entre a saúde pública e privada, o SUS fica com discrepância na cobertura, especialmente na média e alta complexidades, com as atividades mais lucrativas direcionadas para o setor privado.

Em termos de gestão há uma enorme dificuldade em inovar com modelos diferenciados do tradicional e burocrático modelo hegemônico, o que compromete a gestão participativa, que é um princípio do SUS, pois, na prática, as ações são centralizadas, hierarquizadas, com muitas tensões no âmbito do controle social, muitas vezes com a influência de organizações corporativas (PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Além disso, o SUS ainda possui dificuldade na utilização de tecnologias e recursos modernos, como o prontuário eletrônico, que possibilitaria um atendimento mais resolutivo e seguro, facilitando a visualização do histórico de saúde da usuária/usuário. Nesse sentido, há problemas no armazenamento dos dados no sistema de informação e sua disposição em todo o sistema de saúde em nível nacional ainda não é uma realidade (COSTA; PORTELA, 2018).

Paim e Teixeira (2007) reforçam que a gestão no SUS sofre com a falta de modernização e com as interferências da cultura patrimonialista e burocrática, cada vez mais submissa ao mercado, com excesso de práticas clientelistas. Além disso, os autores destacam a fragmentação no próprio Ministério da Saúde e a dificuldade de se estabelecer uma comunicação entre os entes federativos que funcione bem em meio às divergências políticas e aos interesses que existem entre os estados e municípios.

Nesse sentido:

Reverter a lógica do sistema de saúde implica em efetivo investimento do Estado – nos níveis federal, estadual e municipal – no setor, traduzindo uma real vontade política e uma reversão das prioridades até o momento estabelecidas. Mais que isso, implica estabelecer um novo padrão da administração na esfera pública, e que de imediato esbarra com a resistência do micropoder instituído no interior das instituições públicas, do nível central ao mais periférico (COHN, ELIAS, 2005, p. 49).

Como notamos, a gestão do SUS carrega consigo desafios importantes, inclusive na execução das políticas públicas, e uma das áreas em que isso é notório é a da saúde reprodutiva e sexual das mulheres, especialmente no que diz respeito ao parto e nascimento. Esta, por ser uma área complexa, não pode estar associada somente às questões de cunho biológico, pois, como defende Gama (2006, p. 87), “a transformação da condição feminina é entendida como um processo que necessita verificar-se em todos os planos que compõem a vida social: econômico, social, cultural, político etc.”.

No entanto, como a assistência no Brasil foi moldada segundo uma lógica excludente e desigual, isso se estende também à assistência ao parto. Esse modelo assistencial em saúde favoreceu práticas individuais no contexto médico-hospitalar, por meio do financiamento advindo do sistema previdenciário, ao mesmo tempo em que prejudicou as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, situação agravada pela complexa combinação de serviços públicos e privados que compõem a rede assistencial brasileira (MAIA, 2010).

Destarte, as políticas públicas devem ser um empenho do Estado, com a devida garantia da gestão dos recursos, com a participação da sociedade e com o fim da desproporção que há entre os serviços de saúde públicos e privados (GAMA, 2006).

Em termos de gestão, a questão do parto e nascimento traz peculiaridades, dadas as condições divergentes segundo as regiões do país, a falta de conhecimento de muitas gestantes a respeito de seus direitos, falta de unidades básicas de saúde (UBS), unidades de pronto atendimento (UPA) ou hospitais/maternidades em muitas localidades, o que dificulta a realização de consultas pré-natal e mesmo de cesarianas de emergência, além de melhor assistência a partos normais.

Soma-se a isso a subjetividade do momento gravídico para a mulher e a família, que é permeado de questões afetivas, emocionais, culturais, que variam segundo o histórico familiar e outras diversas questões. A tecnocracia existente na área, juntamente com o poder que o médico possui em decorrência de seu conhecimento técnico, também são fatores que dificultam uma gestão que contemple as necessidades da mulher e do bebê, especialmente no que concerne ao atendimento humanizado.

Importante ainda atentar para a própria lógica que se estabeleceu no parto no Brasil sob forte influência da ideologia neoliberal. Na próxima seção analisamos a lógica do parto no Brasil, as concepções de humanização do parto e os impactos do neoliberalismo sobre essa área.

Os efeitos da adesão política ao ajuste neoliberal nas instâncias econômica e social, o que inclui fortemente a saúde, passaram a ser vivenciados fortemente no Brasil na década de 1990 e estabeleceram novas formas de gestão do SUS. Assim, como explica Bravo (1999), intensificam-se as tensões entre o projeto de Reforma Sanitária, que foi organizado na década anterior e validado na Constituição Federal de 1988 e o projeto de saúde privatista, vinculado ao mercado.

2.3 O neoliberalismo e os impactos na política de saúde

O neoliberalismo, que ganhou força na década de 1970 nos países centrais e alcançou os países periféricos, inclusive o Brasil nos anos de 1990, defende um modelo de gestão pautado na terceirização, com impactos negativos nas políticas sociais e no mundo do trabalho.

Ainda que se apresente em cada local de forma particular, de acordo com a estrutura social, política e econômica, possui como fundamento a contenção de gastos pelo Estado capitalista por meio da reconfiguração de seu papel, num esforço do capital para retomada de sua lucratividade, saída da crise enfrentada na contemporaneidade, com a correspondente retomada de acumulação desigual (NEULLS, 2016; COHN, ELIAS, 2005).

Na área da saúde as consequências do neoliberalismo se dão a partir da interferência na organização e no financiamento do sistema de Seguridade Social, numa lógica de disputa pelo fundo público, na qual o papel do Estado é redefinido, como já salientado, sobretudo na esfera social, por meio de privatizações de serviços essenciais, extinções de programas, corte de recursos, dentre outros que favorecem a mercantilização da saúde.

Cumprе esclarecer que o orçamento público consiste em um ambiente de luta política, no qual se inserem os interesses das diversas forças da sociedade. O fundo público “envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado

tem para intervir na economia” e sua expressão mais explícita é orçamento estatal (SALVADOR, 2010, p. 607). Dessa maneira:

O fundo público ocupa um papel relevante na articulação das políticas sociais e na sua relação com reprodução do capital. A presença dos fundos públicos na reprodução da força de trabalho e gastos sociais é uma questão estrutural do capitalismo. [...] Existe uma miríade de formas de gastos sociais e de financiamento, incluindo a questão da manutenção e da valorização dos capitais pela via da dívida pública. A formação do capitalismo seria impensável sem o uso de recursos públicos, que, muitas vezes, funcionam como uma “acumulação primitiva” (SALVADOR, 2010, p. 608).

Como já assinalado, a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde determinam o funcionamento do SUS e suas formas de financiamento. No entanto, durante a década de 1990, os governos de Fernando Collor de Melo (1990-1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) colocaram em xeque o ideal democrático alcançado na CF, como se este fosse um entrave à governabilidade.

A partir de então, tem início o que Krüger (2014) denominou de “dogmatismo econômico”, ainda que disfarçado pelo neoliberalismo de abertura comercial, modernização, desregulação e concorrência internacional.

Nesse sentido, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), do ano de 1995, representa bem os ideais do neoliberalismo no país. O referido plano recomendava a diminuição, tanto do tamanho quanto das funções do Estado por meio da privatização, terceirização e publicização, além da diminuição da interferência estatal, com regulação a ser feita em prol do controle via mercado (KRÜGER, 2014).

O PDRAE, chamado de “Contrarreforma do Estado”, marca uma mudança significativa na atuação estatal, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento social e econômico do país e passa a ser mero regulador e promotor (BRAVO, 2006).

O impacto do PDRAE na saúde pública brasileira foi enorme, pois deu início à privatização do SUS ao não o reconhecer como um serviço de responsabilidade do Estado. Assim, a privatização passa a ser feita dentro do próprio Sistema Único de Saúde, com a transferência da gestão dos serviços para organizações públicas, mas de direito privado (NEULLS, 2016).

Convém atentar que o PDRAE foi elaborado em um contexto de forte influência e interferência do Banco Mundial (BM), do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que estimulavam a

desregulamentação dos mercados, a abertura das economias, a implementação de práticas não-intervencionistas e a abdicação de projetos nacionalistas como condição para a concessão de ajuda financeira¹⁵ (BATISTA, 1995).

Nesse sentido, dois documentos emitidos pelo BM que tratavam da gestão em saúde foram utilizados para subsidiar o referido plano. O primeiro documento foi emitido em 1991, intitulado de “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”; o segundo documento, do ano de 1995, foi denominado de “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”.

Os documentos defendiam que o acesso universal e gratuito oferecido pelo SUS seria demasiadamente oneroso para o país e deveria ser disponibilizado somente para a parcela mais pobre da população, com estímulo para que o setor privado tivesse maior participação na saúde (BANCO MUNDIAL, 1991; BANCO MUNDIAL, 1995).

No entanto, como bem analisa Rizzotto (2000), ambos os documentos apresentam um parecer superficial sobre o SUS, com propostas de reformas constitucionais e institucionais fundamentadas na relação custo-benefício dos serviços. A justificativa do BM era a de que tais reformas ampliariam a assistência aos mais necessitados, quando, na verdade, contribuem para a redução de direitos de saúde conquistados pelo movimento da Reforma Sanitária e pela Constituição Federal.

Além dos referidos documentos direcionados ao Brasil, no ano de 1993 o Banco Mundial lança o documento “Investir em Saúde”, com apoio da OMS. Tratava-se de uma publicação com mais de trezentas páginas, apresentando um estudo sobre a saúde mundial, também com enfoque na relação custo-benefício e nos problemas dos sistemas de saúde, como desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços, gastos ineficientes na utilização dos leitos e custos advindos de novas tecnologias (COHN; ELIAS, 2005).

Como medidas para solucionar os problemas apontados, o documento estimula uma maior participação da iniciativa privada na gestão em saúde, com diminuição do papel do Estado, que deve assumir a responsabilidade de

¹⁵ Esse receituário de medidas prescritas foi definido como “Consenso de Washington”, em referência à capital dos Estados Unidos, local em que, no ano de 1989, reuniram-se funcionários do governo estadunidense, do BM, do FMI e do BID para avaliarem reformas econômicas neoliberais a serem promovidas internacionalmente (FIORI, 2003).

encaminhamento das soluções e resoluções. Como bem atentam Cohn e Elias (2005, p. 63):

Nem o mais extremado neoliberal, em sã consciência, ousaria descartar totalmente o Estado nas providências das medidas necessárias à manutenção da saúde das respectivas populações. Se isso é válido para os países capitalistas centrais, muito mais o é para a periferia do capitalismo, prenhe de desigualdades, diferenças e iniquidades. As divergências entre as correntes de pensamento, no entanto manifestam-se quando se trata do papel a ser desempenhado pelo Estado.

A respeito dos motivos que fizeram o Banco Mundial manifestar tamanho interesse na área da saúde, Rizzotto (2000) destaca três possibilidades: a primeira consiste no desejo de estimular o liberalismo enquanto se faz grandes críticas ao papel do Estado na intervenção de políticas públicas; a segunda relaciona-se ao desejo do BM de transmitir uma imagem mais humanista diante do aumento da pobreza devido ao ajuste estrutural instaurado nos países periféricos submissos ao próprio banco; e a terceira e mais relevante possibilidade diz respeito à saúde ter se transformado em um mercado com grande potencial de exploração capitalista.

O Banco Mundial passou a financiar projetos no campo da saúde aos países submissos às suas exigências, o que aumentou seu poder de influência nessa área em termos mundiais. Além disso, alguns países, a exemplo do Brasil, passaram a ser grandes devedores do BM, dados os empréstimos feitos especialmente para a saúde, justamente na década de 1990, período em que o ajuste neoliberal se solidifica (RIZZOTTO, 2000).

Nesse contexto de influência neoliberal no fomento de políticas e programas, destacamos o Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), que vigorou entre os anos de 1996 e 2005, com o objetivo de promover a equidade no SUS, por meio da distribuição de recursos financeiros (ALVES, 2009).

O REFORSUS emerge na tentativa de reduzir a escassez de investimentos em infraestrutura de obras nos estabelecimentos assistenciais de saúde, renovar e atualizar os equipamentos médico-hospitalares e estruturas gerenciais. O projeto foi viabilizado com empréstimos do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, no valor de US\$ 650 milhões (ALVES, 2009).

Alves (2009) destaca que houve um saldo positivo para a rede do SUS por meio do REFORSUS, especialmente na ampliação do acesso, verificada no aumento do número de estabelecimentos de saúde e de equipes de saúde da

família, aumento do número de leitos e atendimentos ambulatoriais. No entanto, em termos de equidade, o projeto deixou a desejar, devido às grandes desigualdades sociais do Brasil.

Também influenciado pelo discurso do neoliberalismo, o governo brasileiro se vale de brecha encontrada na LOS 8.080/1990, de que a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar, segundo consta no parágrafo 2º do Art. 4º. Desse modo, é criada a Lei 9.656/1998, para regulamentar o mercado de seguros e planos de saúde privados.

A Lei no 9.656/1998, resultado de um conflituoso debate parlamentar, criou normas e procedimentos a serem observados pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde. Cabendo destacar, como alguma inovação, que o setor privado deveria ser fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e restituir ao SUS quando prestasse atendimentos aos seus clientes (KRÜGER, 2014, p. 220).

Desse modo, com a legitimação do avanço da saúde privada e suplementar, os princípios do SUS, de integralidade, universalidade e equidade são postos em segundo plano, enfraquecendo ainda mais o sistema. Vale lembrar que em 1998 o SUS completava 10 anos de existência.

Nessa direção, a saúde, ao contrário do que fora proposto na Reforma Sanitária, torna-se cada vez mais atrelada ao mercado capitalista, sem que o Estado cumpra com sua obrigação de regular e fiscalizar as ações conforme preconizado na Constituição Federal de 1988 (BRAVO, 2006).

Vários documentos publicados pelo Ministério da Saúde nesse período merecem menção, como: o “Informe Sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”; o “Plano de Ação do Ministério da Saúde”; o “Balanço da saúde no Governo FHC”; o “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”; e o “Plano Quinquenal de Saúde – 1990/95: A Saúde no Brasil Novo”.

O objetivo desses documentos era o de promover meios para que a política de saúde no Brasil fosse modificada em consonância com as exigências do Banco Mundial. Para isso, propunham a modernização do SUS por meio da sua descentralização, com maior autonomia para os municípios. A princípio parece uma medida correta, mas quando analisada com maior profundidade nota-se que há um intuito de separar a atenção básica da atenção hospitalar, posto que esta última é muito mais lucrativa (RIZZOTTO, 2000).

Toda essa situação contribuiu para a defesa de um modelo terceirizado de gestão do SUS, como se isto fosse uma alternativa melhor diante dos problemas existentes nessa área. Nesse contexto, a gestão dos hospitais públicos brasileiros passa a ser reorientada por meio de entidades privadas, filantrópicas, organizações sem fins lucrativos e ainda pela criação das Organizações Sociais (OS), como atenta Rizzotto (2000).

Nesse sentido, em 1998 é aprovada a Lei 9.637, chamada de lei das OS, elaborada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Nessa lei as Organizações Sociais são definidas como:

Art. 1º [...] pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1998, p. 01).

A referida lei permite que as OS recebam recursos financeiros e bens públicos conforme os contratos de gestão para que os serviços sejam viabilizados (BRASIL, 1998). O poder público contrata as OS, delegando-lhes a responsabilidade na execução de serviços. Estas, por sua vez, recebem os recursos e podem contratar funcionários sem concursos público, bem como ter dispensa de licitação, sem que haja obrigação de prestação de contas com a administração pública (REZENDE, 2008).

Além disso, a Lei 9.637/1998 também cria o Programa Nacional de Publicização (PNP), que estabelece os critérios e diretrizes para “qualificação de organizações sociais, a fim de assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União, que atuem nas atividades referidas no art. 1º, por organizações sociais” (BRASIL, 1998, p. 05).

A Lei 9.637/1998 é elaborada em concordância com o PDRAE, com o intuito de modificar a implementação de políticas públicas segundo preceitos neoliberais de consolidar um Estado mínimo. Privatizações e terceirizações de serviços públicos, que antes eram de total responsabilidade do Estado, passam a ser cada vez mais aceitas e legalizadas.

Rezende (2008) chama atenção para o fato de que a transferência de competências da União para entes privados, que possuem respaldo legal para usufruir de patrimônios, poupanças, créditos, bens e até mesmo servidores públicos, é feita sob o discurso de que esses entes possuem “interesse social e utilidade

pública” para todos os efeitos legais, ainda que disponham de tamanhas regalias para administrar seus próprios interesses:

Portanto, ao denominar estas entidades de organizações sociais, o Governo pretendia garantir um meio para retirar órgãos e competências da administração pública direta (programas, ações e atividades) e indireta (autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas) e, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado (REZENDE, 2008, p. 04).

No ano de 1999 é promulgada a Lei nº 9.790, que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e institui e disciplina o Termo de Parceria. Segundo a referida lei, podem qualificar-se como OSCIP “as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, desde que os respectivos objetivos sociais e normas estatutárias atendam aos requisitos” (BRASIL, 1999, p. 01).

Quanto aos objetivos sociais que a Lei prevê, são eles:

Art. 3º [...]

I - promoção da assistência social;

II - promoção da cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico e artístico;

III - promoção gratuita da educação, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

IV - promoção gratuita da saúde, observando-se a forma complementar de participação das organizações de que trata esta Lei;

V - promoção da segurança alimentar e nutricional;

VI - defesa, preservação e conservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;

VII - promoção do voluntariado;

VIII - promoção do desenvolvimento econômico e social e combate à pobreza;

IX - experimentação, não lucrativa, de novos modelos socioprodutivos e de sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;

X - promoção de direitos estabelecidos, construção de novos direitos e assessoria jurídica gratuita de interesse suplementar;

XI - promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos, da democracia e de outros valores universais;

XII - estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos que digam respeito às atividades mencionadas neste artigo.

XIII - estudos e pesquisas para o desenvolvimento, a disponibilização e a implementação de tecnologias voltadas à mobilidade de pessoas, por qualquer meio de transporte (BRASIL, 1999, p. 01-02).

A respeito do Termo de Parceria sobre o qual a lei dispõe, este consiste em um contrato de gestão firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OSCIP. Conforme analisa Rezende (2008), o objetivo do Termo de Parceria é transformar as OS em OSCIPs, visto que estas últimas possuem maior abrangência

devido aos seus objetivos e projeto político de privatização e terceirização de serviços públicos, programas, ações e atividades.

Além disso, a Lei nº 9.790 permite que grande parte das responsabilidades do governo possa ser transferida para o setor privado de forma ainda mais abrangente que a Lei das OS, situação que corrobora com o PDRAE (REZENDE, 2008).

Na realidade, os resultados práticos da implementação das OS e das OSCIPs na saúde estão muito longe dos princípios do Sistema Único de Saúde e há incongruências como participação limitada do controle social nas ações e sérios problemas na gestão de pessoas, pois muitos são contratados sem direitos trabalhistas ou plano de carreira, o que tem impacto direto na qualidade do desempenho profissional e na produção dos serviços (BARBOSA; ELIAS, 2010).

A saúde brasileira, no período que corresponde ao governo FHC é caracterizada pela disputa entre o projeto da Reforma Sanitária o projeto privatista neoliberal. Nesse momento, a saúde é transformada de um bem social coletivo para um bem individual de direito civil e vai perdendo sua característica de atividade focada no bem-estar e no cuidado humanitário para se orientar pelos padrões do lucro mercadológico, como avalia Nogueira (2000).

Diante dessa situação, a vitória de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) nas eleições presidenciais de 2002 foi recebida com entusiasmo e expectativas, especialmente por se tratar de um político da esquerda. No entanto, para vencer as eleições, o Partido dos Trabalhadores (PT) fez inúmeras concessões e aliou-se a grupos de centro-direita, afeitos ao capital industrial, o que fez com Lula buscasse agradar tanto à população que lhe elegera quanto aos “senhores das finanças” que lhe apoiaram (KRÜGER, 2014).

No campo da saúde, o primeiro ministro escolhido foi Humberto Costa, que levou para a direção pessoas com histórico de militância política e intelectual em defesa do SUS e da Reforma Sanitária, o que inicialmente provocou ânimo das forças progressistas, com questões positivas, como a retomada do termo Reforma Sanitária nos documentos ministeriais, o retorno da concepção de Seguridade Social, aprovação de políticas específicas, como a Política de Atenção Básica e a Política Nacional de Medicamentos (KRÜGER, 2014).

Entretanto, apesar desses avanços, a realidade é que o governo Lula não rompeu com a lógica conservadora e mercadológica apresentada no governo FHC,

ainda que, no início de seu governo, as características progressistas tenham tido alguma evidência:

No decorrer da gestão houve um recrudescimento do conservadorismo que se tornou visível através da condução das ações e com a troca dos técnicos dirigentes reconhecidamente vinculadas à defesa do SUS. Desse modo, indica-se que o processo regressivo e conservador, que marcou a era FHC e José Serra na saúde, teve raros instantes de descontinuidade, apesar do clima otimista que se gerou em torno deste governo. Por esta forma de condução da política de saúde verificou-se que a tensão entre o paradigma da Reforma Sanitária e o privatista persistiu por todo governo Lula [...] (KRÜGER, 2014, p. 222).

No ano de 2007, o governo Lula enviou ao Congresso Nacional o projeto de Lei Complementar 92/2007, que dispõe da criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), que podem desempenhar atividades “não exclusivas do Estado”, entre elas a saúde, onde está incluída a gestão dos Hospitais Universitários federais (HUs) que atuam na saúde diretamente e não apenas na educação, desde que o Conselho Universitário aprove a gestão via Fundação (NEULLS, 2016).

Naquele ano, o então Ministro da Saúde, José Temporão, em concordância às recomendações do Banco Mundial, divulga diversos documentos a respeito das Fundações Estatais de Direito Privado, entre eles um intitulado “Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados”, que justifica a gestão dos HUs federais via FEDPs devido às limitações encontradas nos serviços públicos de saúde, população insatisfeita com os serviços, profissionais sobrecarregados e gestão burocratizada (NEULLS, 2016; BRASIL, 2007).

Apesar do que o documento afirma, as Fundações Estatais acabam por precarizar as condições de trabalho, visto que adotam o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem realização de concursos públicos e consequente falta de estabilidade empregatícia, além de serem isentas de Responsabilidade Fiscal, não possuem obrigação de contribuir com o fundo público e fortalecerem o cunho neoliberal de reestruturação da gestão dos HUs (GRANEMANN, 2011).

A gestão dos Hospitais Universitários federais continuou na pauta governamental, com destaque no ano de 2010, quando ocorreu um evento apoiado pelo Banco Mundial, com participação dos Ministérios da Educação e da Saúde, de gestores dos HUs e com a presença de representantes dos Estados Unidos, Portugal e Espanha, que apresentaram seus modelos de gestão. Ao fim do evento, divulgou-se o empréstimo de 320 milhões de reais do BM para financiar o Projeto de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF) (CISLAGHI, 2011).

O empréstimo foi justificado com a afirmação de que os HUs são bastante onerosos ao sistema de saúde brasileiro, logo, o REHUF propõe uma nova forma de financiamento, dividido entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com incorporação de tecnologias, avaliação permanente, melhorias na estrutura física e modernização dos processos gerenciais (NEULLS, 2016).

Todavia, como o REHUF não conseguia responder satisfatoriamente às questões da reestruturação dos HUs, em 2011, no primeiro ano de governo da presidente Dilma Rousseff¹⁶ (2011-2016) é criada a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), instituída por meio da Lei 12.550, cujo projeto havia sido rejeitado na 14ª Conferência Nacional de Saúde, como explica Krüger (2014, p. 224):

Dias depois da 14ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2011, ter rejeitado o Projeto de Lei da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), a presidente sancionou a Lei n. 12.550/2011 criando-a. É uma empresa pública, com personalidade jurídica de direito privado, patrimônio público e vinculada ao Ministério da Educação, adotada como medida para resolver os problemas de gestão e de recursos humanos dos Hospitais Federais de Ensino. A Ebserh, com sede em Brasília, terá como subsidiária cada um dos Hospitais Universitários (HU) que a ela aderirem. A Empresa sendo gerida pelo direito privado poderá priorizar o atendimento aos usuários do SUS que tenham planos privados, pois este resultará na dupla obtenção de recursos. Na prática, a gerência da Empresa terá poderes para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos administrativos e definir metas de gestão, restringindo sumariamente a vinculação dos HUs às Universidades e com os princípios do SUS.

A EBSERH também apresenta problemas. Ela retrocede o controle social, não oferece estabilidade aos trabalhadores, visto que também contrata via CLT, e pode ainda celebrar contratos temporários de emprego, o que favorece ainda mais a precarização do trabalho, a insegurança no emprego e a rotatividade de profissionais (CISLAGHI, 2011).

Além disso, a EBSERH incentiva o fim da gestão pública nos HUs, com proposta de contratos de gestão ou de atividades fora do âmbito do governo,

¹⁶ Conforme analisam Reis e Paim (2019), nos governos de Dilma Rousseff buscou-se um crescimento econômico com o desenvolvimento do capitalismo brasileiro e alguma transferência de renda, mas sem que houvesse um rompimento com as imposições do modelo econômico neoliberal. Assim, no que refere ao financiamento da saúde identifica-se a falta de garantia de estabilidade dos recursos necessários para manter um SUS público e de qualidade para todos os cidadãos. Os autores enfatizam que nos últimos anos do governo Rousseff, apesar de um aumento no financiamento, houve uma redução na participação da União na despesa pública, crescendo a participação dos Estados e Municípios, além de um crescimento na mercantilização, por meio do aumento de formas de gestão via OS, Oscips e EBSERH.

objetivando a captação de recursos privados, o que lhe confere autonomia para gerenciar fundos e bens públicos (NEULLS, 2016).

Compreendemos que a gestão do SUS via OS, OSCIPs, Fundações Estatais e EBSEH corresponde à lógica privatista e ao projeto ideológico, político e econômico do PDRAE, que conseguiu estabelecer-se no país através de medidas que enfraquecem a saúde e submetem-na ao mercado, com intensificação da precarização do trabalho e aumento da rotatividade dos profissionais de saúde, apesar das mudanças de governo.

O Banco Mundial conseguiu intervir fortemente na política de saúde brasileira por meio de múltiplas estratégias: flexibilização gerencial, repasse de serviços para as OS, Fundações, OSCIPs e estímulo à privatização e terceirização dos serviços de saúde no país. Para tanto, a orientação esteve pautada na priorização do custo-benefício e na lógica em torno da saúde como mercadoria, não como um direito assegurado a todos os cidadãos.

Nesse sentido, a criação de agências, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2010, são justificadas pela diminuição do papel da gestão pública na oferta dos serviços de saúde enquanto há aumento significativo de operadoras de saúde privadas.

Como explica Rizzotto (2000), o princípio que fundamenta as ações da ANS é o de que o mercado de assistência à saúde possui problemas e, portanto, não pode funcionar livremente, pois necessita de regras que assegurem o predomínio do interesse público e harmonizem as relações entre as operadoras, os consumidores e os prestadores de serviços.

No entanto, mesmo que as ações de saúde não sejam exclusivas do Estado, elas continuam exigindo o exercício do poder e da autoridade estatal de forma incessante. Assim, o SUS desempenha ações e serviços públicos de importância pública, mesmo os que são realizados pela saúde suplementar, ou seja, pela iniciativa privada (REZENDE, 2008).

Conforme atentam Cohn e Elias (2005), o papel historicamente desempenhado pelo Estado brasileiro na saúde tem sido o de direcionador do financiamento, de organizador dos consumidores e de conciliador dos interesses que circundam essa área, especialmente aqueles que estão relacionados aos interesses privados, que são os serviços, equipamentos e insumos. E complementam:

O Estado logrou apresentar grande competência no desenvolvimento das políticas correspondentes ao papel que desempenhou. Não obstante as mudanças ocorridas nos últimos anos, que apesar das suas diversas repercussões praticamente não alterara o modelo de Estado voltado aos interesses privados, o resultado em termos dos serviços [...] configurou uma (des)organização com forte presença do setor privado em certos níveis de da assistência e do setor público em outros, geradora não de um único Sistema de Saúde, mas sim de sistemas que segmentam a assistência segundo vários critérios, sendo o principal deles a forma de seu financiamento e a inserção do usuário no sistema de produção econômica (COHN, ELIAS, 2005, p. 65).

Diante disso, a prestação de serviços no SUS apresenta problemas, visto que é limitada em termos de oferta e a preferência do setor privado contratado é, muitas vezes, dada aos indivíduos que possuem planos de saúde particular. Além disso, com frequência os procedimentos de média complexidade são desprezados em prol dos procedimentos de alto custo e o SUS tem se tornado cada vez mais dependente dos contratos com o setor privado para oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) por meio de tomógrafos, ressonância magnética e outros aparelhos especializados (PAIM *et al.*, 2011).

Outro problema grave diz respeito à Emenda Constitucional 95 (EC 95), de 2016, instituída no governo Michel Temer (2016-2018), que congela os gastos em saúde e educação pelo período de 20 anos (BRASIL, 2016). A medida deve causar uma queda de 654 bilhões de reais em recursos federais que seriam destinados aos SUS, em um cenário de crescimento do produto interno bruto (PIB) de 2% ao ano (BRAVO, PELAEZ, MENEZES, 2020).

Além disso, também no governo Temer:

a política de saúde teve seu orçamento reduzido em R\$ 179 milhões, valor que seria destinado inicialmente ao programa de fortalecimento do SUS, responsável por ações de melhoria da estrutura e da qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de mais uma medida que favorece o capital, na disputa pelo fundo público (BRAVO, PELAEZ, MENEZES, 2020, p. 198).

Reiteramos, portanto, que o processo de privatização da saúde no Brasil e o entrelaçamento de serviços públicos e privados estimulou e consolidou um modelo de assistência que privilegia as práticas curativas médico-hospitalares individuais, em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde de forma coletiva. Desse modo, o modelo hospitalocêntrico, de valorização da tecnologia e da figura do médico *per se* se fortalece.

Além disso, uma vez que o setor privado expande sua participação na saúde, aumenta a competição desproporcional entre as esferas pública e privada, com danos ao princípio da equidade, o que se agrava diante das características

demográficas e epidemiológicas do Brasil (PAIM *et al.*, 2011). Nesse processo, a medicina se conforma com os ditames do mercado e a demanda passa a ser condicionada não pela necessidade real da usuária/usuário, mas pelo poder de compra deste, que passa a ser um “cliente” dos serviços.

Dentro dessa relação comercial de compra e venda de serviços de saúde, a palavra do médico e suas recomendações são acatadas sem maiores questionamentos. Convém atentar ainda para o fato de que todo esse processo é uma construção, um projeto bem articulado que envolve não apenas as questões econômicas, relativas ao financiamento do SUS, mas especialmente as ideológicas e políticas:

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas. Portanto, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não poderão ser resolvidas unicamente na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional. Agora é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica (PAIM *et al.*, 2011, p. 28).

Além disso, coexistem na saúde brasileira quatro modelos em disputa, conforme atentam Bravo, Pelaez e Menezes (2020):

1. *O projeto da Reforma Sanitária*: construído com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico-assistencial-previdenciário. Neste modelo, a saúde tem caráter universal e é configurada como direito social de responsabilidade do Estado;
2. *O projeto privatista*: orientado pelos ditames do mercado e do Estado mínimo por meio de privatizações e pela exploração da doença como fonte de lucro;
3. *O projeto da Reforma Sanitária flexibilizada*: caracterizado por um rebaixamento da proposta inicial da Reforma Sanitária e com a premissa de um “SUS possível”. Este projeto foi consolidado nos governos petistas e delineado a partir das contradições relativas à implementação do SUS e da reconfiguração do Estado brasileiro, com desmonte e subfinanciamento das políticas públicas;
4. *O projeto do Sistema Único de Saúde completamente subordinado ao mercado*: caracterizado pela aceleração e intensificação das políticas

que contribuem para o desmonte do Estado brasileiro (como a diminuição do financiamento a partir do governo Temer) e pelo aprofundamento das contrarreformas pelo governo Bolsonaro, com extremo liberalismo econômico, desprezo pela democracia e ataques às instâncias de controle social e participação.

Esta conjuntura de Estado que restringe as suas funções de proteção social por meio de contrarreformas, redução de direitos, privatização de empresas estatais, disputa pelo fundo público, ataques à democracia e rebaixamento da proposta original da Reforma Sanitária se reflete na Seguridade Social e, conseqüentemente, na política de saúde.

No âmbito da previdência social ocorre desregulamentação, com estímulo ao seguro privado, por exemplo. Na esfera da assistência social, isso se apresenta nas ações seletivas e focalizadas, o que ocorre por meio do direcionamento para programas de transferência de renda (BOSCHETTI, 2009).

Quanto à saúde, as contrarreformas promovem o abandono dos princípios doutrinários do SUS, com valorização de ações limitadas, que acontecem enquanto há expressiva precarização do serviço público de saúde (BOSCHETTI, 2009; FERREIRA NETO, ARAUJO, 2014).

Desse modo, apesar dos avanços do texto constitucional, aquela proposta de Política de Saúde dos anos 1980 vai sendo paulatinamente corroída, com explícitos descumprimentos dos dispositivos legais e omissão do governo federal, tanto na sua regulamentação quanto na fiscalização das ações em saúde. Bravo (2001) destaca desrespeitos aos princípios da integralidade com clara prioridade pela atenção curativa, ao invés da promoção e prevenção da saúde, da equidade na alocação dos recursos públicos, com opção da não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais.

Nesse processo de desmonte da Seguridade Social e das políticas que a integram, a disputa pelo fundo público possui papel importante e se dá através da financeirização das políticas sociais, que consiste na captura dos direitos sociais pela iniciativa privada, em um contexto no qual os serviços passam a ser contratados no mercado, sem mais garantia assegurada pelo Estado (SILVA, 2012).

A financeirização promove a apropriação do fundo público, com a venda de títulos da dívida pública nacional para que o mercado financeiro seja abastecido. Conseqüentemente, há um crescimento de juros da dívida pública pagos com

recursos transferidos do orçamento público, em uma dinâmica neoliberal que promove a desconstrução do sistema de proteção social universal (SALVADOR, 2010).

Em suma, percebemos que, apesar dos avanços obtidos com o movimento pela Reforma Sanitária e das conquistas do SUS, não podemos negar a existência de limitações e problemas, como apresentamos. O financiamento é, inegavelmente, uma questão muito importante, mas não é a única. Diante de um projeto como o neoliberal, em que a saúde é transformada em mercadoria e a própria população assimila essa ideia, pensar em ampliar a gestão participativa também é fundamental.

Além disso, é imprescindível garantir que os princípios doutrinários do SUS sejam assegurados para que a realidade experimentada pelos usuários/usuárias e a proposta constitucional não seja mais tão discrepante.

3 HUMANIZAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DO PARTO: questões socioculturais, conceitos, contradições e políticas públicas

Nesta seção buscamos analisar o contexto sociocultural e os fundamentos e condicionantes políticos, a partir da conjuntura da saúde, nos quais se inseriu a preocupação do Estado brasileiro quanto à humanização do parto para que este tema se transformasse em política pública, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Corresponde à primeira dimensão da avaliação proposta, a “avaliação política da política propriamente dita”.

Para melhor exposição didática dos temas sobre os quais discorreremos, apresentamos uma subseção intitulada “*A lógica do parto no Brasil e os determinantes da criação do PHPN*”, com ênfase no contexto histórico e sociocultural que circunda a questão do parto e nascimento no país, bem como as condições de trabalho dos/as profissionais que atuam na área; o processo que levou à medicalização do parto e às práticas tecnocráticas e “desumanizadas”. Abordamos ainda a violência obstétrica, o corpo feminino como objeto da obstetrícia na construção de um saber institucionalizado a seu respeito e, por fim, o protagonismo da mulher parturiente.

Além disso, como ilustração, expusemos dados sobre taxas de cesarianas e mortalidade materna e neonatal e sobre o acesso à assistência pré-natal, com destaque para o final da década de 1990, período que antecedeu a formulação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Discutimos essas questões sob os aspectos social e histórico, considerando o modelo de assistência à saúde no Brasil e a formação e as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Na segunda subseção, denominada “*Políticas para o parto no Brasil*”, o cerne do debate se centrou no modelo de assistência de saúde brasileiro, nas lutas por direito a esse bem imprescindível à vida e seus impactos nas políticas de saúde desenhadas a partir dos anos de 1980. Posteriormente, apresentamos as reivindicações e pelezas de grupos de mulheres e feministas para que melhorias fossem implementadas na assistência à saúde da mulher.

Em seguida, discorreremos sobre as políticas de saúde para a mulher e as políticas para o parto e humanização do parto, como o Programa de Humanização

no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), desvelando o contexto histórico e político em que essas ações foram formuladas.

Na última subseção designada “*Os sentidos da humanização em saúde*”, refletimos sobre o conceito de humanização em saúde e, especificamente, no parto, na perspectiva de apreender como esta se apresenta no âmbito do PHPN, assim como os fundamentos ou abordagens que lhe dão sustentação. Trazemos, por fim, uma subsubseção específica em que ponderamos “*As contradições no discurso da humanização*”, de forma crítica, no esforço de desvelar sua essência, para além da aparência.

3.1 A lógica do parto no Brasil e os determinantes para a criação do PHPN

Gestação, parto e nascimento são eventos sociais que compõem a vida reprodutiva dos seres humanos, permeados por significados diversos, que perpassam por questões culturais, econômicas, afetivas e biológicas. Ao longo dos tempos o parto passou por transformações e, de evento essencialmente biológico tornou-se um acontecimento hospitalar, de cunho mais patológico, permeado por intervenções médicas e tecnológicas, controlado pela medicina, em detrimento do protagonismo da mulher, que se torna coadjuvante.

Inicialmente, o parto e a gravidez eram expressões da intimidade e da esfera doméstica, compreendidos como eventos naturais, experiências integradas ao cotidiano familiar. Era comum que as mulheres interrompessem suas atividades quando entravam em trabalho de parto e tivessem os bebês em casa, na presença da família e com a assistência de outras mulheres e/ou parteiras¹⁷, também denominadas de aparadeiras, comadres ou matronas, isso bem antes do desenvolvimento dos hospitais e da medicina obstétrica como conhecemos hoje (SCLIAR, 2005).

Até o século XVIII existia na medicina europeia uma estrutura hierárquica na qual os físicos eruditos estavam no topo por seus trabalhos teóricos, seguidos pelos cirurgiões, que eram responsáveis por cirurgias, sangrias e emplastos e, por último, pelos boticários, que consistiam nos comerciantes e fabricantes de remédios

¹⁷ Durante a Idade Média, a Igreja colocou as parteiras no lugar de feiticeiras e bruxas pela suspeita de sua relação com o infanticídio e o aborto (ROHDEN, 2001).

(MARTINS, 2004). Vale ressaltar que a medicina europeia influenciou, em muito, a medicina ocidental como um todo.

Por ser um ritual de mulheres, o parto não era visto como um ato médico naquela época. Somente em caso de complicações um profissional denominado de cirurgião-parteiro era chamado para auxiliar, cuja função era o de retirar o bebê com vida de uma mãe que havia ido a óbito (MAIA, 2010). Destarte, os conhecimentos por estes utilizados tinham base médico-científica, enquanto os das parteiras eram fundamentados na tradição e no aprendizado com outras parteiras ou na própria experiência.

Ainda assim, coube ao cirurgião-parteiro o desafio de desassociar o parto do trabalho feminino das parteiras para alcançar a simpatia da classe médica, o que foi realizado lentamente. “No transcorrer do século XVIII, este novo personagem ganha a batalha contra as parteiras, passando a ser chamado para assistir aos partos, além de [...] cuidar das doenças das mulheres e das crianças” (ROHDEN, 2001, p. 61).

Quanto ao surgimento da obstetrícia, tal especialidade só foi implementada nas faculdades de medicina da Europa na primeira metade do século XIX, ainda que os primeiros manuais de parto desse continente tivessem sido escritos no século XVI, com base nos conhecimentos greco-romanos (MARTINS, 2004).

Isto posto, para que a obstetrícia surgisse foi necessário primeiro que os médicos passassem a se interessar pela saúde da mulher e que a estrutura hierárquica com base em físicos, cirurgiões e boticários fosse superada, pois a obstetrícia é uma especialidade na qual não pode existir separação entre a prática cirúrgica e a clínica (MAIA, 2010).

No final do século XIX, com interesse na saúde reprodutiva das mulheres, os obstetras iniciaram um movimento para que o parto fosse transformado em um evento hospitalar e controlado por eles, o que se efetivou em meados do século XX (MAIA, 2010). Como consequência, intensificou-se a medicalização do parto, o que contribuiu para que este fosse socialmente encarado como um procedimento médico e cirúrgico.

Algumas situações foram contributivas para que o parto se tornasse essencialmente hospitalar, entre elas a construção de maternidades separadas dos hospitais gerais, com adoção de padrões de higiene e áreas de isolamento, com o

objetivo de reduzir as mortes maternas por infecção; evolução da técnica de cesariana para partos com complicações; a divulgação do trabalho do médico obstetra como profissional técnico, perito e até mesmo filantropo; partos complicados e parteiras despreparadas provocaram que diversas mortes (MARTINS, 2004).

[...] não se podem desprezar as péssimas condições de muitos partos domésticos que eram atendidos por parteiras despreparadas para casos mais complicados. Há muitos testemunhos sobre estas situações, tanto de médicos como de parteiras diplomadas. A existência de um espaço no qual as mulheres fossem bem atendidas, recebidas nos consultórios pelos médicos, encaminhadas para salas de parto modernas e bem equipadas, sendo assistidas por parteiras bem informadas, certamente foi bem recebida pelas mulheres. Além disso, partos muito difíceis, que podiam colocar em risco a vida da mãe e da criança, passaram a ser resolvidos mais seguramente com a cesariana praticada nas maternidades. A mortalidade feminina foi significativamente reduzida com a antissepsia e o uso de novos medicamentos e técnicas que evitavam a infecção puerperal. Este era um dado que também não devia passar despercebido pelas mulheres (MARTINS, 2004, p. 2011-212).

A medicina iluminista colaborou para a difusão de que as parteiras eram sujas, pois não possuíam a “polidez” e o conhecimento técnico dos médicos; com isso, uma elitização da figura do obstetra começava, ao mesmo tempo em que diferenças de classe e raça se intensificavam nesse meio, posto que as parteiras passaram a atuar especialmente em partos de mulheres pobres, como assinala Rohden (2001).

No que diz respeito ao Brasil, muitas foram as dificuldades enfrentadas pela obstetrícia até o início do século XX devido à falta de maternidades, o que inviabilizava a prática médica (BRENES, 1991). Vale destacar que a formação de obstetras era basicamente teórica naquela época.

O atraso no ensino oficial da medicina no Brasil teve por consequência uma imposição da autoridade médica somente às mulheres brancas e ricas enquanto a maioria da população continuou fazendo uso das práticas tradicionais, baseadas no conhecimento indígena, africano e de povos imigrantes (MARTINS, 2004). Outra questão é que as mulheres ainda não se sentiam à vontade com os obstetras:

[...] houve todo um esforço por parte da corporação médica em construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população. Porém, isto ainda foi pouco para conseguir levar as mulheres à presença do obstetra e muito menos, ainda, para convencê-las e se abrirem para eles (BRENES, 1991, p. 11).

Nesse contexto e dadas as péssimas condições das maternidades no país, que eram pobres em estrutura e em higiene (BRENES, 1991), o atendimento médico domiciliar para o parto permaneceu limitado às elites e classes médias urbanas; as mulheres com poucos recursos recorriam às parteiras e as que viviam em miséria apelavam para os hospitais desestruturados, onde ficavam vulneráveis muitas vezes a infecções e maus tratos.

O modelo tecnocrático da assistência ao parto começa a partir do momento em que a hospitalização da parturiente ressignifica esse evento e transforma seu aspecto cultural, familiar e fisiológico em um ato médico, no qual o risco de patologias e complicações deixa de ser exceção e se torna regra (MAIA, 2010).

Na década de 1940, com o advento da industrialização no Brasil, emerge a necessidade político-econômica de mão-de-obra, o que faz com que a esfera pública passe a discutir as altas taxas de mortalidade materna e perinatal, com estímulo à institucionalização do parto no país, o que pode ser considerado uma das primeiras ações públicas direcionadas à saúde da mulher (BRASIL, 2001).

A institucionalização do parto contribuiu para o afastamento da família desse processo, uma vez que a estrutura física e os hábitos hospitalares foram planejados para suprir as necessidades e facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e não as parturientes (DINIZ, 2011).

A mudança do modelo de assistência ao parto corresponde à mudança do protagonista. No modelo tecnocrático, o médico detém esse papel, visto que é ele quem conduz a cena, no modelo humanizado¹⁸, a parturiente é a pessoa que determina as ações com o apoio de outras que serão ali incluídas: a enfermeira obstétrica, a doula, o acompanhante e até mesmo o médico, como analisa Maia (2010).

No entanto, não é somente o médico obstetra que está em cena no modelo tecnocrático, dado que outras especialidades, ainda que em menor evidência, também possuem papel fundamental para a reprodução de práticas intervencionistas. Nesse contexto, mesmo quando os obstetras procuram por práticas mais humanizadas, costumam entrar em conflitos com anestesistas e pediatras (MAIA, 2010).

¹⁸ Nas seções seguintes abordamos o modelo de assistência humanizada com maior profundidade.

Nesse contexto, o trabalho de parto é encarado como resultado das contrações involuntárias do útero, o que seria a base da concepção obstétrica moderna por três motivos:

Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto. Segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto. Nos termos do modelo tecnocrático duro, o trabalho de parto é visto como processo puramente fisiológico, e não emocional; se algum fator emocional o facilita ou dificulta, ele não é reconhecido como tal – por exemplo, o fato de a mulher ficar sozinha durante o trabalho de parto não é reconhecido como um dificultador do processo. Terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (rompimento do saco amniótico pelo médico, aplicação de ocitocina, realização da cesariana etc.) (MAIA, 2010, p. 35).

As mulheres começaram a perder a autonomia durante o parto, posto que, a partir de então, tanto as parturientes quanto as parteiras passaram a submeter-se ao modelo institucionalizado de atendimento, com a necessidade da presença dos médicos como testificadores de que tudo ocorreria bem (WOLFF; WALDOW, 2008).

Além da influência dos profissionais da área médica, não podemos deixar de mencionar o papel da mídia no contexto de institucionalização do parto e enaltecimento da cesariana. A “romantização” em torno do parto hospitalar cirúrgico se deve também à forma pela qual o parto normal foi apresentado ao longo das décadas, sobretudo na dramaturgia das novelas, filmes e até mesmo comerciais de televisão, nos quais a parturiente tantas vezes aparecia descabelada, suada, sob fortes dores, gritos e sofrimento intenso, ao mesmo tempo em que revela o poder dos veículos de comunicação como formadores de opinião.

O modelo médico de assistência ao parto sujeita-se a duas questões: ao fato de que a medicina ocidental iluminista compreende o corpo humano como máquina e o médico como mecânico; e ao fato de que o modo de produção fabril foi introduzido na assistência à mulher em trabalho de parto (DAVIS-FLOYD, 2001).

O predomínio do parto hospitalar no século XX, com a apropriação do saber médico nesta área, culminou com o aumento gradativo de cirurgias cesarianas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Entretanto, conforme Maia (2010), baseada nos trabalhos de Martin (2006) e Tornquist (2004), a medicina não dominou a parturização facilmente:

[...] é fundamental compreender que o domínio da parturição pela medicina foi lento, difícil, conflituoso, heterogêneo e incompleto. O processo de medicalização e hospitalização do parto e do nascimento não contou com a pronta adesão das gestantes, que relutaram em deixar suas casas para dar à luz em quartos ou enfermarias de hospitais. Além disso, mesmo onde o modelo se tornou hegemônico ele nunca foi absoluto, e diversas reações contra o modelo tecnocrático questionam sua legitimidade e buscam reconstruir o significado de parto e nascimento (MAIA, 2010, p. 45).

Enfatizamos que a cirurgia cesariana foi um avanço importante da obstetrícia, que salvou e salva muitas mulheres e bebês ao longo da história no Brasil e no mundo e que trouxe mais segurança em casos de partos de risco. Porém, ao mesmo tempo em que se apresenta como conquista, não é recomendada para todas as situações gestacionais, uma vez que pode acarretar riscos sérios e inclusive levar a óbito a mãe e/ou o bebê.

A este respeito corroboram Schmalfuss *et al.* (2010) ao afirmarem que a hospitalização e tecnologias utilizadas durante o parto contribuíram para reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal, que eram alarmantes devido às condições de saúde no país em meados do século XX.

Entretanto, a medicina cometeu vários erros¹⁹ ao adentrar em um universo sobre o qual possuía pouco conhecimento, que era dominado pelas parteiras e tratava do corpo feminino. Isso colaborou bastante para a elevação das taxas de mortalidade materna e perinatal na década de 1980, devido à infecção puerperal relacionada a partos hospitalares, mesmo após um período de queda nessas taxas décadas antes (TORNQUIST, 2002).

Outra questão a ser considerada é que a hospitalização ou uma cirurgia cesariana implicam também em mais intervenções tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, o que contribui para maior exposição a procedimentos invasivos e, muitas vezes, desnecessários (MORAES *et al.*, 2006).

Conforme dados do Ministério da Saúde (2017), a quantidade de cesarianas realizadas no Brasil colocou o país em segundo lugar²⁰ no *ranking* mundial em termos percentuais desse tipo de parto no ano de 2017, com uma média

¹⁹ Dentre esses erros, destacam-se o aumento nas taxas de infecção puerperal no início da prática de hospitalização das parturientes; manobras no parto que, atualmente, são consideradas violentas; uso de substâncias terapêuticas inapropriadas; experimentos relacionados à cirurgia cesariana, entre outros (TORNQUIST, 2002).

²⁰ Em primeiro lugar está a República Dominicana (ONU BRASIL, 2017).

geral de 57%²¹. Vale ressaltar que a recomendação dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de até 15%.

É importante destacar que, quando analisamos a porcentagem na rede pública, as cesarianas representam 40% dos partos, e na rede privada o número sobe para espantosos 84% (ONU BRASIL, 2017).

Diniz (2005) apresenta alguns motivos pelos quais é possível explicar os altos índices de cesariana no Brasil, especialmente até meados dos anos 1990 quando passou a ser utilizada como uma cirurgia "dois em um", uma vez que permite realizar também a laqueadura tubária da mulher, tornando-se uma opção para aquelas que não queiram mais ter filhos.

A referida autora defende que, atualmente, a escolha pela cesárea se dá mais por conveniência dos médicos do que das gestantes, haja vista que eles podem agendar a cirurgia para o melhor momento, sem precisar ficar à disposição da gestante durante horas em um trabalho de parto; e permite organizar a agenda de atendimento e programar várias cesarianas para um mesmo dia, o que se supõe ser mais lucrativo. Além disso, ainda é comum assimilar o parto normal como algo primitivo, sujo e doloroso em demasia; a cesariana, por outro lado, é propagada como moderna e prática.

Não podemos esquecer de outra questão fundamental para que o momento do parto seja seguro, que também enfrenta problemas relativos ao sistema de saúde brasileiro e não pode ser negligenciada. Trata-se da qualidade da assistência pré-natal. Ações voltadas para este fim, que remetem aos direitos sexuais e reprodutivos, são discutidas no mundo inteiro e no Brasil sob o engajamento também dos movimentos de mulheres e feministas, com o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade²² materna e perinatal, com atenção de órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) (GALIZA, 2011).

Cabe destacar ainda as Conferências, a exemplo da Conferência sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã, Irã, em 1968, que estabeleceu que a decisão sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles constitui um direito dos casais;

²¹ O documento mostra que houve um aumento nas taxas de cesarianas no Brasil até o ano de 2014, quando chegou a 57%. No entanto, nos anos de 2015 e 2016, houve uma ligeira queda de 1,5 pontos percentuais, chegando a 55,5% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

²² Índice de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional.

a Conferência de População, realizada em Bucareste, na Romênia, em 1974, em que se reconhece o direito de casais e indivíduos de determinarem o número de filhos e seu espaçamento e o papel do Estado na garantia desses direitos, incluindo-se a informação e o acesso a métodos de controle da natalidade; e a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher, que deu início ao Decênio da Mulher, realizada no México em 1975, em que se admitiu o direito à integridade física e às decisões sobre o próprio corpo, o direito a diferentes opções sexuais e os direitos reprodutivos, entre eles a maternidade opcional (DÍAZ, CABRAL, SANTOS, 2004).

Destacamos ainda a Conferência de Alma Ata (1978), na União Soviética (atual Cazaquistão) em que foi emitida a Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária, que reconheceu as vantagens de um enfoque holístico dos temas de saúde reprodutiva, vinculando os temas de saúde à vida das mulheres; a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo, onde pela primeira vez a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos passaram a constituir os aspectos principais de um acordo central sobre população e, por fim, 4ª Conferência Mundial da Mulher, realizada em 1995, em Beijing, onde se avançou no sentido de reconhecer o direito das mulheres de manejar e decidir sobre sua sexualidade e direito sexual (DÍAZ, CABRAL, SANTOS, 2004).

Como o objetivo de nossa pesquisa é apontar os determinantes para a formulação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e avaliar a sua engenharia, é imperativo apresentarmos a situação-problema que originou esta ação. Dessa forma, como o PHPN foi instituído no ano 2000, além de informações atuais, trouxemos dados que demonstram como estava a assistência ao pré-natal no fim da década de 1990.

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada no ano de 1996, apontam que cerca de 14,3% das mulheres que haviam tido filhos entre 1991 e 1995 não realizaram consultas de pré-natal. Destas, 30,3% moravam no campo e 7,6%, na cidade; 42,6% eram analfabetas e 27% possuíam entre um e três anos de estudo. Mulheres das regiões Norte e Nordeste e regiões mais pobres lideravam a lista, o que evidenciava problemas de desigualdade social (BEMFAM, 1997).

Quanto as que realizaram consultas de pré-natal, a mesma pesquisa indicou que 77% das mulheres fizeram mais de quatro consultas e, destas, cerca de

47,5% completaram mais de sete consultas, o que favoreceu uma média de seis consultas em todos os locais participantes da pesquisa. No entanto, as menores médias também foram as da zona rural e das regiões Norte e Nordeste (BEMFAM, 1997).

Dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) apontam que 49,8% das mulheres no ano de 1997 e 49,5% no ano de 1998 afirmaram ter realizado mais de sete consultas de pré-natal, com cerca de 58,6% na região Sudeste. Na região Norte, o percentual foi de 38,6 (OPAS, 2002).

Conforme Serrya, Lago e Cecatti (2004a) demonstram, os anos de 1997 e 1998 apresentaram um aumento significativo no número de consultas por mulheres que realizaram o parto no SUS, o que se deu pela inclusão de acompanhamento de pré-natal como ação básica que deveria ser ofertada pelos municípios. No entanto:

Apesar do número absoluto de consultas ter aumentado, a razão nacional em 2000 era de quatro e, para que todas as mulheres conseguissem realizar seis consultas, seria necessário um incremento de mais de cinco milhões de consultas de pré-natal por ano. Este crescimento, de 50% para o país, deveria representar um aumento de 105% para a Região Norte e de 150% para os estados do Nordeste (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a, p. 270).

De acordo com a OMS (2006), é imprescindível a criação de padrões de cuidados maternos e neonatais. Estudos comprovam que os padrões contribuem para resultados positivos no cuidado em saúde quando são apropriadamente executados, sobretudo com atendimentos gratuitos. A esse respeito, Galiza (2011, p. 14) explica:

No geral, esses padrões são normas relativas aos cuidados maternos e neonatais, incluindo tópicos relevantes que necessitam ser abordados para assegurar um serviço de saúde materno e neonatal de qualidade. Esses padrões são agrupados em cinco seções, concentrados em padrões clínicos, e o sexto sobre normas de prestação de serviços fundamentais para uma assistência de qualidade. A finalidade da criação desses padrões é melhorar o acesso e a qualidade de serviços de saúde materna e neonatal, bem como fornecer serviços eficazes a essa população, além da utilização de recursos para otimização da assistência à saúde do indivíduo e da família e, por fim, propiciar a satisfação da comunidade com os serviços de saúde maternos e infantis.

Segundo a OPAS Brasil (2018), as mortes maternas são causadas por complicações obstétricas e as principais, responsáveis por quase 75% dos casos, são referentes a problemas como:

- Hipertensão (pressão alta) durante a gravidez (pré-eclâmpsia e eclâmpsia);

- Hemorragias graves que se dão durante e, principalmente, após o parto;
- Infecções (normalmente após o parto);
- Complicações no momento do parto;
- Abortos feitos de forma insegura.

As complicações supracitadas foram registradas como as principais causas de mortalidade materna no Brasil entre os anos de 1995 e 1999, a saber: hipertensão, hemorragia, infecção puerperal, aborto e doença do aparelho circulatório (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a).

Outras desordens estão relacionadas a doenças como malária ou infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) durante a gestação. Há ainda complicações consequentes da própria gravidez, que pode agravar doenças ou alguma condição pré-existente na saúde da mulher, como problemas endócrinos, por exemplo. A maior parte desses problemas pode ser evitada e/ou tratada, o que mostra a importância do pré-natal para a saúde da mulher e do bebê (OPAS BRASIL, 2018).

É importante frisar que a assistência obstétrica deveria ser encerrada somente após a consulta puerperal, uma vez que protege a mulher ao lhe orientar para um intervalo interpartal adequado, com uso de contraceptivos, além de ser uma consulta que permite avaliar e detectar alterações, como anemia e depressão pós-parto. No entanto, dados do ano 2000 indicam que apenas 1250 consultas puerperais foram registradas no SUS, como apontam Serruya, Lago e Cecatti (2004a).

A quantidade ínfima de consultas puerperais é preocupante especialmente por dois motivos: o primeiro, porque indica que há uma falha no encerramento da assistência ao pré-natal, o que pode pôr em risco a saúde das mulheres em período pós-parto. O segundo motivo está relacionado a problemas quanto à fidedignidade dos indicadores disponíveis no SUS, afinal, uma quantidade de consultas tão pequena pode representar que os registros não são feitos no sistema de informação, o que compromete a análise dos dados reais.

É inegável que houve progresso significativo na redução da mortalidade materna e infantil nas últimas décadas. Os indicadores da Organização das Nações Unidas (ONU) mostram que, desde 1990, mortes de crianças menores de 15 anos caíram 56%, o que representa uma diminuição de 14,2 milhões para 6,2 milhões em

2018, ao passo que países do leste e sudeste asiáticos tiveram melhor evolução, com declínio de 80% nas mortes dos menores de 5 anos (ONU, 2019).

A mesma pesquisa da ONU (2019) mostra que, de 2000 a 2017, a taxa de mortalidade materna diminuiu 38% no mundo inteiro, e na Ásia Central e Meridional, esta redução foi de 60% na taxa de mortalidade materna desde 2000. O sucesso é explicado abaixo:

Bangladesh, Belarus, Camboja, Cazaquistão, Malawi, Marrocos, Mongólia, Ruanda, Timor-Leste e Zâmbia são alguns dos países que demonstraram progressos substanciais na redução da mortalidade infantil ou materna. O sucesso se deve à vontade política de melhorar o acesso a serviços de saúde de qualidade, investindo na força de trabalho em saúde, introduzindo atendimento gratuito para mulheres e crianças grávidas e apoiando o planejamento familiar. Muitos desses países se concentram na atenção primária à saúde e na cobertura universal de saúde (ONU, 2019, p. 01).

Apesar dos avanços na oferta de assistência pré-natal, o número de mortes maternas e perinatais ainda é grande em contexto mundial. Estimativas de grupo orientado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, no ano de 2017, cerca de 290 mil mulheres morreram por complicações durante a gravidez e parto. A pesquisa mostra ainda que, em 2018, aproximadamente 6,2 milhões de crianças menores de 15 anos morreram (ONU, 2019).

Conforme dados de 2018 da ONU (2019), cerca de 2,8 milhões de mulheres grávidas e recém-nascidos morrem todos os anos, o que equivale a 1 a cada 11 segundos. Os dados comprovam que a vulnerabilidade das mulheres e recém-nascidos é maior durante e imediatamente após o parto.

Nos países de renda alta, quase 100% das mulheres fazem ao menos quatro consultas e são assistidas por profissionais qualificados durante o parto e ainda recebem acompanhamento no puerpério (OPAS BRASIL, 2018). Por outro lado, mulheres que vivem em regiões pobres e remotas recebem menos cuidado, ao passo que o número de profissionais qualificados é menor, fato observado na África Subsaariana e no sul asiático.

Em novembro de 2016 a OMS dobra a quantidade de consultas pré-natal de quatro para oito, com indicação do primeiro contato com o atendimento médico especializado durante as 12 primeiras semanas de gestação, com consultas posteriores na 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semanas, respectivamente (WHO, 2016).

Estima-se que apenas 40% de todas as mulheres grávidas em países pobres tenha tido a quantidade recomendada de consultas pré-natal no ano de 2015. Alguns fatores explicam o porquê de tantas mulheres não receberem atendimento ou deixarem de procurar os devidos cuidados na gravidez e parto, entre eles: a pobreza; a distância dos locais de consulta e dos hospitais; a falta de informação; os serviços inadequados; e as práticas culturais (OPAS BRASIL, 2018).

Para que esses fatores limitantes sejam superados é importante identificar os problemas existentes para facilitar o acesso aos serviços de saúde, com vistas à qualidade da assistência gravídico-puerperal. Desse modo, um esforço em todos os níveis do sistema de saúde precisa acontecer, a exemplo do que é sugerido pela meta global para acabar com a mortalidade materna evitável e que foi instituída por órgãos internacionais:

A meta global para acabar com a mortalidade materna evitável (meta 3.1 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS) é reduzir a taxa de mortalidade materna global (MMR) para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030. O mundo ficará aquém dessa meta em mais de 1 milhão de vidas se o ritmo atual de progresso se mantiver.

A meta dos ODS (3.2) para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças com menos de 5 anos é reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e mortalidade com menos de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos. Em 2018, 121 países já haviam atingido essa taxa de mortalidade para menores de 5 anos. Entre os 74 restantes, 53 países precisarão acelerar o progresso para alcançar a meta dos ODS de sobrevivência infantil até 2030 (ONU, 2019, p. 01).

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2019), o Brasil reviu as metas de redução da mortalidade materna e mortalidade neonatal e na infância contidas no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, que trata da saúde e bem-estar de modo a adaptá-las à realidade do país.

Como parte da adequação, a meta que diz respeito à mortalidade materna foi reajustada para até 30 mortes por 100 mil nascidos vivos, ainda que a meta global, como apresentamos acima, seja de menos de 70 óbitos para o ano de 2030. Isso porque o Brasil já havia superado a meta prevista no ano de 2010, embora siga com taxa elevada, com registro de 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2016.

Também houve avanços quanto à mortalidade neonatal no Brasil. Entre os anos de 1990 e 2016, o país conseguiu reduzir a mortalidade neonatal de 23,1 para 9,6 óbitos por mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade infantil caiu de 53,7 para 16,4 óbitos por mil nascidos vivos (IPEA, 2019).

Entretanto, mesmo com a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, ainda há um desafio grande em ofertar melhores serviços de saúde básica e especializada. Além disso, políticas públicas para redução da pobreza e o fortalecimento do SUS deveriam ser fundamentais, especialmente num contexto de mudanças demográficas:

Isso exige que, além de políticas de redução da pobreza e melhoria nas condições de vida, seja reforçada a assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, e ao recém-nascido, sendo necessários, além de uma atenção primária bem estruturada e com fluxos regionalizados definidos para encaminhamento para outros níveis de atenção, investimentos em serviços especializados cada vez mais complexos e custosos. Assim, o possível enfraquecimento do sistema público de saúde devido ao congelamento do gasto federal com saúde pode se tornar um sério entrave ao progresso das metas dos ODS 3 da Agenda 2030, principalmente em função do contexto de rápida mudança da estrutura demográfica, o que pressionará os custos do sistema público de saúde, o que é compatível com a experiência internacional, devido ao maior custo da assistência à saúde de uma população mais idosa e, portanto, com maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (IPEA, 2019, p. 30).

Outra problemática referente ao parto e nascimento no Brasil e que também precisa ser enfrentada no âmbito da saúde da mulher é a violência obstétrica. Em pesquisa realizada no ano de 2010, a Fundação Perseu Abramo demonstra que 25% das mulheres que tiveram partos normais nas redes pública e privada relataram ter sofrido desrespeito e maus-tratos (VENTURINI; GODINHO, 2013).

No ano de 2014, com o reconhecimento de que a violência obstétrica é um problema grave, a OMS publicou uma declaração em seis idiomas, incluindo o português, com críticas aos abusos e desrespeitos que mulheres sofrem no mundo inteiro no momento da gestação e parto.

O documento afirma que os problemas relativos à violência obstétrica equivalem a uma violação dos direitos humanos adotados internacionalmente e ratifica que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso” (OMS, 2014, p. 01), mas admite que não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos.

Desse modo, para eliminar e evitar desrespeitos e abusos na assistência ao parto, as seguintes medidas são recomendadas pela OMS (2014):

- 1) Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;

- 2) Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
- 3) Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto;
- 4) Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais;
- 5) Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

No entanto, o documento não traz um conceito específico para o termo violência obstétrica, fato também observado no Brasil, que não possui uma definição única e abrangente, visto que se trata de um problema que engloba diferentes formas de abuso. Tal fato colabora com o agravamento do problema, pois dificulta sua criminalização²³.

Pode-se concluir que o termo violência obstétrica [...] não tem um conceito único, nem definido em termos legais devido à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e processos desnecessários aos quais a maioria das mulheres brasileiras é submetida. Dessa forma, seus direitos e autonomia são minimizados e a violência não pode ser denunciada ou mesmo criminalizada. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica [...], preferencialmente em documentos legais²⁴ que a definam e a criminalizem,

²³ No dia 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde brasileiro, por meio do Despacho/Ofício nº 017/19 - JUR/SEC, decidiu vetar o termo “violência obstétrica”, contrariando entendimento da Organização Mundial da Saúde e desconsiderando políticas e programas sociais do próprio Ministério, sob a alegação de que o termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019a, p. 01). Após a repercussão negativa e diversas notas de repúdio, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Recomendação nº 024, de 16 de maio de 2019, recomendou ao Ministério da Saúde que: “1. Interrompa qualquer processo de exclusão da expressão ‘violência obstétrica’ tendo em vista o seu reconhecimento nacional e internacional e a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo governo de vários países e pela sociedade brasileira; e 2. Que possa trabalhar com maior intensidade e firmeza no combate a tais práticas e maus tratos nas maternidades, conforme recomenda a OMS” (CNS, 2019).

²⁴ Atualmente, tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei (PL) 878/2019, que “dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências” e que traz um conceito para o termo violência obstétrica:

Art. 13: Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos naturais relacionados a gestação, pré-parto, perda gestacional, parto e puerpério pelos (as) profissionais de saúde, por meio do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. *Parágrafo único*. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo

fato que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações (ZANARDO *et al.*, 2017, p. 09).

Apesar dessas questões, consideramos importante, antes de adentrar nos indicadores e fatores sociais relacionados à violência obstétrica, apreender o que esta significa e como se expressa.

Os abusos sofridos pelas mulheres incluem violência física; humilhação profunda; abusos verbais; violações da privacidade; falta de confidencialidade; não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos; recusa em administrar analgésicos por parte da equipe médica; procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, dentre os quais inclui-se a esterilização; recusa de internação nas instituições de saúde; negligência durante o parto que causa complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida (OMS, 2014).

Compreendemos então que a violência obstétrica é uma violência de gênero e uma violação dos direitos das mulheres gestantes em processo de parto, que engloba abusos físicos, psicológicos, sexuais, com perda da autonomia, do poder de decisão sobre seu próprio corpo e uso de procedimentos dolorosos e desnecessários (DINIZ, 2005; MAIA, 2010; D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002; DINIZ; CHACHAM, 2006). Além disso, está relacionada também à tecnocracia e à atuação dos profissionais de saúde e como estes se apropriam do corpo da mulher no momento do parto (AGUIAR, 2010; WOLFF; WALDOW, 2008).

A violência obstétrica trata-se também de uma ação exercida por profissionais de saúde contra suas pacientes/usuárias, ou seja, de um sujeito que detém um determinado saber sobre a saúde e o cuidado com o corpo e outro, que se “sujeita” a tal cuidado por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber (AGUIAR, 2010).

A obediência da usuária à autoridade do médico está fundamentada em uma relação de confiança que se estabelece entre estes. Desse modo, a atual medicina tecnológica está cada vez mais dependente de suas tecnologias e do seu enaltecimento, enquanto as questões morais e éticas se enfraquecem (SCHRAIBER, 2008).

No contexto brasileiro, a relação profissional-usuária, no que concerne ao parto, é, por construção social e histórica, opressora e violenta e a sujeição da

ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2019b, p. 04-05).

gestante às decisões do profissional de saúde não se dá mediante consentimento por parte da mulher ou de explicações sobre os procedimentos que serão realizados (AGUIAR, 2010).

Quanto a esse aspecto social, histórico e familiar do parto, é importante observar algumas simbologias ao adentrar o ambiente hospitalar em trabalho de parto, visto que a mulher, na maioria das vezes, entrega suas roupas e veste aquela que lhe é fornecida pela instituição, ao passo que é também muitas vezes separada de seus familiares, exceto pelo direito a um acompanhante, além de ter de obedecer à equipe médica, manter a discricão e o bom comportamento (KITZINGER, 2011).

Algumas outras questões também merecem ser ponderadas, como o domínio da equipe de saúde sobre a mulher, os excessos de deslocamentos dentro dos hospitais, as regras rígidas quanto ao jejum pré-parto e até mesmo a posição na qual a mulher deve permanecer durante o parto normal:

Uma das mudanças mais emblemáticas na cena do parto, provocadas pelo modelo tecnocrático, diz respeito à posição da mulher no trabalho de parto e no parto: a medicalização do parto obrigou a mulher a se imobilizar e a se deitar. A posição deitada (litotomia), considerada dificultadora do processo fisiológico do trabalho de parto, se justifica por dois imperativos muito presentes na moderna obstetrícia: facilitar ao médico 'ver' (examinar por meio do olhar) o trabalho de parto, bem como permitir a condução ativa do parto por ele (MAIA, 2010, p. 36).

Ainda no quesito violência obstétrica, além das agressões verbais e psicológicas contra a mulher, é importante mencionarmos alguns procedimentos comuns realizados no Brasil. A episiotomia é um dos procedimentos mais rotineiros, que consiste em um corte no períneo, ou seja, numa abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (DINIZ, 2005; LANSKY et al., 2019).

Feita em casos de parto normal, estima-se que aproximadamente 94% das mulheres que tiveram filhos via parto normal tenham sido submetidas a episiotomia, que afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (BRASIL, CEBRAP, 2008).

Outras intervenções que merecem menção são o uso de fórceps²⁵ para extração do bebê e a manobra de Kristeller²⁶, que empurra a barriga da parturiente

²⁵ Fórceps obstétrico é um instrumento destinado a apreender a cabeça fetal e extraí-la através do canal do parto. Não é indicado para todos os tipos de parto e deve ser utilizado com parcimônia (BENZECRY, 2010).

com vistas a facilitar a saída do bebê, procedimentos ainda realizados em partos normais no Sistema Único de Saúde (SUS) e mesmo na saúde suplementar (DINIZ, 2005; LANSKY et al., 2019).

Além dos procedimentos mencionados, vários outros também são rotina nas maternidades brasileiras, como o jejum obrigatório, que não é indicado em todos os casos; o uso de ocitocina injetável para aumento da dor, o que pode acarretar em sofrimento fetal caso seja mal administrada; o uso de clister, conhecido como lavagem estomacal; a depilação obrigatória da região pubiana, o que não tem respaldo científico como influenciador para um parto melhor; exames de toque vaginal invasivos, partos em que a mulher é amarrada à maca, entre outras (DINIZ, 2005).

O medo de ter de enfrentar situações como essas faz com que muitas mulheres com condições de acessar o setor privado optem pela cesárea eletiva, tida como escolha mais segura, sob influência do médico. Infelizmente, são as mulheres social e financeiramente vulneráveis as que são mais submetidas às humilhações e violências no momento do parto:

[...] estudos mostram que as mulheres são escolhidas para o treinamento de procedimentos como episiotomia, fórceps ou até mesmo cesarianas conforme o ordenamento hierárquico do valor social das pacientes evidenciando a existência de uma hierarquia sexual, de modo que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, mais rude e humilhante tende a ser o tratamento oferecido a ela. Assim, mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. A banalização da violência contra as usuárias relaciona-se com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. As frequentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres são, desse modo, incorporadas como parte de rotinas e sequer causam estranhamento (DINIZ *et al.*, 2015, p. 04).

Tal situação é corroborada pelo modelo da assistência à saúde no Brasil, visto que este é formado por serviços públicos e privados, o que acentua um problema social:

[...] pode-se constatar que o modelo de assistência à saúde no Brasil privilegiou e consolidou as práticas curativas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Obviamente que tal desenho estimula e reforça uma cultura que valoriza a doença, a especialização médica e as intervenções da alta tecnologia, em detrimento da promoção da saúde, da clínica médica básica e das ações de baixa

²⁶ Manobra de Kristeller (e manobras derivadas dessa) consiste em um profissional se debruçar sobre a barriga da mulher, empurrando-a com o antebraço, braço ou joelho (DINIZ, 2005; LANSKY et al., 2019).

tecnologia. Articula-se ao modelo curativo-hospitalar o fato de a assistência à saúde no Brasil ser oferecida por um mix de serviços públicos e privados [...] Além disso, o sistema híbrido brasileiro é uma marca de classe (rico/privado e pobre/público), de forma que a distinção na produção de ações e serviços também se constitui como uma forma de diferenciação de status social (MAIA, 2010; p. 29).

Nesse sentido, o modelo de parto que se estabeleceu no Brasil consiste também em um espaço para a luta em prol de mudanças no âmbito da saúde da mulher, visto que tem contribuído para que mulheres, em especial as pobres, negras e da periferia estejam vulneráveis à tecnocracia e violência obstétrica, ao mesmo tempo em que aquelas que podem pagar por um serviço particular submetam-se aos interesses dos médicos. Devemos considerar ainda a dinâmica que se formou em torno do parto e sua relação com o capitalismo e neoliberalismo (observada no Sistema Único de Saúde e na saúde suplementar de forma geral) e as lutas que têm sido articuladas nesse sentido por movimentos diversos.

Diniz *et al.* (2015) chamam a atenção para a formação dos profissionais de saúde no Brasil, posto que o conjunto da educação destes tem sido alvo de críticas pela dificuldade de prepará-los para prestação de uma assistência humanizada. Os autores questionam o tipo de atuação profissional que costuma ocorrer, que contribui para que a relação médico-usuária não se dê “entre humanos”, mas passe a ser uma relação sujeito-objeto, do médico com a doença.

Além das questões formativas dos profissionais, o estabelecimento da má prática na assistência obstétrica também merece ser analisada sob o viés das condições precarizadas de trabalho às quais os trabalhadores estão sujeitos, como superlotação nas maternidades, ausência de leitos, falta de insumos e de equipamentos de proteção individual (EPIs), considerando, além da carência de conhecimento e cumprimento dos direitos da mulher gestante/parturiente, as questões salariais e as rotinas instituídas (AGUIAR, 2010).

Outra questão que não podemos desconsiderar é a existência de uma quantidade expressiva de mulheres com dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, especialmente em regiões mais pobres do país, o que prejudica a realização de consultas pré-natal e inviabiliza a realização de cesarianas em partos de emergência, contrariando a saúde como direito de todas e todos e dever do Estado.

Nos indagamos, diante de tantos problemas, como seria possível fazer com que o protagonismo da mulher durante o processo de parto seja respeitado,

especialmente no contexto em que o poder e saber no que diz respeito ao corpo e saúde da mulher encontra-se nas mãos dos profissionais da área médica, ao mesmo tempo em que muitas mulheres desconhecem seus direitos e/ou sequer possuem acesso ao sistema de saúde.

Transformar a realidade do atendimento à gestante é tarefa complexa e para preservar a autonomia da mulher em trabalho de parto é necessária a assimilação de que o respeito pelas suas escolhas não diminui a importância do profissional, mas melhora a qualidade e a ética no processo de assistência (LEITÃO, 2010).

Como vimos, o sistema no qual o modelo assistencial ao pré-natal, parto e puerpério se encontram é regido por normas tecnocráticas, o que contribui para o domínio do corpo feminino pelos profissionais de saúde, que valorizam o progresso técnico e científico em detrimento dos aspectos socioculturais. Isso também contribuiu para que movimentos sociais começassem a questionar a forma de atendimento e o silenciamento da mulher em um momento tão singular.

Diante dessas questões, nas décadas de 1970 e 1980 se intensificam, tanto no Brasil quanto em nível mundial, os debates a respeito da humanização do parto e nascimento, exigindo melhores condições na assistência e maior autonomia para as mulheres para devolver-lhe o protagonismo, em busca de partos mais respeitosos e menos invasivos.

Perante a problemática da tecnocracia na saúde da mulher e dos dados preocupantes relativos ao acesso ao pré-natal, morbimortalidade materna, peri e neonatal, violência obstétrica e índice de cesarianas, o Ministério da Saúde tem proposto nas últimas décadas políticas e programas específicos na área, com o intuito de estimular o parto normal e melhorar a assistência prestada durante o pré-natal, o parto e o puerpério, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tratado na subseção seguinte.

3.2 Políticas para o parto e humanização no Brasil

A garantia de direitos sociais e de ações e iniciativas dos entes federados públicos foi, como já demonstrados neste estudo, um dos marcos da Constituição Federal de 1988. O artigo 194 da Carta Magna, que inaugura o Sistema de Seguridade, é fundamental para assegurar direitos, uma vez que avança na

proteção social no país, com abrangência de políticas relevantes relativas à saúde, à previdência social e à assistência social, a fim de contribuir para a redução das desigualdades sociais e promoção do bem-estar coletivo, com a provisão de assistências e recursos necessários em momentos de adversidades, como pontua as diretrizes fixadas no artigo 3º.

As políticas públicas para a saúde são um dos segmentos desse sistema, com vistas a promover melhores condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto em termos individuais quanto coletivos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Cabe lembrar que se constitui como direito de todos e todas e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Estas políticas públicas de saúde se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais, ações institucionais, serviços, programas, projetos, a exemplo do PHPN, objeto desta tese. São instituídas visando a consolidação do direito a esse bem essencial para a vida que é a saúde e dos princípios doutrinários do SUS, ou seja, para viabilizar a universalidade, a equidade e a integralidade.

Antes de adentrarmos especificamente nas políticas públicas relacionadas ao parto no Brasil, precisamos ressaltar que as características do modelo de assistência à saúde no Brasil impactam no processo das políticas públicas de saúde, onde as ações direcionadas ao parto estão inseridas.

Na construção do sistema de saúde no Brasil, o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular. O modelo de assistência à saúde e o modelo de assistência ao parto se articulam em uma relação não de causalidade, mas de interdependência e de legitimação. Na condição de processos paralelos, que se dão em um contexto histórico, cultural, social e econômico complexo, ambos os modelos estão conectados de modo a se realimentarem [...] Na constituição da obstetrícia moderna e do seu discurso acerca da mulher e do parto, o modelo tecnocrático de assistência ao parto – nascido da e junto com a medicina obstétrica moderna – encontra solo fértil para se legitimar no Brasil, de maneira quase absoluta, em um contexto de assistência à saúde predominantemente curativo e hospitalar. Não obstante, nos últimos anos a assistência humanizada ao parto e ao nascimento vem sendo regulamentada por normativas governamentais (MAIA, 2010, p. 19-20).

Como tratado na seção anterior, o corpo feminino é percebido como um instrumento útil ao sistema capitalista em sua interface com o patriarcado e o racismo, que produz e reproduz riquezas a partir da exploração do trabalho de muitos (negros/as e pobres, principalmente) em benefício de alguns. Vale lembrar que o trabalho humano é, nesse sistema, a fonte principal da riqueza. Nesta lógica

fetichizada, mulheres são duplamente exploradas: na condição de trabalhadoras e a partir de seu corpo/sexualidade, como procriadoras da espécie humana. Não por acaso, a divisão sexual do trabalho e o trabalho não remunerado estão na raiz da exploração feminina na sociedade capitalista (FEDERICI, 2017).

Para o capitalismo, as mulheres são fábricas de trabalhadores. Embora os homens também sejam elementos fundamentais para o mercado, a ala feminina é muito mais apossada por este sistema. A procriação é um fator econômico, mas não para todas as mulheres, nem sob quaisquer condições. Trata-se de um processo que segue se desenvolvendo; “a diferença é que hoje, a resistência ao capitalismo também atingiu uma dimensão global” (FEDERICI, 2017, p. 38).

O protagonismo de movimentos feministas foi fundamental para denúncia das desigualdades, explorações e dominações sofridas pelas mulheres em função de seu gênero, o que originou debates e a necessidade de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher que as contemplem a partir da cidadania e dos direitos universais.

As políticas públicas são formuladas a partir de questões e fatores que dizem respeito a conflitos de interesses e visões diversas sobre determinados temas e problemáticas emergentes, o que clama por negociações e barganhas em diferentes níveis (ARRETCHE, 2001).

Para que se tornem políticas públicas, visto que estas são construídas a partir das demandas da sociedade, os problemas sociais necessitam ter relevância social para entrar na agenda de um órgão de fomento que pode ou não ser estatal (VIANA, 1997).

Nesse sentido, é essencial que as informações obtidas a respeito da situação-problema pelos tomadores de decisão sejam verificadas, analisadas, pois o processo de políticas públicas se inicia por meio das informações que influenciarão a ação pública (HEIDEMANN; SALM, 2009).

Nesses termos, a primeira atividade do governo diz respeito à formação da questão que deseja resolver. É a fase em que uma situação-problema ganha a atenção governamental. A segunda atividade é a formação da agenda, que corresponde ao momento em que o problema se torna uma questão política (*issue*), que resultará no desenho de políticas ou programas a serem implementados. Em seguida, há etapa de formulação da política pública, quando o governo apresenta a

proposta construída para resolver a questão por meio de objetivos, marcos administrativos, financeiros e jurídicos (RODRIGUES, 2010).

Toda política pública é uma forma de intervenção na sociedade, pois é um processo que articula diferentes sujeitos, que apresentam interesses e expectativas diversas (SILVA, 2013).

Representa um conjunto de ações ou omissões do Estado, decorrente de decisões e não decisões, constituída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômico, político, social e cultural de uma sociedade historicamente determinada. [...] Ademais, toda política pública é tanto um mecanismo de mudança social, orientado para promover o bem-estar de segmentos sociais [...] Contraponho-me à percepção da política pública como mero recurso de legitimação política ou de uma intervenção estatal subordinada tão somente à lógica de acumulação capitalista. A política pública é uma resposta decorrente de pressões sociais a partir das ações de diferentes sujeitos, como já indicado, que sustentam interesses diversificados. [...] Recuso, portanto, qualquer raciocínio linear e consensual, pois falar de política é falar de diversidade e de contradição (SILVA, 2013, p. 20).

Conforme Pastorini (1997), as políticas públicas compõem um complexo processo que se inicia nas necessidades dos sujeitos. Parte dessas necessidades se transforma em demandas que, por sua vez, serão reivindicadas ante os organismos e instâncias competentes através das mobilizações e pressão dos interessados, o que formará lutas em defesa de diversos interesses de diferentes classes e setores de classe.

O processo de elaboração, implementação e, especialmente, os resultados das políticas públicas, constituem-se em formas de exercício do poder político, que englobam a divisão de custos e benefícios sociais, bem como a distribuição/redistribuição de poder e a função do conflito social nos processos decisórios (TEIXEIRA, 2002).

Todavia, um problema social entra na agenda determinado pela conjuntura política, que pode se mostrar favorável de inúmeras maneiras, seja por meio de novos sujeitos que estejam no poder após uma mudança governamental ou através de organizações sociais que levam suas reivindicações às instâncias competentes ou mesmo em decorrência de um “clima nacional” em que a sociedade esteja debatendo um tema (GOMIDE, 2008).

Destarte, os processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas incluem diversos sujeitos sociais e suas reivindicações, contexto no qual o papel dos movimentos sociais é de suma importância. Gohn (2010) define o movimento social como a expressão social coletiva advinda de luta sociopolítica,

econômica ou cultural, que possui demandas que constituem sua identidade, seus aliados e adversários, suas bases, lideranças e articuladores que formam redes de mobilização nos mais diversos meios.

No que concerne à mobilização das lutas, se faz importante que os movimentos estejam alinhados de forma que seus militantes trabalhem cotidianamente junto às bases ao dialogar frequentemente com os sujeitos e ao apresentar e explicar os desafios e expectativas das lutas, o que resulta por estimular o aumento de participação.

Nesse contexto, o Movimento Feminista foi essencial para as transformações das demandas das mulheres em políticas públicas, ao lutar para que suas pautas fossem ouvidas, ainda que o processo de lutas envolvesse diversos conflitos.

Quanto às reivindicações e lutas direcionadas especificamente ao parto, é importante mencionar que, desde a década de 1960, no contexto internacional, o movimento de mulheres elegeu as relações de poder e lutas políticas no campo da reprodução como uma de suas pautas, tendo como principal reclamação a autodeterminação sobre o corpo e a sexualidade (DINIZ, 1997).

Miranda (2009) enfatiza que o movimento feminista lutou muito para dar visibilidade e denunciar a violência contra as mulheres, manifesta principalmente na violação dos seus direitos reprodutivos e sexuais, para que o corpo feminino não mais fosse submetido a tais definições.

Destacamos que, especialmente a partir da década de 1980 no Brasil, o movimento feminista começa a questionar o modelo tecnocrático vigente e o uso indiscriminado de intervenções no momento do parto (DINIZ, 2005). Vale ressaltar que o termo humanização volta a ser bastante utilizado nessa época, resgatando um debate que já era feito em meados da década de 1950 no Brasil.

Desde os anos 1980 o feminismo no Brasil discute a saúde das mulheres como condição de cidadania plena, com base na integralidade e na autonomia, inclusive no que se refere à assistência ao parto. Nesse meio, destacamos o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, movimento que enfatizou a dimensão política do parto, com ênfase na problemática da violência obstétrica e a aplicação exacerbada de tecnologias como limitadoras da autonomia das mulheres (CARNEIRO, 2011).

A atuação de movimentos de mulheres, organizações e sociedade em geral, tem pressionado, como já mencionamos, para que leis sejam promulgadas e políticas implementadas com o objetivo de diminuir tanto os altos índices de abortos e cesarianas quanto os casos de violência obstétrica e desumanização no pré-natal, parto e pós-parto no Brasil.

Perante as críticas feitas à tecnocracia na saúde da mulher, aos dados relativos à violência obstétrica e índice de cesarianas, dentre outros problemas pontuados, o governo tem proposto nas últimas décadas políticas e programas específicos na área, com o intuito de estimular o parto normal e melhorar a humanização da assistência prestada durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

Apresentamos um panorama dessas políticas desde a década de 1970 até 2017, com destaque para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, nos anos 2000, objeto de nossa pesquisa.

Em 1975 foi lançado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), durante o período da ditadura militar. Este objetivava reduzir a morbidade e a mortalidade materna e infantil por meio do acompanhamento desde o período pré-concepcional, passando pelo pré-natal, parto e puerpério e incentivo ao aleitamento, bem como oferecimento de fórmulas alimentícias e imunização infantil (BRASIL, 1975).

Entretanto, apesar dos aspectos positivos, o PNSMI limitava a mulher à sua “determinação biológica” de ser mãe, responsável pelos filhos e bem-estar da família, com reforço do estereótipo de que sua função precípua seria a de reprodutora da espécie e de cuidadora familiar (COSTA, 1992; MARTINS, 2007).

No ano de 1983, sob a influência de movimentos sociais para que se efetivassem mudanças na política de saúde, das pressões dos movimentos de mulheres, que exigiam um tratamento integral de saúde e ainda, das pressões internacionais para que países em desenvolvimento tivessem maior controle sobre o crescimento populacional, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementado no ano seguinte (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O PAISM adotou um conceito de integralidade à saúde da mulher diferenciado do que era percebido na época, considerando também o contexto social, além do biológico, para que o direito à assistência à saúde pudesse ser

assegurado, ao mesmo tempo em que fosse permitido compreender e abordar a mulher na sua totalidade (COSTA, 1992).

É possível afirmar que o PAISM foi um programa inovador, pois não se voltava para a mulher apenas sob a ótica da maternidade, mas considerava a saúde feminina como um todo, com prioridade à atenção primária e à integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1983).

No entanto, apesar de ter como objetivo desenvolver uma discussão permanente com as mulheres a respeito da necessidade e importância da assistência pré-natal, para estimular as mulheres a buscar uma unidade de saúde no primeiro trimestre de gestação, o número de óbitos maternos por doenças evitáveis, como hipertensão, continuou alto, o que evidenciou falha no cumprimento desse objetivo (BRASIL, 2002b).

Como a década de 1980 é o período em que o movimento pela Reforma Sanitária se intensifica, as discussões a respeito da saúde ganham ainda mais espaço. No mês de novembro de 1984, aconteceu o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, evento que contou com a presença de mais de 70 grupos de mulheres de todo o país, entre feministas e trabalhadoras da área da saúde e resultou no documento que ficou conhecido como Carta de Itapicirica (D'OLIVEIRA, 1999).

O documento em questão reivindicava que o PAISM atendesse as mulheres de todas as faixas etárias, fases da vida e ciclos biológicos, desde a infância, adolescência, juventude, até a menopausa e velhice, com as especificidades sexuais: menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças mais comuns. As reivindicações foram aceitas, o que foi uma grande vitória para o movimento (LABRA, 1989).

Desse modo, a partir de 1985, vários materiais começaram a ser publicados com vistas a operacionalizar e regulamentar as proposições feitas no 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher:

Esse material é composto por dois grandes conjuntos de documentos: o primeiro consiste de diversas normas e manuais técnicos (assistência pré-natal de baixo e alto risco, ao parto, puerpério e recém-nascido, controle do câncer cérvico-uterino e mamas, planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis), e o segundo em um extenso material educativo (D'OLIVEIRA, 1999, p. 112).

No ano de 1988, aconteceu um seminário de metodologias e práticas em saúde da mulher, na cidade de Olinda, Pernambuco, com o patrocínio do Conselho

Nacional da Condição Feminina. O evento contou com a presença e participação de profissionais de saúde e coletivos feministas e discutiu sobre dúvidas a respeito da implementação e metodologia educativa do PAISM (D'OLIVEIRA, 1999). Vale lembrar que, nesse ano, é promulgada a Constituição Federal.

A saúde reprodutiva da mulher e o termo parto humanizado seguiram como pauta de debate na saúde pública, com destaque na década de 1990, quando acontece a implementação do SUS, com resistências e críticas ao sistema médico obstétrico vigente e como uma nova proposta de atenção ao nascimento (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009a).

Naquele mesmo período, mais especificamente no ano de 1993, surge a Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa), organizada por meio da reunião de um grupo de profissionais da saúde insatisfeitos com a prática médica que tinha se tornado hegemônica no contexto do parto no Brasil, como explica Carneiro (2011, p. 30):

ReHuNa é uma rede que conecta profissionais e ativistas do parto humanizado no Brasil. Ela foi fundada em um dos primeiros encontros que visava debater a realidade da prática obstétrica no Brasil, ocorrido em Campinas, no ano de 1993. Depois de estabelecida, para articulação dos interessados no tema e difusão dos estudos sobre outras possibilidades de se dar à luz, em 2000, concebeu a Carta de Fortaleza, documento cujo objetivo era estabelecer os princípios que norteariam a proposta da rede com adeptos em todo território nacional. Depois disso, de 5 em 5 anos, tornou-se responsável pela organização de conferências sobre a humanização do nascimento no Brasil e na América Latina. Dessa maneira, é um modo de ativismo social organizado notadamente mediante a internet e encontros temáticos. Pode-se dizer que, atualmente, dela participam médicos, enfermeiras, “doulas” e mulheres que desejam experimentar outro modelo de parto que não seja a cesárea, tida, por seus componentes, como regra.

Nessa época, ativistas pela humanização divulgavam como o modelo em termos de parto e nascimento no Brasil estava impróprio. Alguns hospitais já apresentavam ações humanizantes para parto e nascimento, como o Sofia Feldman, em Minas Gerais, por exemplo. Ratto (2001) destaca que Secretaria Municipal do Rio de Janeiro foi pioneira no ano de 1994 em termos de política pública, ao designar a Maternidade Leila Diniz²⁷ como hospital-laboratório de novas práticas de atenção.

Vale lembrar dos índices de mortalidade materna e neonatal e dos problemas relacionados ao acesso às consultas pré-natal na década de 1990, que

²⁷ Além disso, a Maternidade Leila Diniz foi autodefinida como “humanizada” nesse mesmo ano (RATTO, 2001).

apresentamos na subseção seguinte. Essa problemática foi fator fundamental para que o Ministério da Saúde sistematizasse ações específicas para melhoria da qualidade da assistência obstétrica, para redução da mortalidade materna por causas evitáveis, ampliação do acesso a esses serviços e promoção de uma atenção humanizada.

Nesse contexto, no ano de 1995 foi criado o Projeto Maternidade Segura, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de atendimento no âmbito hospitalar, mediante a mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, que deveriam aderir a novas práticas de assistência, incentivo ao parto normal, ter rotinas escritas para normatizar a atenção, registro das informações e estrutura física adequada (BRASIL, 1995)

Precisamente no ano de 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) faz recomendações a respeito das tecnologias para atenção ao parto e nascimento, com classificações de práticas médicas baseadas em evidências, para serem adaptadas pelos países segundo seus recursos e necessidades:

Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada. Ao final de 1997, ampla parceria é costurada entre governo e sociedade civil, tendo como sede o Conselho Federal de Medicina e, como mote, “Natural é parto normal”. Foi elaborado um planejamento estratégico, com propostas de intervenções amplas (RATTNER, 2009a, p. 02).

Rattner (2009a) destaca também que o Ministério da Saúde aumenta em 160% o valor da remuneração do parto vaginal e institui pagamento de analgesia de parto no ano de 1998. Além disso, com o objetivo de diminuir a taxa de cesarianas no SUS, é publicada a Portaria nº 2816/1998, que determinava o pagamento de um percentual máximo para esse tipo de cirurgia em relação ao total de partos por hospital.

Essa portaria foi modificada pela Portaria nº 466/2000, que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, compartilhando, com as gestões estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais (RATTNER, 2009a).

No ano de 1998, após a conclusão de que a implementação do PAISM não havia ocorrido com a qualidade esperada, o Ministério da Saúde estabeleceu três linhas principais de ação para a saúde da mulher: a primeira consistia em apoiar as mulheres em sua dimensão reprodutiva, com inclusão de ampliação do acesso a

informações e métodos para o planejamento familiar e a melhoria da assistência à gestação e ao parto, a fim de garantir um parto sem riscos e com atenção humanizada (BRASIL, 2002b).

A segunda linha tinha por objetivo reduzir a mortalidade feminina por causas evitáveis, como o câncer de colo do útero. “Como essas doenças ocorrem mais frequentemente em mulheres pobres, evitá-las significa também diminuir a desigualdade no tempo de vida médio entre mulheres de diferentes classes sociais” (BRASIL, 2002b, p. 173).

A terceira linha de ação diz respeito ao atendimento adequado, no setor de saúde, a mulheres vítimas de violência, em articulação com os demais setores envolvidos (BRASIL, 2002b).

A Área Técnica de Saúde da Mulher, junto à Secretaria de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva elaborou um plano para a primeira linha, em três etapas:

Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da atenção no pré-natal e ao parto, **enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção**. Essas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor. Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas como ponto de referência, parecia indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar os obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a, grifos nossos).

No ano 2000, também como iniciativa para valorizar e incentivar o parto normal, é criado o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, um programa para capacitação de parteiras, com o intuito de resgatar e reconhecer os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos. O programa considera a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, de novos conhecimentos e de tecnologias (BRASIL, 2010).

Outra ação importante se deu através do Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco, que objetivava melhor organização e assistência às

mulheres com maior risco obstétrico. Como complemento dessas estratégias, foram determinadas ações voltadas especificamente à atenção no pré-natal e ao parto, com destaque à assistência, ao acesso e à humanização da atenção (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b).

Vale destacar a atuação de movimentos como a ReHuNa, que sempre promoveu debates, eventos e publicações e colaborou, inclusive, com a formulação da Lei nº 11.108/2005 (Lei do Acompanhante²⁸), visto que o projeto foi baseado em proposição do movimento (BRASIL, 2005a). A ReHuNa também denunciou as circunstâncias de violência e constrangimento, além das condições “pouco humanas” a que as mulheres e bebês são submetidas no momento do nascimento (REHUNA, 1993).

A Rede de Humanização do Nascimento teve ainda participação importante em outras atividades:

A ReHuNa assumiu a difusão das recomendações da OMS sobre tecnologias apropriadas para NeP²⁹ e organizou publicações, eventos e debates para polemizar sobre as práticas de assistência; [...] Organizou a I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Fortaleza em novembro de 2000 [...] com cerca de 2000 participantes de 26 países, a que compareceram os principais ativistas do movimento internacional, proporcionando a abertura do movimento nacional para o âmbito internacional, assim como ativistas estrangeiros tomaram conhecimento da efervescência do processo brasileiro. Nessa Conferência foi criada a Rede Latino-Americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento (Relacahupan), inspirada na ReHuNa - e, atualmente, há redes em vários países da América Latina (RATTNER, 2009a, p. 04).

Também evidenciamos organizações como a Associação Nacional de Doulas (ANDO), a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais e outras Organizações Não-Governamentais (ONGs) que atuam em âmbito local.

Em termos de eventos realizados para discutir a temática da humanização, destacamos a 9ª Conferência de Saúde, em 1992, na qual o assunto surge, ainda que timidamente, com pautas sobre a humanização do atendimento hospitalar e sobre o parto humanizado.

Em 2000, a temática é incluída expressivamente no campo das políticas de saúde, quando ocorre a XI Conferência Nacional de Saúde com o título “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde como Controle Social” e é criado o

²⁸ Ainda que seja uma lei importante, ainda é grande o número de relatos de mulheres às quais foi negado esse direito, especialmente na rede privada (SOUZA; GUALDA, 2016).

²⁹ Nascimentos e Partos (RATTNER, 2009a).

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), momento que, segundo Passos e Benevides (2005) dá legitimidade para o tema humanização.

Em 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva é realizada no mês de novembro, em Brasília, a “Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização”. A partir deste evento o PNHAH sofre alterações e é transformado em política, a Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de HumanizaSUS, com o objetivo de humanizar as práticas de atenção e gestão no SUS e instituída no ano de 2004 (CONCEIÇÃO, 2009).

A PNH nasce com a proposição de transformar os modelos de atenção de gestão do Sistema Único de Saúde, que estão baseados na racionalidade biomédica, com foco na doença e não na pessoa enferma, que os hierarquiza, centraliza e fragmenta. Trata-se de uma política transversal, com vistas à valorização e promoção do fator humano nas práticas de saúde (BRASIL, 2004a).

Desse modo, a Política Nacional de Humanização busca também desburocratizar a gestão e afirma que a humanização, como política pública transversal, necessariamente supõe “ultrapassar fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 07).

Ainda conforme documento oficial, a dimensão transversal da Política de Humanização necessariamente envolve um modo de construção coletivo para sua efetivação, o que significa dizer que os processos de pactuação se dão no campo de ação do Ministério da Saúde e nas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

No que tange a políticas e programas voltados especificamente à humanização do parto destacamos o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento³⁰ (PHPN), instituído no ano 2000, pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, com a estratégia de garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, “na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000). Foi o primeiro programa com atenção especial ao tema “humanização do parto”.

³⁰ O PHPN seria uma complementação do PAISM, visto que este último não teve uma implementação efetiva e questões como violência contra a mulher e concepções de gênero precisavam ser inseridas também nas políticas direcionadas ao parto e nascimento, como é analisado em trabalho de Serruya, Lago e Cecatti (2004b).

O programa foi formulado como parte da primeira linha de ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde no ano de 1998, que consistia na melhoria da assistência à gestação e ao parto com foco na atenção humanizada.

O PHPN parte do suposto de que o evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária, nem sempre em favor do bem-estar físico e emocional da mulher e/ou do bebê. Em essência, humanizar o parto e o nascimento é resgatar a individualidade e o protagonismo da mulher na hora do parto (MAIA, 2010, p. 13).

Apesar de instituído em 2000, o PHPN foi efetivado somente em 2002, em um contexto de altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e pouco acesso ao pré-natal. Nessa direção, o referido programa institui um número mínimo de consultas e exames a serem realizados, com o intuito de melhorar a assistência à gestante.

O PHPN pauta-se nos preceitos de humanização da assistência obstétrica e neonatal e afirma que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, o que requer dos profissionais uma atitude ética e solidária e, da instituição de saúde, uma organização que permita criar um ambiente de acolhimento (BRASIL, 2002a).

Segundo o documento-base do PHPN, a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, para evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam nem a mulher, nem o recém-nascido e com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002a).

Como parte do programa, foi criado o Sistema de Informação Sobre Pré-Natal (SISPRENATAL), para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e facilitar o acompanhamento das gestantes pelos profissionais de saúde e gestores, além colaborar para que o registro das ações seja feito, contribuindo para os indicadores (GALIZA, 2011).

O referido programa apresenta como “objetivo primordial” assegurar melhorias tanto de acesso, quanto de cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, “na perspectiva dos direitos de cidadania”, com responsabilidades nos três níveis de

governo onde se criam elos de interdependência para a funcionalidade efetiva do programa (BRASIL, 2002a).

Lembramos que, nesta seção, o propósito é o de apresentar o contexto em que o PHPN foi criado, ou seja, os condicionamentos de ordem política e sociocultural que determinaram o processo de formulação do programa. Na seção seguinte aprofundamos o seu conteúdo, por meio da avaliação de sua engenharia.

Isto posto, é importante salientar outras ações voltadas para o parto e que foram instituídas após o PHPN. No ano de 2004 é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), também devendo guiar-se pelo princípio da humanização, como se vê:

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares (BRASIL, 2004, p. 64-65).

O PNAISM, no que diz respeito à gravidez, parto e puerpério, objetiva “promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2004b, p. 69). Para tanto, tem como uma de suas metas ampliar a adesão dos municípios ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, além de reduzir as taxas de cesarianas em 25% das taxas de cesáreas e implantar comitês de mortalidade materna em todos os estados do país (BRASIL, 2004b).

No ano de 2005³¹, por meio da portaria nº 1.067, de 6 de julho, o Ministério da Saúde instituiu também a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (PNAON), com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promoção da ampliação do acesso a essas ações, do incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como de sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005b).

³¹ No ano de 2005, o Ministério da Saúde pública ainda o manual técnico Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada, com recomendações às gestantes de iniciar o acompanhamento no primeiro trimestre de gravidez e realizar no mínimo seis consultas durante todo o pré-natal (BRASIL, 2005c).

A referida política também estabelece ajustes no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, dentre elas mudanças referentes ao cadastro das gestantes, ao sistema de informações nacional e ao repasse de incentivos para os municípios.

Como práticas importantes preconizadas pela política estão a inserção da doula no pré-parto; uso de métodos alternativos e complementares para alívio da dor, como bola de parto, banho, massagem, escada de Ling³² e deambulação; permissão de acompanhante escolhido pela mulher no pré-parto, parto e pós-parto; realização de parto sem complicações por enfermeiras obstétricas.

Apesar de tais práticas não serem testificadoras de que a assistência seja efetivamente humanizada, são um indício relevante de que há um processo de transformação na lógica do parto no Brasil:

Desde 2000, com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Estado brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde, vem ampliando suas normativas com relação à atenção à gestação e parto, e buscando consolidar um novo paradigma baseado na humanização. A portaria n. 1.067, de 6 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, é explícita nesse sentido [...] Na descrição acerca do que seja uma “assistência qualificada e humanizada” à mulher no pré-parto e parto, a referida portaria destaca, entre outras, as ações de: utilizar o partograma (representação gráfica da evolução do trabalho de parto); oferecer líquido por via oral durante o trabalho de parto; respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto; fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem; permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estimular posições não supinas (não deitadas) durante o trabalho de parto; oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto; executar procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente, e restringir o recurso à episiotomia (MAIA, 2010, p. 47-48).

Ainda na linha de ações direcionadas ao parto, no ano de 2011 o Ministério da Saúde lança a Rede Cegonha (RC), com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida (BRASIL, 2011a).

A reformulação do modelo de atenção à saúde da mulher e criança e a organização da Rede de Atenção Materno Infantil é objetivo da proposta, que focaliza a atenção no parto e nascimento, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses (FRIAS, 2013, p. 37).

³² Equipamento composto por cinco barras, que auxilia no processo natural da parturição. Seu método de uso consiste em exercícios de agachamento e de levantamento realizados pela parturiente no trabalho de parto, amparando e abrandando as dores decorrentes das contrações uterinas (GIUSTINA et al., 2016).

A Rede Cegonha, para fins de delimitação de seu campo de atuação prioritário, baseia-se na análise de que as taxas de mortalidade materna e infantil são elevadas e de que prevalece uma intensa medicalização do nascimento e um uso de tecnologias sem evidências científicas, como intervenções desnecessárias no parto e índice exagerado de cesáreas (BRASIL, 2011b).

Consoante Brasil (2011b), a Rede Cegonha possui:

- Quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação; e
- Cinco diretrizes: Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro; Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e Acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Ainda segundo o documento oficial, a RC busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pela confirmação da gravidez, pré-natal, parto e pós-parto com cobertura total pelo SUS (BRASIL, 2011b).

No ano de 2017, sob a efervescência do tema parto humanizado por movimentos sociais, estatísticas sobre os índices de cesarianas e de violência obstétrica no país, o Ministério da Saúde lança as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (DNAPN), que foram pactuadas por atores técnicos e sociais, estabelecendo consensos para uma política efetiva de assistência ao parto (BRASIL, 2017). Têm como objetivo geral:

Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017, p. 08).

A metodologia das referidas diretrizes se baseia em levantamento e validação científica de práticas adotadas internacionalmente, adaptando-as à realidade local e levando-as à discussão com entidades profissionais e sociedade, para além do SUS (BRASIL, 2017).

Essas Diretrizes têm por objetivos específicos (BRASIL, 2017):

- a) promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal;
- b) diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto;
- c) reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos;
- d) difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal; e
- e) recomendar determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais.

Certamente consistem em objetivos importantes em face à realidade já evidenciada. Porém, indagamos de que forma podem ser alcançados no atual contexto brasileiro, sob a égide neoliberal, redefinição das políticas de corte social com sérios rebatimentos na Seguridade Social, como desmonte de direitos básicos, cortes de recursos em serviços essenciais, redução na realização de concursos públicos, sobretudo no SUS e com a expansão da saúde suplementar.

Além disso, como já explicamos, há questões culturais arraigadas à sociedade brasileira, como a imagem de que o parto normal é primitivo e a cesariana é mais conveniente, e ainda a problemática em torno da formação e atuação dos profissionais de saúde, muitas vezes incentivados a atuar segundo práticas tecnocráticas.

Há de se considerar também a questão educacional da população, e a divulgação das ações na área da saúde, posto que, de forma geral, não há conhecimento das políticas e programas em vigor no Sistema Único de Saúde e muitas mulheres, especialmente aquelas que são usuárias desse serviço, não estão cientes dos seus direitos, com pouco ou nenhum acesso a informações essenciais nesse sentido.

Apesar das políticas e programas supracitados direcionados especificamente ao pré-natal, parto e puerpério e tendo a humanização como grande aposta e estratégia para melhoria dos índices de mortalidade materna e neonatal, da violência obstétrica e redução de cesarianas desnecessárias, a situação ainda é complexa, especialmente porque esses índices continuam altos,

mesmo após vinte anos de implementação das primeiras ações, como já apresentamos.

Ratificamos que a discussão em torno da humanização do parto é fundamental para consubstanciar as iniciativas propostas, o entendimento do respeito ao corpo da mulher e como este corpo tem sido visto e entendido socialmente através das políticas públicas. Falar a respeito de humanização do parto faz pensar ainda sobre como a medicina obstétrica, como um espaço de dominação do corpo feminino, tem de fato, respeitado o protagonismo da mulher no ato de parir, bem como seu direito em decidir as vias pelas quais deseja que o bebê nasça.

Tais políticas e programas mencionados constituem-se em um grande desafio, dada a complexidade do sistema de saúde brasileiro, o contexto econômico de subfinanciamento e desmontes no SUS, bem como as particularidades regionais do país, os aspectos socioculturais, o conjunto histórico de determinantes que construiu as formas de gestar e parir no imaginário da população brasileira, a formação tecnicista dos profissionais de saúde e ainda o próprio conceito de humanização, que consiste em algo abrangente na área da saúde e das políticas públicas, por vezes de difícil compreensão.

Ante o exposto, indagamos quais são os princípios basilares da assistência humanizada em saúde. Para tanto, se faz necessário compreender os sentidos que circundam esse termo.

3.3 Os sentidos da humanização em saúde

A humanização e o debate em torno de seu conceito se fazem presentes em diferentes áreas, como na educação, hospitalidade, prestação de serviços, administração, entre outras, mas com maior visibilidade na área da saúde, onde a discussão a seu respeito está pautada tanto na defesa dos direitos humanos, quanto na questão da ética (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Para aprofundar a discussão sobre humanização é importante atentar para as características do humanismo, que está relacionado a um modelo de ética fundamentado em valores que embasam o conhecimento científico e tecnológico na condição humana e também nos ideais que a humanidade compartilha (RIBEIRO, 2002).

A escola filosófica do estoicismo foi de grande importância na contribuição das ideias humanistas, posto que se pregava a influência das emoções sobre os julgamentos e tinha a virtude como principal conceito ético. No estoicismo “o fundamento da virtude consiste no movimento natural de todo animal em se autopreservar e viver segundo a natureza” (MOURA, 2012, p. 113).

O estoicismo também afirmava que a constituição de princípios morais precisava ser feita por meio da busca da justiça universal existente nas leis naturais. Através de seus pensamentos humanistas, os socráticos, juntamente com os estoicos, concentravam-se na razão como base das percepções e na ideia de que os seres humanos eram os responsáveis pela vida social e pela compaixão e cumplicidade entre os sujeitos e não os deuses (MINAYO, 2006).

Como doutrina filosófica, a origem do humanismo é atribuída a Sócrates, pois este colocou em dúvida a existência dos deuses oficiais, direcionando suas reflexões aos problemas humanos, com reflexão acerca da vida e do bem e do mal. Todos os grandes períodos da história foram marcados por preocupações contidas no conceito de humanismo, como o Renascimento e o Iluminismo (MINAYO, 2006; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

No Renascimento ocorreu a retomada do humanismo da Antiguidade, como forma de questionar o obscurantismo que o continente europeu vivia, dados os excessos da igreja católica e cristianismo. Tal movimento enfatizou a relevância do prazer de viver, da contemplação do belo e da valorização das artes e do conhecimento como mensageiros da sensibilidade para o humano e para a beleza das formas humanas (MINAYO, 2006).

Quanto ao Iluminismo, este legitimou as ideias precípuas da Renascença e consagrou concepções originais, como a liberdade de expressão, a tolerância religiosa, a racionalidade como posto predominante do pensamento e da ação humana. Foi no Iluminismo que a Declaração Universal dos Direitos Humanos se originou, pós-Revolução Francesa, com a consagração dos direitos dos indivíduos e cidadãos, instituindo como ideais e metas da civilização a liberdade, a fraternidade e a igualdade (ROUANET, 1987; MINAYO, 2006).

O termo humanização deriva do conceito de humanismo, oriundo do latim *humanus* e visa realçar a liberdade do indivíduo, a razão, os direitos e as oportunidades. O humanista é aquele que possui uma visão de mundo que valoriza a vida e os valores humanos (MINAYO, 2006). O humanismo também é

compreendido como sendo a “educação do homem como tal”, sendo este um termo de origem grega, *paideia* (ABBAGNANO, 2007).

O humanismo era dotado de três sentidos, que estão, de algum modo, relacionados à concepção de humanização dos dias atuais, ainda que este último seja um termo com diversos significados.

O primeiro versa sobre o humanismo histórico-literário, cujas bases se encontram nos séculos XIII e XIV, caracterizado pela retomada dos clássicos gregos e romanos, quando se busca mimetizar as formas literárias e os valores humanos. Um segundo sentido está ligado a um humanismo de caráter especulativo e filosófico, reunindo princípios doutrinários acerca da origem, natureza e destino do homem, encontrando, em uma de suas bases, o humanismo cristão que realça o valor do homem, entendido como princípio autônomo individual de consciência e responsabilidade. O terceiro sentido caracteriza-se pelo aspecto ético sociológico, quando este destina-se a tornar-se realidade, costume e convivência social (SOUZA; MOREIRA, 2008, p. 329).

Desta feita, o humanismo considera o homem em sua totalidade, ou seja, corpo e alma orientados para o domínio próprio e da natureza. Além disso, trata-se de uma locução que abrange aquilo que diferencia os homens dos animais e da natureza em termos gerais: o conhecimento e as artes, como já mencionamos (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

A partir do entendimento de que o humanismo pressupõe um princípio de educação fundamentada no que é o “humano” em uma formação dos sujeitos para os valores prescritos pela comunidade, é possível abstrair o termo humanização como seu decorrente, dada a ideia de “tornar humano”, “humanizar”, “civilizar” (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018; RIFFEL, 2005).

Há que se considerar que o termo humanismo, como defende Michel Foucault (2005a), é mais do que um princípio de diferenciação crítico ou uma opinião unânime do que é humanizar ou humano. Bourguignon e Grisotti (2018) afirmam que se trata de um conjunto de temas que sofreu diversas mudanças em seu conteúdo e que houve um humanismo no século XVII crítico ao cristianismo, um outro, no século XIX, que era desconfiado, hostil e crítico em relação à ciência, e ainda outro que amava a ciência. Os autores complementam:

O marxismo foi um humanismo, o existencialismo, o personalismo também o foram; houve um tempo em que sustentavam os valores humanistas representados pelo nacional-socialismo, e no qual os próprios stalinistas se diziam humanistas (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018, p. 03).

Depreende-se que o humanismo possui uma diversidade de concepções, ligadas ao “homem”, às vezes com ênfase em sua ética, às vezes sob a questão do antropocentrismo:

A leitura epistemológica mais sofisticada do humanismo apoia-se na assertiva protagoriana de que o homem é a “medida das coisas” para propor uma perspectiva pragmática na apreciação do conhecimento, que estaria subordinado em definitivo à natureza humana e às suas necessidades fundamentais [...] Mas a versão que prosperou recentemente foi a que privilegia suas dimensões éticas e sociais, fortemente influenciadas pelo existencialismo e pelo marxismo, segundo os quais, o homem cria o seu próprio ser, pois o humano, através da história, gera sua própria natureza [...] No final do século 20, o termo foi amiúde ridicularizado por movimentos pós-modernos e multiculturais, adeptos das teses da incomponível fragmentação da personalidade e da motivação, flutuantes ao sabor de condicionamentos históricos irregulares (ALEKSANDROWICZ; MINAYO, 2005, p. 02).

A partir do entendimento dessas questões, o humanismo, no que concerne à saúde, aparece especialmente no contexto do cuidado, pois este diz respeito às relações que se estabelecem entre os sujeitos. O humanismo (ou humanização em saúde) surge primeiramente como uma visão do ser humano em completude.

Entretanto, além do humanismo, também é importante salientar a influência do racionalismo nas ciências da saúde, visto que o cuidado passa a ser fragmentado, com divisão entre mente e corpo, objetividade e subjetividade, o que contribuiu para que o processo saúde-doença como determinação social fosse desconsiderado e a enfermidade fosse colocada acima do ser humano (MERHY; FRANCO, 2003).

Em consequência, nasce um modelo de cuidado que favorece o processo de desumanização do indivíduo, ou seja, que o destitui de sua condição humana por meio da valorização da razão científica em detrimento da experiência humana, como apontam Souza e Moreira (2008).

Tal modelo se estende até os dias atuais por meio de medidas tecnocráticas, por exemplo. No entanto, apesar de ser mais perceptível quando se trata das relações micro, caracterizadas pela dinâmica entre pessoa enferma e profissional, a desumanização percorre também as relações macro, que consistem no próprio sistema público de saúde (SOUZA; MAURÍCIO, 2018).

Como vimos nas subseções anteriores, a mentalidade contemporânea sobre a humanização da assistência hospitalar iniciou-se a partir da discussão em torno da hospitalização, da humanização do parto e ainda, da medicalização em

saúde (DINIZ, 2005). Além disso, a discussão a respeito do humanismo estabeleceu-se de forma mais intensa na área da saúde no século XX, por meio de discussões importantes que questionavam a “expropriação da saúde”.

A respeito da expropriação da saúde, Illich, que foi um grande crítico da sociedade industrial, se referia à medicina institucionalizada (industrialização da saúde) e a medicalização da vida na sociedade moderna como ameaças preocupantes, visto que contribuiriam para o surgimento de danos, como a perda de autonomia dos indivíduos diante das doenças, do envelhecimento e das dores (ILLICH, 1975).

O autor ainda classificou os médicos entre artesãos e técnicos, de acordo com os danos provocados por estes. Para ele, o médico artesão é o que exerce sua prática em pessoas conhecidas e suas falhas são compreendidas como falta de moral ou abuso de confiança. Quanto ao médico técnico, este se detém segundo critérios científicos, e suas falhas são entendidas como ocasionais ou falhas técnicas oriundas dos equipamentos ou dos operadores destes (ILLICH, 1975).

Nesse aspecto, o autor analisa que as responsabilidades, que antes estavam mais relacionadas às questões éticas, agora se pautavam especialmente ao campo técnico-científico. “A negligência se transforma em erro humano aleatório, a insensibilidade em desinteresse científico, e a incompetência em falta de equipamento” (ILLICH, 1975, p. 27).

Críticas como as de Illich colaboraram para levantar o debate a respeito da desumanização em saúde e da necessidade de se atentar para as relações humanas que se processam nesse meio, com destaque para a atuação dos profissionais diante das fragilidades e angústias dos enfermos.

Convém esclarecer que a década de 1970, em termos globais, é o momento em que se inicia o debate crítico de forma mais contundente sobre a problemática da desumanização, algo que se dá por meio da reflexão dos direitos do paciente e da relação entre estes e os médicos. Esse período é marcado pelo desenvolvimento da sociologia médica americana (NEULLS, 2016).

Nessa década, precisamente no ano de 1972, é emitida a primeira declaração de direitos de pacientes reconhecida na literatura, pelo Hospital Mont Sinai, na cidade de Boston, nos Estados Unidos. Já no ano de 1973, é lançada a Carta dos Direitos dos Pacientes pela Associação Americana de Hospitais, documento que foi revisado em 1992 (FORTES, 2004).

Desse modo, quatro questões cruciais no sistema médico passam a ser analisadas para compreensão das formas de desumanização em saúde: a negação do *status* de pessoa ao enfermo; a mediação ou substituição das relações pelas tecnologias; as lógicas e relações de poder; as questões ligadas à experimentação clínica (DESLANDES, 2006).

Nesse contexto, destacamos ainda a Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF em setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, quando se reafirma que a saúde é mais do que ausência de doenças, mas compreende um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, na qualidade de direito fundamental. Além disso:

A Declaração enfatizou que a obtenção do mais alto nível de saúde possível é o objetivo social mais importante a ser atingido pelos sistemas de saúde, sendo que as pessoas devem ter o direito e a obrigação de participar, individual e coletivamente, no planejamento e na implementação de seus cuidados com saúde (FORTES, 2004, p. 31).

O debate sobre a temática da humanização se intensificou nos anos de 1980, quando a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde são marcados pela otimização, eficácia e eficiência. Nos anos 1990, como aponta Fortes (2004), inclui-se a valorização de princípios de qualidade, equidade, autonomia e satisfação de quem utiliza os serviços de saúde.

Quanto ao contexto brasileiro, o termo humanização, em sua origem e acepção política, relaciona-se diretamente aos profissionais que disseminavam a necessidade de humanização do parto na década de 1970, dentre os quais destacam-se Galba de Araújo, no Ceará; e Moisés Pacionirk, no estado do Paraná (FURTADO, 2011).

Importante mencionar ainda outras ações humanizadoras, como as do hospital Pio X, em Goiás; as dos Grupos Curumins e Cais (Pernambuco); as da Associação Comunitária Monte Azul, dos Grupos de Terapia Alternativa e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (estes, em São Paulo); e as do Instituto Aurora (Rio de Janeiro).

No entanto, a discussão sobre a humanização no Brasil não ficou embargada à questão do parto, como aconteceu inicialmente no cenário internacional, mas expandiu-se para a gestão e atenção hospitalar, onde está o

âmbito das discussões dos sujeitos que participaram direta e indiretamente da formulação dos encontros e eventos de saúde no país (FURTADO, 2011).

Entre a década de 1990 e os anos 2000, diversos eventos foram realizados para discutir a temática da humanização, ao lado da formulação de várias ações, com destaque para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000; o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 2001; e a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003, sobre os quais já abordamos em subseção anterior.

Percebemos que a pauta da humanização em saúde foi se delineando com o passar do tempo através de discussões sobre as práticas de cuidado, ética e processo de desumanização, observado na saúde sobretudo nas relações entre profissionais e usuários/usuárias. Foram essas discussões que fizeram com que o tema ganhasse relevância a ponto de se tornar pauta de políticas públicas, ainda que isso só tenha se dado efetivamente no Brasil no início dos anos 2000.

Assim, o período no qual as políticas específicas para humanização em saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Política Nacional de Humanização são criadas, é marcado pelos avanços e contradições que se colocavam perante o processo de institucionalização e entusiasmo pela Reforma Sanitária brasileira, conforme aponta Pasche (2009).

A humanização como política nasce em um momento histórico no qual o Sistema Único de Saúde é questionado sobre o alcance de seus princípios basilares e identifica-se um modelo de gestão centralizado e verticalizado, ou seja, autocrático e pautado na hierarquia, com pouca participação dos trabalhadores no planejamento das ações e conseqüente desapropriação destes em seu processo de trabalho. Além disso, nesse período constata-se também o despreparo dos profissionais para lidar com as questões subjetivas da produção do cuidado (BRASIL, 2004c).

Por ser um tema recorrente quando se fala em assistência e atendimento em saúde, a humanização tem sido também pensada no que se refere ao seu significado. Há uma polissemia nesse conceito, que é permeado de imprecisões. Por isso, trata-se de uma locução capaz de comportar diversos enunciados, a partir de diferentes perspectivas, que podem ser éticas, legais, políticas, sociais, entre outras (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009; SOUZA; MOREIRA, 2008).

Nesse sentido, a polissemia do termo humanização, dentro da produção acadêmica, se mantém na abordagem do termo, com alguns sentidos que são majoritários, divididos de acordo com os eixos abaixo:

Um eixo que compreende a humanização como vínculo entre profissionais e usuários, efetuado a partir de ações pautadas na compreensão e valorização dos sujeitos. Nesse eixo podemos, ainda, abarcar os sentidos que compreendem a humanização como atitude ética e humanitária, que se constitui a partir de uma escuta sensível e compreensiva e uma ação ética. Nestas acepções a humanização circunscreve-se, prioritariamente, no domínio das relações interpessoais. Entende-se, também, que o desenvolvimento das tecnologias no âmbito da saúde acarreta a desumanização das práticas neste campo, e que a ética é uma escolha racional entre possibilidades existentes.

Num segundo eixo, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores, e ao reconhecimento dos direitos dos usuários. Neste eixo, as ações de humanização dizem respeito: às melhorias na estrutura física dos serviços de saúde; à presença do acompanhante nas consultas e internação; à capacitação/formação dos profissionais de saúde; às ações pontuais dirigidas aos trabalhadores, tais como atividades comemorativas; à contratação de maior número de profissionais, entre outras coisas (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 496-497).

Diante dos eixos apresentados, identificamos que, para autores como Corbani, Brêtas e Matheus, (2009), Campos (2003), Mongiovi *et al.* (2014), Zoboli (2003) e Rech (2003) a humanização remete a algo que foi perdido e que precisa ser resgatado, que é a condição humana, a dimensão pessoal, o que se encaixa, majoritariamente, no eixo 1. Nesse sentido, a humanização se assemelharia a temas como solidariedade, bondade, coragem e força, ou seja, virtudes que permitem ao indivíduo o enfrentamento da doença e suas consequências (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Há também uma outra abordagem, mais ligada a questões técnicas, como a gestão hospitalar, a qualidade dos serviços e os direitos e deveres dos trabalhadores e usuários, que apresenta mais elementos do eixo 2. Autores como Mezomo (1980) e Cotta *et al.* (2013), inclinam-se para esse sentido.

Evidenciamos que, como essas diferentes enunciações constituem práticas de gestão e de modelos de atenção distintos, podem conter elementos de outras abordagens e isso varia de acordo com o autor. Passos e Benevides (2005) e Fortes (2004), por exemplo, parecem unir mais elementos dos dois eixos.

Outro ponto a ser percebido diz respeito ao conceito de humanização do parto, visto que está direcionado a um âmbito bastante específico. A este respeito, trazemos as considerações de autoras como Rattner (2009), Maia (2010) e Diniz

(2001; 2005), esta última em especial, por dividir em sete, os modelos de humanização do parto, segundo a polissemia que existe também dentro dessa área.

Antes de começarmos a analisar os autores supracitados, enfatizamos que cada abordagem possui seu mérito em tentar levantar o debate da humanização, posto que, inegavelmente, a saúde necessita de qualidade, vínculos entre trabalhadores e usuários, valorização dos profissionais. No entanto, é analisando mais atentamente as contradições internas do discurso da humanização que compreendemos melhor os elementos que o constituem, algo que apresentamos na subsubseção seguinte.

Desta feita, voltando às abordagens, a humanização pensada sobre o próprio sentido da condição humana considera que aquilo que o homem realiza já é o ato de humanizar, conforme explicam Corbani, Brêtas e Matheus (2009). Para as autoras, humanidade é a essência, a dignidade, o espírito humano, que, quando se perde, gera o termo “humanização”.

Nesse contexto então, humanização seria uma sugestão para suavizar as consequências do sistema desumanizante e não necessariamente o cuidado em si, ainda que cuidado e humanização sejam indissociáveis, segundo as autoras explicam:

O Homem deixa de ser humano. Se não receber cuidado desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde o sentido e morre. Cuidado significa um fenômeno existencial básico. Traduzindo: um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana o cuidado acompanha o ser humano enquanto peregrinar pelo tempo. Assim, humanização e cuidado são indissociáveis. Entende-se por humano a natureza humana, bondosa, humanitária, que tem o mesmo sentido de humanidade, no qual se incluiu benevolência, clemência, compaixão. Humanizar é a prática do humano. Logo, como humanos o que realizamos é humano, sendo, portanto, próprio ao ser humano visar o bem-estar da humanidade, tanto individual como coletivamente, isso é o verdadeiro sentido de humanizar (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009, p. 350).

As autoras explicam que a humanização leva ao envolvimento dos sujeitos e, quando isto não acontece, ocorre a desumanização, que “vem da sujeição do ser ao ter, da relação entre coisa e sua propriedade (riqueza, conhecimento) como valor extrínseco de cada pessoa”. Desse modo, compreende-se que “a desumanização não se dá, pois, na essência, mas no comportamento, quando a visão é ofuscada pelo ter, assumindo uma postura - e esta é tornada em ação - contrária a essa natureza (ser)” (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009, p. 350).

Nessa linha de pensamento, humanizar a saúde é uma necessidade que surge em consequência da desumanização na prática clínica, algo que aconteceu quando as relações entre profissional e pessoa enferma passaram a se dar sob a perspectiva da patologia, em detrimento da dimensão humana do cuidado e assistência.

A necessidade de humanização diz respeito, portanto, à perda ou esquecimento da dimensão pessoal, ou seja, do empobrecimento das relações humanas, que é algo que precisa ser combatido, como analisam Souza e Moreira (2008).

Essa perda da dimensão pessoal é compreendida como uma objetificação ou coisificação da pessoa enferma, do corpo biológico; ou como uma divisão excessiva da pessoa em especialidades, conforme observamos no trabalho de Campos (2003). Por conseguinte, quando se valoriza o aspecto biológico há uma carência de atenção para as questões socioculturais que envolvem o processo de adoecimento e o cuidado em saúde.

Nessa prática, o distanciamento entre o profissional e o usuário/usuária se intensifica:

O modelo biologicista, que releva a doença em detrimento da promoção do ser humano em sua totalidade, mais o uso inadequado da tecnologia fizeram com que profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde se afastassem. O profissional assumiu o papel de onipotente, e o usuário do sistema, de subjugado. O profissional diz: “eu sei” - conhecimento científico [como se isso fosse tudo] - e o usuário: “nada ou pouco sei”. Isso é típico da atitude Eu-Isso³³, quando o Eu encerra em si toda a iniciativa da ação, sem se voltar para o outro (CORBANI; BRÉTAS; MATHEUS, 2009, p. 350).

Consoante às conceituações, a humanização em saúde é percebida também como um processo integrador das relações nesse meio, vista ainda como fator importante para que o serviço seja melhorado e para que o ambiente esteja adequado para a prática do cuidado, com novas posturas e melhoria da saúde como um todo (MONGIOVI *et al.*, 2014). Os autores complementam:

Mais do que um conjunto de princípios idealistas para nortear as práticas em saúde dentro do sistema assistencial do país, o termo Humanização

³³ Conforme explicam as autoras, “a atitude do Eu-Isso consiste no fato de que o Eu não se volta para o outro, mas encerra em si toda a iniciativa da ação. O Eu (do Isso) da experiência e da utilização não participa do mundo; a experiência se realiza “nele” e não entre ele e o mundo - é o de si para si. O mundo do Isso - aquisições científicas e técnicas - é indispensável para a existência humana; pois é onde nos entendemos com os outros, porém não pode ser considerado o sustentáculo ontológico do inter-humano. Ele se tornará um mal na medida em que o ser humano se deixa subjugar pela atitude Eu-Isso, movido pelo interesse de pautar todos os valores de sua existência unicamente pelos valores pertinentes a essa atitude, deixando enfim fenecer o poder de decisão, de responsabilidade, de disponibilidade para o encontro com o outro” (CORBANI, BRÉTAS, MATHEUS, 2009, p. 350).

pressupõe uma conjuntura complexa de posturas e atividades que compreendem algumas modificações no setor saúde, que persistem, ainda em dias atuais, com um modelo de atenção biomédico, com frágeis relações entre usuários e equipe de saúde e a precarização do acesso aos serviços. Como uma proposta de mudança, a humanização visa à melhoria do atendimento em saúde como um todo, na associação entre o lado subjetivo e objetivo do cuidado ao ser humano em condições de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, através do reconhecimento da importância dos aspectos psicológico, emocional, espiritual e social paralelamente a intervenção técnica e o cuidado fisiológico, o que pressupõe uma estrutura assistencial de uma prática dita holística. Afirma-se, igualmente, algumas concepções de humanização podendo o termo ser entendido como uma escuta atenta, uma boa relação com o paciente, reorganização logística dos processos de trabalho facilitando acesso, até a melhoria dos ambientes de cuidados (MONGIOVI et al., 2014, p. 307).

Em concordância, Zoboli (2003) afirma que a humanização não se detém somente às questões de ordem biológica do sujeito, mas também às circunstâncias educacionais, psíquicas, sociais e éticas. O autor destaca que o processo saúde-doença é único para cada pessoa enferma, ao passo que é enfrentado pelo profissional de saúde como um caso clínico, a ser analisado racionalmente e sob critérios científicos.

Esta abordagem apresentada por Zoboli é similar à apresentada por Mongiovi, pois ressalta uma prática holística, que compreende a saúde do indivíduo dentro das nuances biológicas e emocionais, mas também considera a questão da técnica científica.

Rech (2003) corrobora ao afirmar que humanização em saúde é compreender a singularidade e as necessidades de cada pessoa e, a partir disso, promover os meios ideais para que esta possa exercer sua vontade com autonomia. Humanizar seria considerar os valores, as vivências de cada pessoa dentro de suas particularidades, sem discriminação, sem perda de autonomia e com a preservação da dignidade humana. Percebemos nitidamente princípios do humanismo nessa abordagem, que se embasa na ideia de singularidade do indivíduo, de sua dignidade.

Há ainda uma abordagem que encara a humanização como um processo gerencial, que se encaixa no eixo 2. Para Mezomo (1980), o sentido do termo abarca um processo vivencial em todo o percurso assistencial hospitalar, direcionando seus estudos à questão da administração das instituições de saúde, que deveriam ter a “humanização como a condição e o objetivo do hospital”:

Humanizar não é técnica, nenhuma arte e muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo e dando ao paciente o tratamento

que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento do hospital (MEZOMO, 1980, p. 02).

Cotta *et al.* (2013) destacam que a preservação da condição humana da pessoa enferma é importante, mas também chamam a atenção para a reafirmação dos direitos e deveres dos sujeitos envolvidos na qualidade da assistência em saúde, para que se garanta a integridade das relações.

A qualidade dos serviços de saúde resulta de diferentes fatores que se culminam em instrumentos, o que contribui tanto para a definição e análise de possíveis problemas, como para a avaliação do empenho dos profissionais de saúde com as normas técnicas, sociais e humanas [...] O acolhimento à pessoa que busca o cuidado em saúde se manifesta na relação ética que se estabelece entre o usuário e o profissional, ou, em outros termos, entre aquele que é cuidado e aquele que cuida (COTTA *et al.*, 2013, p. 175-176).

Explicações como as de Mezomo e Cotta *et al.* ressaltam a humanização sob uma ótica relacionada à qualidade da gestão hospitalar, em que se valoriza a eficiência, o esforço do trabalhador, as técnicas de gestão, mas também ressaltam os direitos e deveres. Trata-se de uma abordagem bastante assimilada em hospitais e instituições de saúde particulares, onde a humanização faz parte do discurso mercadológico e é importante para o lucro da empresa.

No que concerne à saúde pública e às políticas direcionadas a esta área, pensar na humanização como uma forma de garantir direitos e deveres de trabalhadores e usuários é bastante contraditório, visto que as leis já garantem o direito à saúde, desde a construção da Seguridade Social, na qual se insere a política de saúde e o SUS.

Em termos de políticas públicas, “apostar” na humanização como a grande solução para os problemas existentes, dada a complexidade do sistema de saúde brasileiro, é esperar que questões sérias e abrangentes sejam resolvidas com uma única medida.

Além das abordagens apresentadas, também há estudos que fundem elementos dos dois eixos apresentados. Para Fortes (2004), humanizar significa transformar a cultura da prática e da gestão que são realizadas nas instituições de saúde, pautando-se na ética, respeito ao outro, acolhimento do desconhecido, respeito à pessoa enferma, com a assimilação de que esta, mais do que uma “consumidora” de serviços de saúde, é uma cidadã.

Em trabalho anterior, intitulado “Ética e Saúde”, Fortes (1998) defende que a ética é um dos instrumentos que o homem utiliza para garantir a coesão

social, pois é uma reflexão crítica que interpreta, debate e problematiza valores, regras e princípios morais em busca de uma sociedade mais harmônica, com bom convívio social.

Também direcionando seu conceito para a questão da prática, Passos e Benevides (2005) defendem a humanização como uma estratégia de interferência em saúde e consideram que os sujeitos sociais, indivíduos engajados em práticas locais, são capazes de transformar a realidade e a si mesmos quando são mobilizados.

Os autores afirmam que a discussão da humanização em saúde não pode existir sem que se considere a forma com a qual o tema está intrinsecamente ligado à construção do SUS, visto que este é resultado de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira, expressa na resistência à ditadura militar e no Movimento da Reforma Sanitária. Vale destacar que os referidos autores são sujeitos envolvidos diretamente na formulação da Política Nacional de Humanização (PNH), bastante criticada por não trazer uma conceituação clara do que é humanização.

Importante atentar para o fato de que, nesta abordagem, se responsabiliza o trabalhador pelo sucesso ou fracasso das ações de humanização do SUS, omitindo a responsabilidade do Estado de disponibilizar os meios para que as melhorias necessárias aconteçam. Ironicamente, entregar nas mãos do trabalhador a obrigação de transformar a realidade do Sistema Único de Saúde, sem que os meios ideais para isso sejam disponibilizados, como, por exemplo, condições de trabalho e melhores salários, é desumano.

Além dos sentidos e abordagens que já apresentamos, também é possível fazer uma distinção entre a discussão feita sobre o termo humanização por parte dos profissionais e usuários de saúde e por parte da comunidade acadêmica. Quanto aos profissionais e usuários, estes designam humanização como:

[...] tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde. Outros sentidos também são evocados, tais como: acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, não discriminação, transformar o SUS, valorização do trabalhador, dentre outros (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 496).

Como percebemos, essa designação está mais atrelada a fatores subjetivos, relacionados à ética, ao respeito e à própria percepção desses sujeitos. As pessoas que buscam o cuidado em saúde analisam segundo a visão que

possuem sobre o serviço de saúde ideal, aquele que eles gostariam de encontrar quando necessitam do cuidado. Os profissionais também conceituam de acordo com o serviço que gostariam de oferecer, e ainda sobre a valorização que gostariam de receber.

Ao direcionarmos nossa análise para as questões relativas ao parto e nascimento, identificamos que, nesta área em específico, a humanização também traz essas abordagens, mas engloba fortemente fatores políticos, tecnológicos e que dizem respeito ao protagonismo da mulher, dados os casos de violência obstétrica, bem como a tecnocracia estabelecida nesse contexto. No entanto, a compreensão do que é a humanização do parto já passou por importantes mudanças ao longo das décadas.

Segundo dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio, a humanização em saúde e o destaque que se faz em torno de sua aplicação no atendimento, encontra sustentação em um ideal positivista e é compreendida de diferentes modos há décadas, conforme as mudanças ocorrem. O documento afirma que, ao longo do tempo, “a humanização já foi usada, por exemplo, para justificar emprego de instrumentos mecânicos, intervenções bioquímicas e fisiológicas e, por fim, procedimentos cirúrgicos de relativa complexidade e risco” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 10).

Ao tratar especificamente a respeito da humanização do parto, Diniz (2005) defende que o sentido do termo, datado da década de 1910, trata originalmente de amenizar a dor na parturização, em oposição ao que era motivado pela igreja católica, que defendia que a dor do parto era um modo de expiação e merecimento da mulher, devido ao pecado original.

Apesar disso, a compreensão daquela época a respeito do parto humanizado e das técnicas a serem utilizadas para melhor atendimento à mulher e ao bebê seriam questionadas hoje em dia. Como exemplo, o considerado pai da obstetrícia brasileira, Fernando Magalhães, no início do século XX e o professor Jorge de Rezende, algumas décadas depois, defendiam a narcose e o uso de fórceps como ações humanizantes na assistência ao parto, seguindo o que era propagado no cenário internacional, especialmente pelos obstetras norte-americanos, a exemplo de Joseph DeLee, como explana Rezende (1998).

Entretanto, atualmente, o modelo de parto humanizado é aquele no qual a intervenção e a tecnologia não são pressupostos para a segurança da mãe e do

bebê, considerando também que o modelo tecnocrático é mais ritualístico do que o científico:

A proposta de humanização do parto supõe uma mudança de paradigma, e não apenas de práticas assistenciais. Ou seja, diversos aspectos da humanização são subjetivos e se expressam apenas no interstício da relação assistencial, no espaço onde ocorre o contato direto entre a organização, o profissional e a mulher (MAIA, 2010, p. 112).

Referência nacional em humanização do parto, Simone Diniz (2001) refere-se ao termo como um “novo paradigma” que está baseado na busca da síntese entre a evidência científica e a promoção de direitos humanos, que encontra desafios institucionais, corporativos, de formação de recursos humanos, financeiros, da cultura sexual e reprodutiva, de estrutura física, entre outros.

Para a autora, o termo humanização consiste em uma versão latina ou brasileira para um movimento internacional que possui várias denominações com críticas a questões distintas dentro da obstetrícia tradicional. Entre as denominações, destacam-se *respectful birth* e *gentle birth*, que exprimem a busca por melhorias nas relações pessoais e respeito aos direitos das mulheres. Além dessas, as expressões *husband-coached birth*, *womancentered birth* também estão imbricadas no conceito de humanização do parto no Brasil, atreladas à ideia de *natural birth*, visto que são correntes de valorização do parto natural, com a participação do pai e o protagonismo feminino (DINIZ, 2001).

A pesquisadora argumenta que o termo humanização do parto prioriza a relação interpessoal sobre a técnica, o que promove o diálogo e a mediação entre os indivíduos que estão envolvidos na assistência.

Em trabalho posterior, a autora divide em sete os sentidos dados ao tema “humanização do parto”, de acordo com a polissemia que o circunda. Ela afirma que cada um desses sentidos “explicita uma reivindicação de legitimidade do discurso” e diz ainda que “Trata-se de um diálogo, em um espaço político a ser ocupado, no qual essas reivindicações de legitimidade, em disputa, podem ser convergentes ou conflitantes” (DINIZ, 2005, p. 633).

Abaixo, elencamos os modelos de humanização do parto conforme a divisão de Diniz (2005):

- a) *Humanização como legitimidade científica da medicina ou assistência baseada na evidência*: é considerada o “padrão ouro” na assistência obstétrica e consiste na prática direcionada pela tecnologia apropriada.

Conforme a autora, no entendimento dos ativistas, a humanização do parto pressupõe que a técnica possui natureza política e que os procedimentos de rotina estão relacionados profundamente às relações de desigualdade de classe, raça e gênero, entre outros. Esse sentido dado à humanização do parto trata-se de uma “apropriação política” do discurso técnico;

- b) *Humanização como a legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, famílias) na assistência ao nascimento*: consiste na assistência baseada em direitos, exigindo um cuidado promotor do parto seguro, sem violência e permitindo às mulheres o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no momento do parto. Trata-se de uma estratégia mais diplomática para abordar a violência obstétrica e de gênero com os profissionais de saúde, de forma menos acusatória. Entre os direitos estão: direito à integridade corporal; à condição de pessoa e escolha informada sobre os procedimentos; a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante; direito à equidade, tal qual esta é definida no SUS. Este modelo considera que o direito individual não pode se realizar sem que existam os direitos sociais;
- c) *Humanização referida ao resultado de tecnologia adequada na saúde da população*: consiste na reivindicação de políticas como legitimidade epidemiológica ou de saúde pública, com os melhores resultados para os indivíduos e para a dimensão coletiva devido a uma assistência apropriada. Como consequência dessa adequação tecnológica, há resultados com menos agravos iatrogênicos³⁴ maternos e perinatais. A autora atenta para a relevância desse sentido à medida em que aumentam as evidências de que o excesso de intervenção promove um crescimento na taxa de morbimortalidade materna e neonatal, além do que a redução de intervenções iatrogênicas seria uma maneira de promover a saúde.

³⁴ A iatrogenia consiste em um resultado negativo da prática médica, isto é, em um dano material (uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações, etc.) ou psíquico (psicoiatrogenia – o comportamento, as atitudes, a palavra), causado ao indivíduo pelo médico e por sua equipe, ou seja, profissionais de enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, entre outros (TAVARES, 2007; ILLICH, 1975).

- d) *Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto*: consiste na inclusão da enfermeira obstetra na cena de parto normal, deslocando a função principal ou exclusiva do cirurgião obstetra. Além disso, promove a mudança do local privilegiado do parto, que é o centro cirúrgico, para a sala ou para a casa de parto, similar ao que ocorre em países europeus e no Japão. Para a autora, entretanto, esse modelo abrange disputas corporativas e de recursos e é um campo conflituoso, visto que os médicos se sentem expropriados de seu espaço.
- e) *Humanização referida como legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso de recursos*: este modelo pode ser compreendido como vantajoso (economia de recursos, com maior alcance das ações e menos gastos desnecessários) e também como desvantajoso (economia de recursos e sonegação do cuidado devido às populações carentes). Para os planejadores, os aspectos positivos apresentados são definidores da adesão ao modelo;
- f) *Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-usuária ou enfermeira-usuária*: consiste na ênfase ao diálogo com a usuária, inclusão do pai no parto e presença de doulas, entre outras ações, compreendendo-as como importantes para a parturiente. Segundo a autora, neste modelo, ao contrário do que se vê sob a perspectiva dos direitos sociais, a ênfase está na tradição liberal, nos direitos do consumidor, na criação de uma “rede privada de assistência humanizada”. Assim, aspectos como a transformação arquitetônica de vários serviços particulares para superação do modelo de linha de montagem, via instalação de salas de pré-parto e parto e banheiras de hidromassagem são incluídos. Além disso, aqui há o reforço da legitimidade da Medicina Baseada em Evidências (MBE), que antes se restringia à esfera pública;
- g) *Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para usuárias do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes do setor privado – como a analgesia de parto*:

trata-se de uma abordagem mais defendida pelos médicos menos adeptos à Medicina Baseada em Evidências ou no ideário baseado em direitos, visto que consideram a humanização como sinônimo à analgesia do parto, como se sua ausência significasse uma “medicina para pobres”, devido à falta de recursos. A autora destaca que isso se deve, em termos, ao ideário hipocrático, de que o médico é um herói responsável por tirar a dor da parturiente.

Ao analisar esses sete sentidos organizados por Diniz, Rattner (2009a) afirma que é possível correlacioná-los, por exemplo: a legitimidade científica relaciona-se com do uso racional de tecnologias (a+c); a legitimidade política de defesa de direitos relaciona-se com a de participação da parturiente nas decisões sobre seu corpo (b+f); e a legitimidade profissional fundamentada na discussão do modelo de atenção relaciona-se com a da lógica epidemiológica (c+d).

Depreendemos que a humanização do parto, além dos sentidos atribuídos à humanização em saúde de maneira geral, confere novos significados à assistência hospitalar-obstétrica, visto que reconhece o parto e o nascimento além de um evento fisiológico, mas também social, familiar, singular, afetivo, o que é indispensável diante de um modelo que tem se apresentado tecnocrático e dominado pelo saber médico, delineado pela lógica do capital.

O conceito de humanização, no que se refere ao parto, também está relacionado ao humanismo:

A utilização do termo “humanização” para designar um novo tipo de assistência ao parto e nascimento traz consigo as características derivadas da concepção *humanitas*. Trata-se de uma ideia indefinida e flexível que estabelece um critério crítico de diferenciação à obstetrícia, propõe uma educação para mulheres e profissionais de saúde, uma ênfase no estudo sobre a natureza do ciclo gravídico-puerperal, agrega-se à defesa da ciência como princípio da prática e se propõe dialogar com o humanismo presente na formação ética das profissões envolvidas, sobretudo, da Medicina e da Enfermagem (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018, p. 03).

O conceito de humanização do parto empenha-se em romper com a obstetrícia hegemônica no Brasil, em busca de um novo modelo obstétrico que valorize a mulher e seja baseado em evidências científicas sem, contudo, colocar os fatores tecnológicos acima dos sociais. Ressaltamos aqui que esse sentido não exclui o uso da tecnologia, mas defende que esta seja aplicada de maneira equilibrada.

Ante o exposto, o termo humanização utilizado na saúde encontra-se ligado ao processo de cuidar e é definido de diferentes maneiras, a saber, sob os vieses político, ético, social, cultural, mercadológico, histórico, entre outros. Justamente por comportar uma multiplicidade de concepções, sujeitos e racionalidades alicerçados em interesses diversos, esse debate é permeado e colocado em uma arena de disputa por hegemonia. Portanto, faz-se necessário também pensar nas contradições que o termo abarca, tratadas na subsubseção a seguir.

3.3.1 As contradições no discurso da humanização

Na perspectiva histórico-dialética, as contradições são parte da lógica interna do objeto, que não pode ser pensado isoladamente, mas em totalidade, no mundo material. Para compreendê-las, é necessário analisar como o objeto evolui para então expor sua lógica interna além dos conceitos externos (CHAGAS, 2011). Dessa forma, as contradições consistem em um elemento oculto, não aparente, nem sempre perceptível.

Como vimos, diversos sentidos têm sido atribuídos ao termo humanização nas últimas décadas. Se por um lado é positivo que tenha havido o debate e popularização da temática, por outro lado constata-se uma simplificação de seu significado, o que, muitas vezes, impede uma análise crítica a seu respeito e ao seu oposto - o processo de desumanização - que considere questões históricas, econômicas, sociais e culturais, especialmente na área da saúde.

Parece óbvio que, se existe uma busca pela restauração de um processo humanizador, isso significa que reconhecemos que há um processo de desumanização em curso. Logo, antes mesmo da busca pela humanização, é indispensável compreender a razão pela qual a desumanização existe.

Para compreendermos melhor as contradições em torno dessa temática, é pertinente atentar que o processo de humanização do homem “reflete, a partir da materialidade, o modo como o homem vem reproduzindo sua existência, marcada, hoje, pelo processo de mundialização do capital” (NEULLS, 2016, p. 11). Partimos do pressuposto de que há determinações ocultas que permeiam as múltiplas ideias de humanização, que devem ser pensadas em sua totalidade e complexidade.

No esforço de apreender tais contradições, recorremos ao debate feito na subseção anterior, de que o racionalismo e a fragmentação da medicina em especialidades contribuíram para que ocorressem mudanças na percepção do corpo humano dentro da prática médica. Esse processo colaborou para que a doença fosse analisada fora do caráter da experiência humana, numa tradição clínica na qual o corpo é objeto de intervenção dos cientistas, que o dividem em diferentes partes, segundo cada área de estudo (MAIA, 2010).

Nessa lógica, como explicam Sousa e Moreira (2008), a prática clínica institucionalizou-se de forma a secundarizar o sujeito que a pratica, tornando-o dependente dos saberes, poderes e tecnologias componentes de suas tarefas, com o máximo saber científico e o mínimo de envolvimento afetivo com a pessoa enferma, o que estabelece uma relação permeada pela objetividade da biomedicina, mas pobre no que concerne aos fatores subjetivos.

O uso cada vez mais comum do termo humanização na atualidade, apesar de relevante, tem sido utilizado de maneira diversificada, inclusive em termos conceituais, com conotação positiva, o que contribui para que seja percebida como uma “grife” (SOUSA; MOREIRA, 2008). No entanto, estar em pauta positivamente não significa que haja mudanças expressivas no campo das relações entre trabalhadores e usuários, seja na exigência do cumprimento dos direitos de saúde ou mesmo do conhecimento das práticas de cuidado.

A associação do termo humanização à ideia de uma “grife” é feita também no estudo de Deslandes (2006), que compreende que esse processo será um diferencial e destaque àqueles que o utilizam. A autora afirma que a humanização promove melhorias no atendimento prestado, com possível acréscimo de reflexão crítica a respeito das práticas em saúde. Em trabalho anterior, ao analisar a temática sob a perspectiva do Ministério da Saúde quanto à PNH, a autora reflete que:

Geralmente emprega-se a noção de “humanização” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes (DESLANDES, 2004, p. 08).

Diante do que abordamos, a contradição parece estar na necessidade de se “humanizar o humano”. Em numa área, como a da saúde, que já deveria ser humanizada por essência, é necessária uma análise ainda mais atenta das

determinações da desumanização, dadas as condições de sociabilidade e de cuidado e assistência em saúde.

Segundo Marx (2008), através do trabalho, que é o intercâmbio entre o ser humano e a natureza, é que se dá o processo de humanização, pois a matéria é transformada de modo a suprir as necessidades humanas por meio do trabalho. Nesse processo, além da transformação da natureza há a transformação do próprio sujeito, que se complexifica e se autotransforma na qualidade de ser social. A humanização advém do processo de tornar-se homem e submeter a natureza ao projeto humano para surgimento de um ser social.

As transformações advindas do processo evolutivo do ser humano, como postura erétil, desenvolvimento da fala e linguagem e capacidades motoras estão relacionadas ao domínio deste sobre a natureza com o intuito de sobrevivência da espécie. Esta adaptação diante das intempéries da natureza moldou seus hábitos alimentares, atividades de subsistência, como pesca e caça, bem como sua própria consciência em realizar tais tarefas, num processo denominado de “prévia-ideação”, que consiste em idealizar algo minuciosamente antes de executá-lo (NEULLS, 2016).

Para Marx (1984), os homens primeiramente conscientizam-se dos fatos sociais, para só então conseguirem refletir sobre a vida em sociedade. Pinho (2013), ao discutir ideologia e formação humana sob a análise marxiana, avalia que existe hoje um discurso ideológico de que o homem chegou ao patamar mais elevado de desenvolvimento e de que estamos em um momento histórico de inúmeras possibilidades, com o culto da sociedade democrática.

É preciso sempre discernir as condições econômicas de produção da transformação material:

O resultado geral a que cheguei e que, uma vez obtido, serviu-me de guia para meus estudos, pode ser formulado, resumidamente, assim: na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência. Em uma certa etapa de seu desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes, ou, o que não é mais que sua expressão jurídica, com as relações de propriedade no seio das

quais elas se haviam desenvolvido até então. De formas evolutivas das forças produtivas que eram, essas relações convertem-se em entraves. Abre-se, então, uma época de revolução social. A transformação que se produziu na base econômica, transforma mais ou menos lenta ou rapidamente toda a colossal superestrutura. Quando se consideram tais transformações, convém distinguir sempre a transformação material das condições econômicas de produção – que podem ser verificadas fielmente com ajuda das ciências físicas e naturais - e as formas jurídicas, políticas, religiosas, artísticas ou filosóficas, em resumo, as formas ideológicas sob as quais os homens adquirem consciência desse conflito e o leva até o fim. Do mesmo modo que não se julga o indivíduo pela ideia que de si mesmo faz, tampouco se pode julgar uma tal época de transformações pela consciência que ela tem de si mesma. É preciso, ao contrário, explicar essa consciência pelas contradições da vida material, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção (MARX, 2008, p. 47-48).

Desta feita, diante da transformação da estrutura econômica da sociedade pelas relações de produção, observamos que a saúde tem sido cada vez mais encarada como um produto de consumo e não como um direito assegurado. A partir dessa percepção, há um redirecionamento na forma de gestão da política de saúde, com fortalecimento das empresas privadas, que reformulam a assistência segundo a lógica mercantil reimpressa pelo neoliberalismo, com preços elevados por serviços que deveriam ser ofertados, em termos quantitativos e qualitativos, pelo Estado.

É perceptível a existência de um caráter comercial permeando as relações na sociedade moderna, o que não pode ser desconsiderado na reflexão que aborda o processo de desumanização na saúde, visto que as práticas de cuidado passam a funcionar segundo os interesses do capital (MERHY; FRANCO, 2003). Dessa forma, a assistência torna-se mais subalterna aos padrões capitalistas de produtividade, em detrimento do fator humano.

Dentro dessa linha de análise, o cuidado encontra-se submisso ao valor, numa dinâmica em que as necessidades humanas básicas³⁵ estão inseridas e

³⁵ Conforme explica Potyara Pereira (2011), as necessidades humanas básicas, como categorias universais e objetivas, são a saúde física e a autonomia (precondições para se alcançar objetivos universais de participação social). Caso essas necessidades não sejam satisfeitas adequadamente, ocorrerão sérios prejuízos à vida material e à autonomia do ser humano, na qualidade de sujeito informado e crítico. Esses danos impedem ou arriscam a possibilidade objetiva dos sujeitos de poderem expressar sua capacidade de participação ativa. Além disso, seus efeitos nocivos independem da vontade ou da cultura de quem os padece. Segundo a autora, não se deve confundir “necessidades básicas”, com “necessidades mínimas”, pois o “básico” expressa algo fundamental, primordial, dentro do exercício da cidadania, enquanto que o “mínimo” tem a condição de algo menor, identificado com patamares de satisfação de necessidades que beiram a desproteção social. Assim, o “mínimo” pressupõe cortes ou supressão de atendimentos, em concordância com o neoliberalismo; em contrapartida, o “básico” reivindica investimentos sociais de qualidade para otimizar e prestar melhores atendimentos. Em suma, o “mínimo” nega o “ótimo” de atendimento, mas o “básico” estimula a satisfação básica de necessidades rumo ao “ótimo”.

confundidas com as necessidades mercadológicas. É fundamental compreender que tanto a ciência quanto a tecnologia e os serviços de saúde foram impactados com vistas a atender à valorização do capital. Nesse sentido, concordamos com Barbosa (2006, p. 325), quando afirma que:

Para além de um ideal idealizado e romantizado a ser alcançado mediante esforços “humanistas” individuais, a humanização será aqui entendida como uma arena de embates políticos entre poderosos interesses econômicos, científicos e culturais que disputam hegemonias. Ou seja, em nossa visão, a discussão da humanização não pode estar apartada da compreensão de um sistema social – o capitalismo em sua etapa neoliberal – que crescentemente “desumaniza” e mercantiliza os indivíduos, seus corpos e relações sociais.

Como no modo de produção capitalista a questão econômica determina a forma como as relações se dão, a humanização em saúde também parece se situar no aumento da produtividade e nas necessidades do mercado e do lucro, algo observado especialmente na esfera privada, mas também identificado na saúde pública, principalmente nas condições de trabalho, em tempos de flexibilização das contratações das forças de trabalho e novas formas de gestão via OS, OSCIPs, Fundações e mesmo a EBSERH, como vimos na seção anterior.

O conceito marxiano para humanização está diretamente ligado à capacidade que o ser humano possui de se autoproduzir na transformação da natureza, tomando para si aquilo que produziu e permitindo a renovação e adequação de novas práticas, entre elas, o próprio cuidado (SOUZA; MAURÍCIO, 2018).

Marx (1984) explica o fato de que a mercadoria (criatura), no modo de produção capitalista, exerce domínio sobre os homens (criador), que passam a se identificar como compradores e vendedores e não conseguem enxergar as relações sociais de exploração do trabalho. Essa situação é denominada de “fetichismo da mercadoria”, que é um processo chamado por Marx de alienante, em que a vida social passa a ser orientada pelas relações mercantis.

Conforme esse pensamento, a humanização significa a conscientização do homem a respeito das necessidades pessoais de quem produz e adquire, fazendo com que a prioridade do capital sobre o ser humano deixe de existir (PESSOA, 2001).

Podemos compreender a humanização através do processo complexo e contínuo do desenvolvimento do homem, que é permeado pelo trabalho. A humanização relaciona-se diretamente com a construção da sociedade, à proporção

que “homens e mulheres estão inseridos não como indivíduos isolados, mas como ser social em movimento” (NEULLS, 2016, p. 77).

No entanto, para Marx, o trabalho é contravertido ao ser voltado para a produção de valor, pois, apesar de ser responsável por fazer o homem “tornar-se humano”, ele também é o causador de sua degradação. A desumanização acontece quando se “coisifica” o homem no processo de cuidar e, também, quando o cuidado passa a ser mercadoria (SOUZA; MAURÍCIO, 2018):

Engendra-se uma espiral na qual a relação saúde e desumanização se constitui a partir de diversas dimensões, que convergem no sentido de reproduzir o capital (e seu caráter desumano) e impedir o pleno desenvolvimento humano, inclusive (para o caso aqui em questão) no que concerne à prática do cuidado, visto que reifica cuidadores, indivíduos que necessitam do cuidado e as relações que se estabelecem entre eles. Diante disso, constatamos que a desumanização é um processo geral que ocorre sob o capitalismo, no qual o ser humano é reduzido à “coisa”; suas ações, ao processo de valorização; e suas necessidades relegadas ao mercado (SOUZA; MAURÍCIO, 2018, p. 502).

Esse cenário é observado no Brasil com a perda de direitos por meio de contrarreformas que atacam a Seguridade Social e a própria Constituição de 1988. Ao mesmo tempo, consolida-se a lógica de que os direitos já assegurados pela Constituição Federal de 1988 passem a ser ofertados somente a quem possa pagar por eles, a exemplo da previdência social e dos próprios serviços de saúde.

Ratificamos a assertiva de que a desumanização é uma das consequências do sistema capitalista e refletimos que ela acontece especialmente quando a atividade em questão é executada entre seres humanos, como acontece na área assistencial em saúde e é mediada pela mercantilização das relações humanas por meio do trabalho assalariado. O homem, “pelo trabalho, ascende do plano individual/biológico para o plano social/coletivo, complexificando-se continuamente. Por isso o trabalho é a atividade fundante do ser social” (SOUZA, 2016, p. 341).

Nesse aspecto, o trabalho, como categoria, funda as práxis (conjunto de atividades humanas), dentre as quais encontra-se também o cuidado em saúde, o que provoca a desumanização e, conseqüentemente, a necessidade de se reumanizar esse processo. “O capital, para continuar se reproduzindo, cria/impulsiona desigualdades, transforma desde a natureza até os cuidados em mercadoria, ao passo que aliena o trabalhador de sua condição humana” (SOUZA; MAURÍCIO, 2018, p. 503).

A lógica privatista tem se mostrado hegemônica na saúde atualmente, o que fortalece um sistema de gestão baseado em metas a cumprir, produtividade, polivalência do trabalhador, concomitante à precarização dos serviços e da política de saúde e ao aumento das desigualdades sociais.

Admitir que há um problema nas relações humanas que mecaniza a interação e desnaturaliza o processo de cuidado em saúde é importante para iniciar um debate sobre o tema e propor ações reparadoras, com base na complexidade que permeia o capitalismo sob a égide neoliberal, ou seja, no contexto da totalidade sócio-histórica (BARBOSA, 2006).

Por outro lado, a humanização não deve ser entendida somente sob o aspecto individual, emocional, subjetivo ou de uma simples mudança de postura e de linguagem por parte do trabalhador, atribuindo-lhe um sentido romantizado ou meramente filantrópico. Ainda que seja importante tratar da temática também sob essa ótica, pensar em humanização focando-se nesses aspectos é um modo simplista de tentar encontrar soluções.

Outra questão importante diz respeito ao uso do termo “ética” quando se aborda a temática da humanização. Nesse contexto, ética aparece sempre relacionada à atuação dos profissionais, mas de uma maneira mais superficial e subjetiva.

Dentro da visão marxista, a ética está ligada profundamente à análise crítica da sociedade quanto à sua base econômica, além de ser uma investigação do processo sócio-histórico que determina as ações humanas na realidade concreta. Sob essa perspectiva, a ética é construída a partir da classe trabalhadora, no que diz respeito aos avanços que devem ser feitos rumo à superação do modo de produção capitalista (SOUZA, 2018). Além disso:

Por estar intimamente associada à análise da base econômica da sociedade e ocupar-se da totalidade das ações humanas é que a ética marxista não está em contradição com a sua análise crítica, com a investigação científica da realidade social. É na análise científica da sociedade que o marxismo expressa sua indignação, produz sua denúncia e empreende profundas críticas em relação às *condições desumanas da classe trabalhadora*, da exploração do trabalho (SOUZA, 2018, p. 80, grifo nosso).

Compreendemos, sob análise crítico-dialética, que o capitalismo e a ética são duas dimensões inconciliáveis. A ética é um conjunto de valores que fazem o sujeito superar a dimensão particular para ligar-se à universalidade do gênero humano, já a sociabilidade, segundo o capital, fundamenta-se no interesse particular

(TONET, 2007). Uma ética construída dentro da sociabilidade capitalista será abstrata e, certamente, contribuirá para a reprodução das injustiças inerentes à ordem social vigente.

Conforme o pensamento de Marx, uma ética verdadeira só poderá ser alcançada por meio da luta pela transformação do modo de produção capitalista, feita por pessoas que legitimem valores morais diferentes dos identificados no contexto mercantil (DIAS, 2016).

Ainda que o lado emocional, pessoal e até mesmo as questões relativas ao discurso estejam imbricadas no projeto de humanização em saúde (visto que se trata de um tema relativo às relações sociais), não se pode desconsiderar que essas relações são muito complexas e “envolvem o modo como o homem produz e reproduz sua existência” (NEULLS, 2016, p. 68).

Estando a humanização em saúde diretamente ligada à lógica de mercado, posto que as condições desumanizadoras ganham forma nesse meio, pensar em soluções que desprezam os elementos constitutivos dessa materialidade trará soluções superficiais, que não resolverão o problema em sua complexidade.

Não podemos desconsiderar também que as forças do mercado se apropriam³⁶ do discurso, em contraponto aos movimentos que queriam e lutavam pela humanização. Desse modo, para transformar essa realidade, conscientizar o ser humano de sua situação é aspecto fundamental para o enfrentamento das mazelas sociais, o que significa assistência pública universal de qualidade, gestão compartilhada, democrática, transparente.

Quanto à conscientização do homem a respeito de si, Paulo Freire (1987) defende que a educação é necessária para a conscientização do homem sobre sua desumanização e coisificação, ao passo em que a luta pela reconstrução tem início no autorreconhecimento de “homens destruídos”. O autor vai além quando afirma que não pode haver humanização na opressão e nem desumanização na libertação

³⁶ Com efeito, os grandes hospitais particulares têm pautado seu discurso e *marketing* com base nos termos humanização e hospitalidade. No entanto, essas empresas também inserem nesse contexto a concepção de “exclusividade” e “luxo” e utilizam o termo “cliente de saúde” (é aquele que pode comprar e pagar por um serviço) em substituição ao termo “paciente”, entre outros motivos, pela compreensão de que este último possui conotação negativa, que remete a passividade. Outras expressões utilizadas pelas instituições de saúde advindas da área da Administração são “cliente interno”, referente ao funcionário e “diferencial competitivo”, especialmente ligado a selos de qualidade, como Acreditação Hospitalar; equipamentos e tecnologia de ponta; estrutura física, como suítes e espaços confortáveis; e serviços mais luxuosos e personalizados, como *conciergerie*, conceitos trazidos da Hotelaria Clássica.

e faz referência à importância da educação para tomada de consciência (FREIRE, 1981).

Um problema referente à humanização como objeto de política pública é que as propostas para o âmbito da saúde parecem estar situadas em um campo subjetivo e individual, que necessita da “boa vontade” do trabalhador em promover as mudanças necessárias, ainda que as políticas reconheçam que há um processo de precarização do trabalho. É apontar que existe o problema, mas sem conscientizar o trabalhador e quem utiliza os serviços de saúde a respeito das determinações.

Para que mudanças efetivas se deem nesse contexto, é preciso ir além do superficial para que os devidos esforços sejam aplicados em prol da melhoria das condições estruturais do trabalho em saúde, onde o profissional geralmente é obrigado a trabalhar por muitas horas seguidas por uma baixa remuneração. Para tanto, primeiramente deve-se reconhecer que existem múltiplas determinações que levaram à desumanização da assistência.

Sob perspectiva marxiana, o capitalismo desumaniza e reifica o trabalhador ao transformar tudo em mercadoria, em valor de troca, inclusive as liberdades humanas, substituídas pela liberdade de comércio, em uma dinâmica de exploração dos indivíduos escancarada, direta (MARX; ENGELS, 2014).

Na atual dinâmica do capitalismo, o trabalho sofre uma ofensiva que tem por objetivo eliminar toda e qualquer resistência ao processo de contrarreformas neoliberais. Medidas são adotadas, como o enfraquecimento das organizações trabalhistas e sindicais, o desprestígio das lutas e das organizações de trabalhadores perante a opinião pública e a desregulamentação do mercado de trabalho e precarização do emprego (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010). Cumpre ressaltar que, quanto menos poder tem o trabalhador, mais poderoso o capital é.

Nessa conjuntura, o trabalhador possui somente a sua própria força de trabalho para “negociar” no mercado e as relações nesse meio são permeadas por múltiplos problemas, como exploração, reificação, alienação e desumanização. Além disso, os trabalhadores quase nada entendem a respeito do processo de produção, “devido ao aprofundamento da divisão do trabalho e veem-se embrutecidos pela quantidade de trabalho que precisam despender sem que sua criatividade e prazer sejam estimulados em tais ambientes” (DIAS, 2016).

Na saúde isso se manifesta na falta de compreensão dos trabalhadores a respeito do SUS, de seus princípios doutrinários, formas de gestão e dos impactos da mercantilização nessa área. Ressaltamos que essa realidade tem implicações diretas na vida dos profissionais de saúde, bem como dos usuários/usuárias dos serviços, em uma lógica que reproduz a exploração e as relações desumanizadas, o que dificulta (ou inviabiliza) a humanização da assistência como uma prática sólida.

Diante dessa realidade e de tantas concepções para o termo humanização, a partir de pontos de vista tão diversificados, ocorre um confronto conceitual que se apresenta tanto na própria polissemia quanto no esvaziamento de sentido do referido termo. Refletir a respeito da humanização como um conceito orientador de novas práticas em saúde contribui para que se aproveite o seu potencial transformador, caso contrário, será apenas mais uma palavra sem sentido, vazia (DESLANDES, 2006; SOUZA; MOREIRA, 2008).

Quanto à humanização do parto, além das questões conceituais postas, os desafios se aplicam também à gestão clínica, visto que há uma “linha de produção” notada especialmente na esfera privada e em cesarianas, mas também um *modus operandi* que favorece a violência obstétrica, especialmente no SUS, em partos normais, como apresentamos nesta seção.

Essa situação é agravada pelo desconhecimento de muitas mulheres e suas famílias a respeito dos direitos da gestante durante toda gestação e no momento do parto, o que as deixa vulneráveis a situações impostas pela equipe médico-hospitalar.

Reiteramos que o caminho para esse enfrentamento é complexo, pois é necessário compreender o processo de desumanização ainda imperante na saúde mediante o modo de produção capitalista em sua fase atual. Os avanços precisam perpassar pelas raízes estruturais desse sistema, que tudo mercantiliza e contraria a lógica do direito universal, o que exige um enfrentamento mais profundo, de acordo com a realidade social brasileira.

Dessa forma, a humanização em saúde pressupõe mudanças na estrutura da assistência e gestão do sistema, mas também não pode ser vista sem a compreensão de que o SUS é um serviço ainda utilizado, em sua maioria, pelas camadas mais pobres da sociedade.

Dadas as condições dos hospitais públicos, dos serviços ofertados, das condições de trabalho dos profissionais e mesmo do financiamento, é importante

pensar em como garantir o direito à saúde num contexto de múltiplas desigualdades e desconstrução dos patamares de proteção social que foram inaugurados pela Seguridade Social na Constituição de 1988.

Diante dessas questões e da compreensão do contexto sociocultural e político que influenciou a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), na próxima seção avaliamos a engenharia do referido programa, com o propósito de analisar como seu conteúdo e objetivos se entrelaçam às práticas de gestão do SUS na atual conjuntura neoliberal e seus rebatimentos na saúde brasileira e no conceito de humanização nele contido.

4 A ENGENHARIA DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO: uma visão crítica

Nesta seção, após termos percorrido a estruturação da saúde no Brasil e o processo de construção da lógica do parto e da humanização do parto nas seções anteriores, tratamos da avaliação da engenharia do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

A análise foi realizada a partir dos documentos oficiais do PHPN, com o propósito de analisar a pertinência de seus elementos constitutivos no atual contexto da política de saúde no Brasil e da gestão do SUS sob a égide neoliberal, a fim de identificar a coerência do programa em face aos seus objetivos. Trata-se da “avaliação da engenharia do programa”, que, neste estudo, constitui-se como a segunda dimensão de nossa pesquisa avaliativa.

Reforçamos que a avaliação de políticas e programas sociais é uma necessidade, uma forma de aprimoramento, um instrumento para o controle das políticas sociais por parte da sociedade (SILVA, 2013). A avaliação da engenharia de um programa, como já destacado na introdução deste estudo, direciona seu olhar atento ao desenho ou componentes do seu plano. Pressupõe a realização de uma análise formal dos seus componentes internos, suas determinações, contradições, coerências, pertinências e possibilidades de materialização (SILVA, 2013; FIGUEIREDO, FIGUEIREDO, 1986).

Analisamos as potencialidades do programa, pontos de estrangulamento ou fragilidades contidas em seu conteúdo. Em todas as subseções a análise é permeada pelo contexto do Sistema Único de Saúde, da dinâmica do capitalismo em sua fase neoliberal e os impactos na saúde, ao lado de fatores sociais, culturais e políticos, assuntos já delineados anteriormente.

Esta seção está dividida em três subseções. Na primeira, intitulada “*Justificativas, prioridades e a concepção de humanização no PHPN*”, apresentamos os elementos iniciais do PHPN, quais justificativas o programa apresenta, quais prioridades são anunciadas e qual é a concepção de humanização do parto assumida.

Para tanto, iniciamos a subseção com uma descrição do contexto político-governamental no qual o PHPN foi formulado, quem comandava o Ministério da

Saúde na época, como o Ministério estava configurado e quais equipes técnicas foram responsáveis pela sua formulação. Em seguida, analisamos as prioridades do programa e a concepção de humanização adotada.

Na segunda subseção, denominada “*Princípios, diretrizes e objetivos*”, apresentamos os princípios e as diretrizes que estruturam o programa, direcionados para o acompanhamento pré-natal e para a assistência ao parto.

Analisamos os critérios para funcionamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e os objetivos traçados, bem como a dinâmica de avaliação e monitoramento das ações.

Na terceira e última subseção, designada “*Componentes, gestão e financiamento*”, tratamos dos três componentes que integram o programa, que estabelecem, por meio de normas técnicas, os critérios de elegibilidade para inclusão e os procedimentos para obtenção de recursos. Trazemos ainda as responsabilidades dos gestores na execução do programa em níveis federal, estadual e municipal, bem como as formas de financiamento de recursos.

4.1 Justificativas, prioridades e a concepção de humanização no PHPN

Como já descrevemos, uma política pública de saúde é uma resposta social do Estado diante das condições e determinantes de saúde dos indivíduos e populações, como também em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam o ambiente e a saúde humana, conforme expressam Paim e Teixeira (2006). Os autores complementam:

Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*). Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Apesar disso, enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Portanto, política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Compreendemos, portanto, que uma política pública é um instrumento de mudança social, que influencia e sofre influência de ideais e valores que norteiam a relação entre Estado e sociedade (AMABILE, 2012). Para compreender uma política

pública, deve-se considerar o processo que a norteia, seus fundamentos, seu planejamento, seu conteúdo expresso e seus objetivos.

Uma ação planejada não possui improvisação e uma ação improvisada não possui planejamento (FERREIRA, 1979). À vista disso, toda política pública possui um plano de ação documentado para o alcance de seus objetivos e é passível de crítica, de avaliação, ou seja, está sujeito a um julgamento de valor. Essa crítica corresponde à avaliação política da política, que é a análise da consistência do plano em termos de sua estruturação (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Como explicamos na introdução de nossa pesquisa, a avaliação política de uma política ou programa é realizada especialmente por meio da análise crítica dos seus documentos, com vistas a compreender “a compatibilidade interna entre princípios e a consistência deles com os mecanismos institucionais previstos” (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986, p. 109).

Nesse sentido, concordamos com Michel Foucault (2005b) quando afirma que um documento resulta de disputas presentes em sua formulação. Compreendemos que o conjunto documental de uma política ou programa evidencia sua transparência, coerência e contradições. Analisar a coerência de um programa pode nos ajudar também a entender sua longevidade e possibilidades de evolução e adaptação a mudanças sociais, políticas e econômicas.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 569, de 01/06/2000, publicada no Diário Oficial da União em 08 de junho do mesmo ano, na seção 1, página 4 e também pela Portaria GM/MS nº 570, de 01/06/2000, que estabelece incentivos ao Componente I; pela Portaria GM/MS nº 571, de 01/06/2000, que define o Componente II; e pela Portaria GM/MS nº 572, de 01/06/2000, que define o Componente III. São esses os documentos que analisamos, juntamente com a cartilha publicada.

Esse acervo consiste no *corpus* documental de nossa análise, que é o conjunto de documentos de referência que fundamentam e regulamentam o PHPN. Por meio da análise desse *corpus* é possível compreender as potencialidades que o programa possui para responder às demandas sociais relacionadas ao pré-natal e nascimento.

Como parte do arcabouço documental há ainda a Portaria GM/MS nº 9, de 05/07/2000, republicada em 01/09/2000, que define o Termo de Adesão ao programa; a Portaria GM/MS nº 356, de 22/06/2000, que define o Sistema Regulatório e Destinação de Recursos para investimento na rede hospitalar; e a Portaria conjunta nº 27, de 03/10/2000, que fixa os limites por Unidade Federativa para financiamento pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) dos adicionais relativos aos procedimentos da Portaria GM/MS nº 572/2000.

Cumprido ressaltar que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento subsidiou-se nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (BRASIL, 2002a).

Destarte, a análise dos elementos constitutivos do PHPN foi realizada tendo em conta seu conteúdo, objetivos, componentes, funcionamento e gestão, a partir do diagnóstico da situação-problema que originou o programa, com base na assistência à mulher em fase gravídica e puerperal e, especialmente, no quesito humanização. Consideramos também questões ausentes na proposta, como o enfrentamento à violência obstétrica.

Antes de iniciarmos nossa análise sobre a engenharia do PHPN, convém compreender que esse programa foi desenhado em meados do segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), do Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB), que governou o país de 1995 a 2002.

Esse período político foi marcado pela consolidação do Plano Real e pelas reformas econômicas, com várias privatizações e início da consolidação da doutrina neoliberal no país sob a justificativa de crescimento econômico, mas com resultados negativos em diversos setores, inclusive na saúde pública, diante de um SUS recém-implementado, com impactos no princípio da universalização contida na Seguridade Social.

O governo de FHC também visava reformas sociais com vistas à eficiência das políticas públicas. À época, o entendimento era de que a crise fiscal do Estado havia sido causada pelos gastos públicos mal gerenciados, ainda que os problemas econômicos fossem comuns mundialmente na década de 1990. Dessa maneira, foram defendidos os processos de descentralização, focalização e estabelecimento de parcerias com o setor privado (DRAIBE, 2001).

A descentralização seria realizada por meio de parcerias com o terceiro setor e de privatizações de empresas públicas, a exemplo do Sistema Telebrás, da

área da comunicação e da Companhia Vale do Rio Doce, da área de mineração. A focalização seria o estabelecimento de critérios para selecionar a população-alvo de um programa entre aqueles que mais necessitassem, a exemplo de programas de transferência de renda, como o Vale Gás e o Bolsa Escola. Quanto à saúde:

A “focalização” consiste na política de saúde direcionada para os estratos mais pobres da população. Ela volta a reproduzir uma política segmentada, orientada para a renda da população, indo, portanto, na contramão da universalização proposta em 1988 (COSTA, 2002, p. 61).

Porém, as escolhas e ações do governo de FHC não podem ser justificadas somente sob o enfoque econômico, posto que se tratam de decisões políticas, estratégicas à lógica neoliberal e realizadas com o suporte das classes burguesas pela identificação político-ideológica com o então presidente (SILVA, 2003).

Houve enorme transformação na saúde a partir da descentralização da gestão. Castro e Cardoso Junior (2005) afirmam que na reorientação do modelo assistencial houve avanços, com expansão de serviços básicos de saúde, especialmente por meio do Programa Saúde da Família (posteriormente ampliado para Estratégia Saúde da Família), mas não houve resolução nem dos problemas de articulação entre os diferentes níveis de atendimento, nem dos problemas no financiamento do SUS, agravado nesse período, como apresentamos na Seção 2.

É nesse contexto que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é formulado, no ano de 2000, sob a gestão do Ministro da Saúde, José Serra. Economista, Serra assumiu o Ministério da Saúde em março de 1998 e era o nome forte do PSDB para a sucessão de FHC em 2002, o que lhe exigia condições políticas de visibilidade nos meios de comunicação e força política para que enfrentasse os problemas na saúde que exigiam ações prementes (COSTA, 2002).

Isto posto, o Ministério da Saúde precisaria ser fortalecido, pois se tratava, historicamente, de um Ministério desprestigiado no governo federal, como analisa Costa (2002). Frente a essa realidade, Serra prioriza a questão orçamentária, com a defesa de aumento de recursos para o SUS, com vinculação obrigatória aos orçamentos federal, estaduais e municipais.

Assim, em agosto de 2000 é aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que fixava o montante federal para a saúde de acordo com a variação do Produto Interno Bruto (PIB) e obrigava estados e municípios a aumentar esses recursos nos anos seguintes (COSTA, 2002).

Além da questão orçamentária, outra bandeira levantada pelo ministro foi relativa à indústria farmacêutica. Num primeiro momento, o embate girou em torno do preço dos medicamentos. Em 1999, denúncias de produção e distribuição de remédios falsificados fez com que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) fosse criada e vinculada ao Ministério da Saúde, com o objetivo de regular a produção, comercialização e distribuição de medicamentos, cosméticos e alimentos (COSTA, 2000).

Nesse sentido, em 2000 é lançada a proposta de criação de medicamentos genéricos, que, por não serem fabricados por grandes laboratórios, seriam mais baratos. A ideia desagradou a indústria farmacêutica, que pôs em xeque a eficácia dos genéricos. No mesmo ano, os laboratórios aumentaram os preços dos remédios e o governo faz um acordo para um congelamento nos preços.

Também fez parte da agenda de José Serra a regulamentação dos planos e seguros de saúde privados, que era inexistente para aqueles pertencentes a empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas, com alto índice de reclamações nos órgãos de defesa do consumidor. A regulamentação foi aprovada em 1998 por meio da Lei nº 9.656 e pela criação da ANS no final de 1999 (COSTA, 2002).

Esta regulamentação consistiu em uma medida adotada, acima de tudo, em benefício da classe média, posto que esta era a grande consumidora de planos de saúde, em virtude das condições precárias de atendimento no Sistema Único de Saúde.

Como enfatizamos na seção anterior, a política de saúde enfrenta, desde sua reconfiguração com a CF de 1988, dificuldades para se consolidar como política pública de cariz universal. Embates e conflitos de interesses vigentes se explicitam: de um lado, havia o pronunciamento da universalidade, expressa pelo direito de todos e todas às ações e serviços de saúde, algo que requer ampliação da rede em todos os sentidos (estruturais, pessoais, insumos etc.) com investimentos, recursos financeiros seguros.

Por outro lado, observa-se as exigências apresentadas pelo neoliberalismo (BM, FMI) com o inverso: contenção de gastos, redução de despesas para combater o déficit público, propiciado por uma política fiscal contracionista, e a manutenção de alto superávit primário em todas as esferas de atuação estatal, como nos mostra Mendes (2015).

Assim, torna-se regra a intensificação da privatização da saúde, a exemplo das crescentes transferências dos recursos públicos para as Organizações Sociais de Saúde (OSS), de gestão privada; permissão à entrada do capital estrangeiro na saúde, por meio de legislação (Lei nº 13.097/2015), emendas constitucionais (EC 86/2015; EC 95/2016), manutenção da Desvinculação da Receita da União (DRU) por 20 anos; aumento de renúncias fiscais decorrentes da redução dos gastos com planos de saúde; concessões fiscais às entidades privadas sem fins lucrativos (hospitais e indústria químico-farmacêutica), incentivos à saúde suplementar e extinção de programas (Farmácia Básica, Mais Médicos e outros). Tais medidas configuram o desmonte de políticas basilares e de direitos sociais com o aval do próprio Estado para a apropriação do fundo público pelo capital (MENDES, 2015).

Nesse cenário, a saúde é transformada em um bem comercializável, contrariando a Constituição Cidadã em uma clara conformação com o mercado, sob as interferências de organismos internacionais, leia-se Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, como já delineado.

Nessa direção, ocorrem múltiplos ataques, não apenas à saúde, mas também às demais políticas integrantes da Seguridade Social, bem visíveis no governo FHC e aprofundados nos governos posteriores. Recursos que antes seriam destinados à promoção de benefícios para a população são utilizados para manter a lógica do capital financeiro. Na saúde isso se manifesta muito bem na ampliação da rede privada de serviços (SILVA, 2011).

Compreender a dinâmica das ações do governo FHC, especialmente da gestão de José Serra no Ministério da Saúde, nos dá uma perspectiva melhor a respeito do cenário político em que o PHPN foi formulado e dos princípios que nortearam seus formuladores.

A cartilha do programa, que foi feita orientação dos gestores federal, estaduais e municipais, indica que os sujeitos participantes da formulação do PHPN eram da equipe técnica da Coordenação-Geral de Planejamento, com “colaboração especial” da equipe de saúde da mulher do Ministério da Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e do Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas (DGPE), como indicado na folha de rosto (BRASIL, 2002a).

Além da folha de rosto (ANEXO A), a cartilha nada menciona a respeito dos formuladores do programa, nem sobre como foram adquiridas as informações a

respeito da humanização e qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Depreendemos que a tomada de decisão para o desenho do programa foi feita com base nos indicadores que subsidiaram as três linhas de ação traçadas no ano de 1998, como as taxas de mortalidade de mulheres em período gestacional e puerperal, que apresentamos na Seção 3.

O documento também não faz menção à participação direta ou indireta de movimentos sociais pela humanização do parto na formulação do programa ou se houve consulta popular específica para este fim. Do mesmo modo, não há informes sobre a participação social em sua avaliação, tais como críticas, opiniões e sugestões para futuras alterações.

Como assevera Arretche (2001), um programa é resultado de uma combinação complexa de diferentes sujeitos e, na etapa de formulação, deve-se considerar que nem todas as instâncias da máquina estatal possuem autoridade para tal. A autora enfatiza que os objetivos e estratégias definidos em um programa expressam as decisões e preferências de uma autoridade central, que pode estar inserida em qualquer nível. Dito isto, os documentos do programa expressam os princípios ideológicos da conjuntura governamental em que foi elaborado.

No contexto da formulação do PHPN, no “Relatório de Gestão 2000-2002”, publicado pelo Ministério da Saúde, é feita uma “autocrítica” sobre a organização de programas de saúde, a estrutura administrativa do MS e a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS):

Cabe aqui uma análise crítica do processo de organização dos programas e das atividades programáticas no âmbito da Secretaria. A atual estrutura administrativa do Ministério da Saúde vem sendo construída gradualmente, mediante a fusão e ou divisão de secretarias, transferências de programas, mudanças departamentais e uma considerável incorporação de novas funções. O Ministério, neste último período, mudou substancialmente a sua forma de atuar como gestor federal (BRASIL, 2002b, p. 14).

Como notamos, o Ministério passava por mudanças estruturais significativas sob a gestão de José Serra. Após o reconhecimento de que havia problemas em decorrência de tais mudanças, o Relatório de Gestão tece elogios à nova configuração e destaca diferentes críticas que recebia frente às inovações e ao cumprimento da agenda de saúde:

Foi mais propositivo, mais ativo. Muitas vezes, segundo algumas análises, impôs iniciativas. Para outros, entretanto, essas ações se davam no sentido de forçar o cumprimento de uma determinada agenda prioritária, como, por exemplo, o combate às filas, a **humanização do atendimento e a melhoria do pré-natal**. Seria de se esperar a ocorrência de problemas na relação do Ministério com os gestores (BRASIL, 2002b, p. 14, grifo nosso).

O documento supracitado menciona ainda que “conflitos de interesses, formas diferenciadas de percepção dos problemas e das prioridades foram registradas” no processo de mudança gerencial do Ministério da Saúde naquele período (BRASIL, 2002b, p. 14).

Dadas essas considerações, partimos neste momento para a análise da engenharia do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Quanto ao conteúdo expresso, de acordo com a Portaria GM/MS nº 569/2000, o PHPN foi instituído com base nas seguintes justificativas e apontamentos, em forma de sete “considerandos”:

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a **atendimento digno e de qualidade** no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da **cidadania**;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

Considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial (Portaria GM/MS nº 569/2000, p. 01, grifos nossos).

Como percebemos, o programa reconhece a existência de um panorama problemático e surge como uma medida para melhoria da assistência obstétrica. O primeiro apontamento, o qual grifamos, evidencia uma preocupação em garantir os

direitos da mulher em fase gravídica, direitos esses garantidos constitucionalmente. Antes de aprofundarmos essa questão, vamos tratar dos demais “considerandos”.

O segundo e o terceiro “considerandos” dizem respeito à redução das “altas taxas” de morbimortalidade materna, peri e neonatal, além da necessidade de assegurar melhorias no acesso, cobertura e qualidade da assistência obstétrica e neonatal. Estes tratam de temas centrais no PHPN.

Importante atentarmos ao fato de que as taxas de mortalidade materna no Brasil no ano de 1990 eram de 141 por 100 mil. No ano de 2001, mesmo após uma redução de, aproximadamente, 44%, a taxa de mortalidade materna ainda era de 80 por 100 mil. Quanto às taxas de mortalidade neonatal, como apresentamos na seção anterior, em 1990 a realidade era de 23,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos (IPEA, 2019).

Quanto ao quarto e ao quinto, referem-se ao incremento de ações já existentes, como redes de assistência à gestação de alto risco e investimento nas unidades hospitalares integrantes dessas redes, além do aprimoramento em todos os níveis assistenciais, com vistas à integralidade do atendimento, com atenção ao gerenciamento de leitos.

Nessa direção, o sexto apontamento justifica-se na necessidade de estabelecer ações que promovam a integralidade na assistência, com fluxos de referência e contrarreferência. Percebemos, por essas justificativas, que o cenário à época era de problemas em questões básicas na gestão do pré-natal e nascimento no SUS, como a garantia de atendimento referenciado, cobertura e acesso aos serviços.

O sétimo e último “considerando” justifica-se pela carência de melhorias na regulação da assistência obstétrica e neonatal, facilitador e otimizador da gestão nos três níveis de governo. Convém atentar que o termo humanização não aparece em nenhum dos apontamentos.

A respeito do primeiro apontamento, que considera que o atendimento digno e de qualidade são direitos inalienáveis da cidadania, Serruya, Lago e Cecatti (2004a) afirmam que seu objetivo foi o de definir, como marco conceitual do programa, o princípio do direito, antes mesmo de anunciar as medidas técnicas, com o intuito de estabelecer um campo político para a questão do descaso com a gestação e suas intercorrências, que eram percebidas somente como evento biológico, sem conotações sociais.

O destaque dado a essa questão no PHPN faz sentido, especialmente quando atentamos para as ineficiências existentes na garantia de direitos e como isto se relaciona com a construção da cidadania e democracia no Brasil. A ineficiência na aplicação de normas instituídas é uma questão concernente não apenas a elementos de ordem jurídica, mas também de ordens política, histórica, social, institucional, cultural e ética (BOBBIO, 1992). Isso demonstra que a implementação de medidas eficazes para a garantia de direitos é tarefa complexa e difícil.

Por outro lado, apesar dos problemas elencados, a Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, é um marco na garantia de direitos sociais no país e corresponde a um importante progresso na construção da cidadania, mesmo que ainda haja um longo caminho a seguir, como assinala José Murilo de Carvalho (2006).

Cabe ressaltar que a concepção de cidadania que orienta a Constituição está fundada sobre a ideia de que o Estado é o garantidor de proteção das liberdades individuais e da participação da sociedade civil na formulação e monitoramento de políticas públicas (CHAUÍ, 2002). Nesse sentido, a noção de direitos de cidadania na saúde está pautada no acesso universal igualitário e na participação social.

Boaventura Santos (2015), em “Para uma revolução democrática da justiça”, indica que nas sociedades democráticas há um gradativo destaque do sistema judicial em termos sociais e políticos e que a constitucionalização de direitos, rumo à efetivação do exercício de cidadania, precisa estar sustentada por políticas públicas.

Ter acesso aos serviços de saúde de qualidade e utilizá-los é questão de democracia, de cidadania e de direito, garantidos constitucionalmente e por meio da Declaração dos Direitos Humanos. Nesse sentido, o PHPN, em seu marco conceitual, acena na direção da garantia de direitos de cidadania, assegurados pela Constituição Federal de 1988 e Leis Orgânicas de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Em contrapartida, sob a perspectiva marxiana, os conceitos de cidadania, vinculados aos de direitos ou direitos sociais, são uma forma de regulação pelo Estado Social no capitalismo, “capaz de criar a falsa ilusão de garantia de igualdade aos ‘sujeitos de direito’”, como analisa Boschetti (2018, p. 134). A autora reflete

sobre a idealização do direito no capitalismo e afirma que a noção abstrata de “direitos iguais” e a de que todos os cidadãos são “sujeitos de direito”, dentro do Estado capitalista, é apenas mais uma forma de manutenção de desigualdades provocadas por esse modo de produção.

Não obstante, a própria estrutura do capitalismo é mediada por relações contraditórias, pois, ao mesmo tempo em que é indispensável a criação de meios de reprodução da força de trabalho na lógica do capital, também há a ampliação de direitos sociais resultante da luta da classe trabalhadora, o que tem possibilitado ao longo da história, em situações específicas, redução de desigualdades, como o acesso a bens e serviços públicos, mas sem que haja modificação na estrutura capitalista (BOSCHETTI, 2018).

No contexto da humanização do parto isso é representado pelas lutas e denúncias dos movimentos sociais e de mulheres em busca de melhores condições na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, que levaram à formulação e implementação de leis e políticas públicas, a exemplo do PHPN.

Dito isto, as prioridades do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento são (BRASIL, 2002a, p. 05):

Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Maternidade Segura, o Projeto de capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Como percebemos, as prioridades estão em concordância com os pressupostos apresentados, relacionados às condicionantes que orientaram a formulação do programa, isto é, em busca de uma assistência pré-natal e ao nascimento eficiente em termos de redução de mortalidades, melhoria da qualidade de atendimento e garantia de acesso a esses serviços.

Para tanto, é priorizado pelo programa a ampliação de medidas já existentes na área de assistência ao parto, o que se conecta às linhas de ação estabelecidas no ano de 1998, no âmbito da saúde da mulher.

Vale ressaltar que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento possui seu mérito em ter sido o primeiro pensado para a humanização do parto, pois, quando é posto em debate e transformado em política, o discurso da humanização acaba por “atravessar as diferentes ações e instâncias gestoras dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, estar comprometida com as dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, de produzir saúde” (PASSOS, 2006, p. 145). Nesse sentido:

A humanização do parto passa então à ordem do discurso atual, principalmente através dos meios de comunicação, consubstanciado em denúncias de precarização do atendimento, ou maus-tratos infligidos às mulheres, numa flagrante contradição aos princípios do sistema de saúde vigente. Ou pelo próprio discurso oficial propalando as melhorias e a instituição de medidas para a saúde da mulher (FRIAS, 2013, p. 14).

A perda da dimensão cuidadora na saúde colabora para que o usuário/usuária normalmente reclame não da falta de conhecimento ou técnica do profissional de saúde, mas sim do descaso e desinteresse deste para com a pessoa que precisa de cuidados, que passa a sentir desprezada e insegura. Para que seja possível um modelo assistencial com foco no usuário/usuária e na vida é necessário reordenar as relações existentes entre as tecnologias leves (onde todos devem basear sua atuação) e duras, mediadas pelas leves-duras³⁷ (MEHRY, 2008).

Para que possamos compreender qual é a concepção de humanização do PHPN, apresentamos a definição presente na cartilha:

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 05-06).

O trecho acima nos direciona a algumas considerações. No início, há a afirmação de que o fundamento do programa é o de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é “condição primeira” para o acompanhamento do

³⁷ Para Merhy (2008) as tecnologias leves são as das relações; as leves-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias; e as duras são as dos recursos materiais.

parto e do puerpério de forma apropriada. Em seguida, o documento apresenta o que considera como os dois aspectos fundamentais da assistência humanizada.

O primeiro aspecto é a convicção de que as unidades de saúde têm o dever de receber a mulher, seus familiares e o recém-nascido com dignidade. Para tanto, o documento enfatiza que os profissionais e a instituição de saúde precisam ter uma atitude ética e solidária.

A cartilha reconhece que há um “isolamento imposto à mulher” no momento do parto e recomenda a adoção de rotinas hospitalares e criação de um ambiente acolhedor para romper com essa realidade.

Este primeiro aspecto é compatível com o eixo 1 de nossa análise sobre os sentidos do termo humanização em saúde, que tem sua discussão pautada no vínculo estabelecido entre profissionais e usuárias por meio de atitudes éticas, humanitárias, solidárias, com valorização das relações interpessoais. Mas também contém elementos do eixo 2, ao tratar do espaço, da estrutura física da unidade de saúde e do reconhecimento dos direitos das usuárias (quando menciona o dever de atender a mulher com dignidade).

O segundo aspecto salientado na cartilha do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento relaciona a humanização à adoção de medidas sabidamente benéficas, ou seja, em conformidade com a medicina baseada em evidências (MBE), para acompanhamento do parto e nascimento.

Esse aspecto evidencia a existência de medidas tecnocráticas na assistência ao nascimento, que não apenas deixam de beneficiar as mulheres em trabalho de parto, como podem acarretar danos à saúde da mãe e do bebê. A cartilha defende que a humanização do parto visa evitar que práticas intervencionistas e tecnocráticas sejam incorporadas e desumanizem a assistência obstétrica e neonatal.

Notamos que o segundo aspecto se enquadra mais no eixo 2, apresentado na seção anterior, quando analisamos os sentidos de humanização em saúde. Esse eixo é referente à qualidade do cuidado. No entanto, em nenhum dos sentidos apresentados na cartilha é mencionada a valorização do trabalhador e as condições de trabalho, que são fundamentais para que a assistência seja humanizada.

Como analisamos na terceira seção, humanizar pode ter sentidos diversos, que perpassam pela defesa dos direitos humanos, da ética, da

responsabilidade na medicalização do corpo da mulher e no uso de tecnologias, entre outros. Além disso, quando direcionada ao parto, a humanização também abarca a legitimidade do profissional e as relações de poder diferenciadas que se estabelecem entre estes e a gestante/parturiente.

Nesse sentido, uma questão relevante é a formação tecnicista dos profissionais de saúde, que é marcada fortemente por teorias mecanicistas, com as relações mediadas ou substituídas pela tecnologia, o que faz com que a pessoa que precisa de cuidados de saúde seja tratada não como um ser com liberdade, dúvidas e sentimentos, mas como um mero corpo enfermo, ao qual a individualidade é negada (DESLANDES, 2004).

Tal prática faz jus ao próprio termo “paciente”, originário do latim *patiens*, de *patior*, que significa “sofrer”, “sofredor” ou “aquele que sofre”, “aquele que espera”. É um termo que designa uma pessoa paciente, passiva, que aguarda por uma resolução que virá dos médicos que lhe prestarão cuidado, que são pessoas superiores em hierarquia.

Michel Foucault (2005b) analisa que o controle social sobre os indivíduos começou no corpo, entendido como uma realidade biopolítica, tanto quanto a medicina o é, estrategicamente. É um poder advindo de um saber específico. Somam-se a isso as questões elitistas que envolvem o médico e sua valorização em nossa sociedade.

Essa análise se relaciona com o que Foucault (2001) apresenta em “Microfísica do Poder”, quando descortina que a relação de poder e saber notada nas sociedades modernas intenta firmar-se como verdade e o exercício do poder cria objetos de saber, os faz emergir, acumula informações e utiliza essas informações posteriormente.

Segundo o autor, o poder carece de produzir determinados saberes e a relação de poder e saber visa a dominação do homem por meio de práticas políticas e econômicas que se apresentam no capitalismo.

Retomamos aqui a crítica de Illich (1975) a respeito da expropriação da saúde. Segundo ele, nessa situação a saúde é produto de consumo, resultado da sociedade industrial, da medicina institucionalizada, que promove danos, como as iatrogenias e a perda de autonomia, que também são indicativos de desumanização. Tal situação é percebida na assistência pré-natal:

Também na assistência pré-natal ocorre uma expropriação da autonomia feminina e estão presentes todos os pilares do modelo tecnocrático: as mulheres são vistas como objeto, fora de contexto, onde a “máquina” é examinada e não se estabelece nenhum vínculo com o profissional. As ações praticadas são de responsabilidade dos profissionais que supervalorizam as mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas, a hierarquia e padronização das rotinas (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a, p. 275).

Como já debatemos, a relação de poder distinta que se estabelece entre o obstetra e a gestante gera um comportamento pouco questionador por parte desta. Enquanto isso, se intensifica um modelo de prática clínica, que se perpetua, com uma padronização do cuidado e uso excessivo de intervenções.

De acordo com Rattner (2009a), a humanização no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é um termo estratégico e menos acusatório para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. Desse modo:

O sentido do termo humanização adotado será o de equidade/cidadania: toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo de seis consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto. Haverá estímulos financeiros para que municípios qualifiquem seu pré-natal e hospitais garantam vaga para gestantes inscritas no PHPN (RATTNER, 2009a, p. 02).

Até este ponto, entendemos que a humanização no Programa de Humanização o Pré-Natal e Nascimento busca se materializar na assistência por meio do acolhimento das gestantes desde o pré-natal até o puerpério, numa perspectiva de cidadania; e a partir do entendimento do Ministério da Saúde de que ações de qualidade reduzem os índices de morbimortalidade materna, peri e neonatal.

O manual “Parto, Aborto e Puerpério”, de 2001, admite que o conceito de humanização do parto é amplo e abrange um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Compreende ainda a realização de procedimentos com base em evidências, para diminuição de intervenções desnecessárias e garantia da privacidade e autonomia da mulher (BRASIL, 2001).

O documento reafirma que os profissionais de saúde são coadjuvantes da experiência do parto e lhes cabe disponibilizar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, como em momentos críticos que necessitam de

intervenções. Essa atitude permitiria relações menos desiguais e menos autoritárias (BRASIL, 2001).

Notamos que há um esforço do Ministério da Saúde em pelo menos debater uma assistência humanizada. O primeiro passo foi o reconhecimento de que existe um processo de desumanização e uma situação-problema, o que levou à formulação do PHPN. É um entendimento de que a atenção ao pré-natal e ao parto, com cuidado humanizado, promove melhorias para a saúde da mãe e do bebê a partir de um olhar integral que envolve questões técnicas, sociais, econômicas, culturais, relacionais e legais.

Podemos afirmar também que, a partir do reconhecimento de que há excesso de intervenções no parto, o PHPN entende que é preciso permitir que a mulher tenha autonomia para decidir como será o seu parto, com base em explicações cientificamente embasadas.

O reconhecimento desses problemas em um programa social é um passo importante em termos práticos e legais, mas é imperativo pensar no público-alvo e nas crenças estabelecidas em torno do parto. Como apresentamos na terceira seção, há uma cultura no Brasil, muito bem construída, de que o parto tecnológico corresponde ao padrão de excelência. Isso pode deixar as mulheres mais vulneráveis a aceitar práticas tecnocráticas sem questioná-las. Enfrentar essa realidade requer uma mudança de mentalidade em todo o sistema, desde os profissionais que prestam a assistência até a própria sociedade.

Outra questão importante é que, apesar do entendimento de que há excesso de intervenções, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, sem que as condições de trabalho apareçam nas prioridades, sugere grande responsabilidade sobre os profissionais, ainda que estes possam ser executores de práticas tecnocráticas.

O fato é que é preciso centralizar o debate nos problemas estruturais do Sistema Único de Saúde, que envolvem a formação dos profissionais, mas, para além desse elemento, diz respeito ao financiamento, à precarização do trabalho, à gestão e à forte influência neoliberal.

O manual “Parto, Aborto e Puerpério” evidencia a responsabilidade depositada sobre os profissionais no seguinte trecho:

Na prática, como alterar posturas arraigadas e introduzir uma abordagem humanizada? Certamente, não será com normas ou manuais. Para, de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher é necessária uma **mudança**

de atitude que, de foro íntimo, depende de cada um. Entretanto, algumas questões devem ser vistas como compromissos profissionais indispensáveis: estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento. Reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença. E, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional (BRASIL, 2001, p. 11, grifo nosso).

Como analisamos na terceira seção, a desumanização é uma consequência do sistema capitalista, mediada por uma mercantilização das relações humanas. A desnaturalização do processo do cuidado em saúde precisa ser vista no contexto da totalidade sócio-histórica e da complexidade da influência neoliberal e não na ausência de uma “atitude de foro íntimo” por parte do profissional de saúde.

Ademais, o próprio racionalismo nas ciências da saúde promove um modelo de cuidado que favorece a desumanização do sujeito, o destitui de sua condição humana por meio da valorização da razão científica, em detrimento da experiência humana (SOUZA; MOREIRA, 2008).

Também é preciso ponderar se os profissionais estão equipados com as condições necessárias para a realização de seu trabalho. Isso inclui, além de aparatos técnicos, concursos públicos com garantias trabalhistas, boas condições em termos salariais, de jornada de trabalho e clima organizacional, ou seja, o profissional deve prestar um serviço humanizado, mas necessita, ele mesmo, de receber humanização em seu local de trabalho.

Não devemos, portanto, simplesmente cair na opinião maniqueísta de que cabe aos profissionais toda a responsabilidade pelos problemas na saúde e na assistência ao parto. Eles também sofrem as consequências de um sistema que os desumaniza desde a formação acadêmica, o que se manifesta na atuação, especialmente diante de uma lógica que preconiza o lucro ao mesmo tempo em que desmantela a saúde pública.

A esta situação correlaciona-se o problema da expropriação de direitos no capitalismo, que, sob a perspectiva marxiana, inclui a dinâmica que causa a submissão dos trabalhadores à lei geral da acumulação, materializada não somente pela violência, mas pelas leis capitalistas, que são instrumento para garantir a acumulação do capital (BOSCHETTI, 2018).

Um exemplo disso na saúde é quando os profissionais, principalmente os da área técnica da enfermagem, precisam se submeter a vários empregos para

garantia de recursos financeiros, o que leva a um esgotamento físico e moral, com efeitos negativos na qualidade da assistência, por exemplo.

Nesse sentido, embora consista em um debate importante, a humanização sob o parâmetro da ética profissional, fora de uma análise crítico-dialética, desconsidera que capitalismo e ética não se conciliam, pois os valores e a sociabilidade, na conjuntura do capital, fundamentam-se no interesse particular e colaboram para que as injustiças se reproduzam.

4.2 Princípios, diretrizes e objetivos

Na subseção anterior abordamos as justificativas para a formulação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, bem como as prioridades apresentadas no programa e a concepção de humanização adotada. Nesta subseção continuaremos a avaliação da engenharia do PHPN, com foco nos seus princípios, diretrizes e objetivos delineados.

Quanto aos princípios e diretrizes que estruturam o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, os documentos apresentam os seguintes (BRASIL, 2002; Portaria GM/MS nº 569/2000):

- a) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b) toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I³⁸ da Portaria GM/MS nº 569/2000;
- c) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II³⁹ da Portaria GM/MS nº 569/2000;

³⁸ Refere-se aos Princípios Gerais e Condições para o Adequado Acompanhamento Pré-Natal e descreve as atividades a serem realizadas pela gestante nesse período; e orienta como será feita a avaliação da assistência pré-natal por meio de indicadores. Tratamos sobre esses princípios mais à frente nesta subseção.

³⁹ Diz respeito aos Princípios Gerais e Condições para a Adequada Assistência ao Parto com base na prática médica e em medidas humanizadoras. Ainda nesta subseção tratamos desse conteúdo.

- e) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f) as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Os princípios e diretrizes supracitados estabelecem-se também na garantia de direitos de cidadania e estão de acordo com os “considerandos” apresentados no preâmbulo da Portaria GM/MS nº 569/2000. Representam o fundamento do próprio programa, isto é, são a sua essência, a sua sustentação, o seu direcionamento.

Importante atentar para o fato de que dois dos princípios elencados estão em consonância com o próprio título do programa: “pré-natal” e “nascimento”. Assim, são norteadores do PHPN o atendimento ao pré-natal adequado e a assistência ao parto e puerpério humanizado. Além disso, o termo humanização aparece tanto no cuidado das gestantes no parto e puerpério quanto no cuidado ao neonato.

Quanto aos objetivos traçados no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, os documentos oficiais definem que o “objetivo primordial” é “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p. 05).

O objetivo retoma a defesa da cidadania, da garantia de direitos, ou seja, ratifica que a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade na assistência ao parto são questões legítimas para amparo das mulheres em período gestacional e dos recém-nascidos. Entretanto, ainda que esteja de acordo com os pressupostos e com os princípios e diretrizes apresentados no programa, o objetivo não vai além disso. Vale observar também que o termo humanização não é mencionado.

Além do objetivo primordial, o PHPN visa o desenvolvimento de:

Ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (PORTARIA GM/MS Nº 569/2000).

O segundo objetivo apresentado traz um conteúdo aparentemente mais técnico, mas, ao analisarmos mais detalhadamente, percebemos que possui os elementos do primeiro objetivo. Além disso, apesar de não citar o termo

humanização, depreendemos que ele se encontra subjacente na qualidade técnica que o objetivo se propõe a alcançar, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos.

Comparando os dois objetivos, notamos que ambos possuem pouca clareza na forma como são apresentados e não explicitam questões de humanização sob o âmbito social, do acolhimento, das relações interpessoais, mas dão destaque aos fatores técnicos, como capacidade instalada, organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal no SUS, que constam nos apontamentos apresentados no preâmbulo da Portaria GM/MS nº 569/2000.

Para compreendermos melhor como esses objetivos se materializam (ou podem se materializar), precisamos analisar outros elementos do PHPN. Em parâmetros práticos, para alcance dos objetivos, o programa estabelece princípios gerais e condições, tanto para o acompanhamento ao pré-natal, quanto para a assistência ao parto. Nessa direção, uma série de atividades deverá ser realizada, como explicamos a seguir.

Quanto aos Princípios Gerais e Condições para o Adequado Acompanhamento Pré-Natal, segundo consta no Anexo I da Portaria GM/MS Nº 569/2000, o município deverá realizar um conjunto de atividades técnicas e a avaliação da assistência pré-natal. As atividades são as seguintes:

- 1 Realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação;
- 2 Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1 Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.
 - 2.2 Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento.
 - 2.3 Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a) ABO-Rh⁴⁰, na primeira consulta;
 - b) VDRL⁴¹, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - c) Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - d) Glicemia de jejum⁴², um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação;
 - e) Hb/Ht⁴³, na primeira consulta.
 - 2.4 Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes.

⁴⁰ Exame de tipagem sanguínea.

⁴¹ *Venereal Disease Research Laboratory*, exame de sangue para o diagnóstico de sífilis.

⁴² Dosagem do nível de glicose do sangue em jejum, indispensável para diagnosticar diabetes gestacional.

⁴³ Hb/Ht trata-se de exame para verificação da existência de anemia. Hb significa hemoglobina; Ht significa hematócrito.

2.5 Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

2.6 Realização de atividades educativas.

2.7 Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.

2.8 Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (Portaria GM/MS Nº 569/2000, p. 04).

Como podemos observar, as atividades são relativas a questões técnicas, como o estabelecimento de seis consultas de pré-natal, com a primeira consulta a ser realizada até o quarto mês de gestação; exames laboratoriais que detectam problemas que podem oferecer riscos à mulher e ao bebê; aplicação de vacina antitetânica; classificação de risco gestacional com referenciamento, caso haja risco detectado; atividades educativas.

A realização de atividades educativas, preconizadas no PHPN, é uma importante iniciativa. No entanto, o documento não deixa claro quais seriam essas atividades, se estariam relacionadas a um modelo de “curso para gestantes”, com pautas a respeito do parto, amamentação, alimentação, puerpério ou se incluiria também conscientização sobre os direitos da gestante.

Isso só é esclarecido/definido no ano de 2005, por meio da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que institui algumas modificações no PHPN. Entre as atividades educativas, ficaram definidos os temas de noções de higiene, promoção de alimentação saudável, desenvolvimento da gestação, atividade sexual e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sintomas comuns da gravidez e sinais de alerta, aleitamento materno, planejamento familiar, violência doméstica e cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2005b).

Salientamos que a conscientização dos cidadãos e cidadãs quanto aos seus direitos é um aspecto imprescindível na efetivação da cidadania (SANTOS, 2015). Na assistência obstétrica, garantir que a mulher compreenda o que é um atendimento humanizado, bem como garantir que ela esteja consciente de seu direito ao acesso, ao acompanhamento de pré-natal e parto de qualidade, estimula a promoção de saúde gestacional e evita que ela passe por procedimentos invasivos.

Vale atentar, ainda, que, apesar de considerar o respeito à individualidade em seu discurso, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento não estabelece critérios para mulheres gestantes em diferentes fases da vida ou diferentes condições, como adolescentes, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, mulheres em gravidez tardia ou mulheres com deficiência.

No que diz respeito à avaliação da assistência pré-natal, o Anexo I orienta que municípios e estados devem utilizar, no mínimo, três tipos de indicadores: de processo, de resultado e de impacto, a partir dos dados disponíveis nos sistemas nacionais de informação em saúde:

1 Indicadores de Processo

1.1 Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);

1.2 Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.3 Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.4 Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.5 Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.6 Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;

1.7 Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2 Indicadores de Resultado

2.1 Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;

2.2 Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

3 Indicadores de Impacto

3.1 Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;

3.2 Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;

3.3 Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;

3.4 Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;

3.5 Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;

3.6 Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior (Portaria GM/MS N° 569/2000, p. 04-05).

Os indicadores são de cunho técnico e avaliam percentuais e coeficientes relativos ao cumprimento das atividades recomendadas, percentual de gestantes inscritas no programa, percentual de comparecimento às consultas, realização de exames e o resultado destes e índices de mortalidade materna e neonatal.

Importante atentarmos que não há, novamente neste quesito, menção ao termo humanização, nem nas atividades, tampouco nos indicadores que avaliam a efetividade da assistência ao pré-natal, o que nos parece uma contradição, dado que é pressuposto do programa, a partir de seu título, a humanização no acompanhamento pré-natal e na assistência ao parto.

Apesar de não aparecer no Anexo I da Portaria nº 569/2000, o termo humanização possui destaque no preâmbulo dos Princípios Gerais e Condições para a Adequada Assistência ao Parto, dispostos no Anexo II:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. 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-intervencionistas⁴⁴ (Portaria GM/MS nº 569/2000, p. 05).

Está definido que para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as unidades integrantes do SUS são responsáveis por:

- 1 atender a todas as gestantes que as procurem;
- 2 garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
- 3 estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal⁴⁵ de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
- 4 transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- 5 estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
- 6 garantir a presença de pediatra na sala de parto;
- 7 realizar o exame de VDRL na mãe;
- 8 admitir a visita do pai sem restrição de horário;
- 9 garantir a realização das seguintes atividades: Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas (recepcionar e examinar as parturientes; assistir as parturientes em trabalho de parto; assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos; proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos; assistir a partos normais; realizar partos cirúrgicos; assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita; assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU); prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido; elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto; registrar a evolução do trabalho de parto em partograma; proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto; garantir o apoio diagnóstico necessário).
- 10 dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto (Portaria GM/MS nº 569/2000, p. 05-06).

Há alguns apontamentos a serem feitos. Em primeiro lugar, o programa define que todas as mulheres precisam ser atendidas e referenciadas, caso seja necessário, por meio da Central de Regulação. Estudos apontam para um número

⁴⁴ Com algumas modificações e acréscimos, este texto é apresentado na cartilha do PHPN na explicação sobre quais sentidos para humanização do parto são adotados pelo programa, como já apresentamos na subseção anterior.

⁴⁵ A Central de Regulação Obstétrica e Neonatal (CRON) garante proteção e acesso aos serviços de assistência obstétrica e neonatal prestada pelos estados, Distrito Federal e municípios e tem por objetivo regular, ordenar e orientar esta assistência; e como princípio fundamental, incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população (PORTARIA GM/MS nº 356 de 22/06/2000).

razoável de mulheres que, por falha no vínculo entre assistência pré-natal e nascimento, acabam por peregrinarem⁴⁶ em busca de maternidade quando já estão em trabalho de parto (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004a; MAIA, 2010; MORAES *et al.*, 2018). Essa realidade persiste, mesmo após a implementação do PHPN.

A peregrinação no anteparto e parto, que é uma expressão de violência obstétrica, também está relacionada à falta de leitos obstétricos no SUS e ao sucateamento deste:

A precarização da assistência, juntamente com as desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos, torna-se evidente principalmente pela falta de investimentos na saúde da mulher, que inviabilizam a construção de novas maternidades e a ampliação/adequação daquelas existentes, resultando na dificuldade das unidades hospitalares em acolher as mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2015, p. 615).

Convém atentar que essa situação pode incorrer em sérios riscos para a saúde da mãe e do bebê e pode levar a óbito, caso o atendimento não ocorra rapidamente. Nesse sentido, somente no ano de 2007, por meio da Lei nº 11.634/2007, é garantido o direito da gestante a saber previamente qual será a maternidade para a realização do seu parto, bem como a vinculação prévia à maternidade em caso de intercorrências, inclusive durante o puerpério (BRASIL, 2007).

Uma contradição identificada diz respeito, no item 10, à obrigação da maternidade dispor de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários para a assistência ao parto, quando estabelece condicionalidade, qual seja, a de assegurar o direito a acompanhante durante a internação somente se a estrutura física permitir (atividade do item 9), o que inviabiliza o direito em pauta.

As demais atividades estão em concordância com as evidências científicas, de assistir partos normais, ou seja, auxiliar a mulher nesse tipo de parto, permitindo que ela protagonize esse momento; e realizar partos cirúrgicos, com garantia de apoio diagnóstico necessário em todos os casos.

Quanto aos mecanismos de monitoramento do Programa de Humanização o Pré-Natal e Nascimento, anualmente o Ministério da Saúde avalia os municípios cadastrados e a continuidade destes no programa está condicionada à apresentação do procedimento de Conclusão da Assistência Pré-natal para, no

⁴⁶ Peregrinação é a busca, de maternidade em maternidade, por uma vaga na internação obstétrica pela mulher em trabalho de parto. Quando a rede de assistência básica, onde a mulher faz o pré-natal, não tem uma maternidade de referência para encaminhamento da gestante, perversamente a busca pela vaga se torna um problema da mulher, e não do sistema de saúde (MAIA, 2010).

mínimo, 30% das gestantes cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo ano (BRASIL, 2002a).

Segundo a cartilha, a primeira avaliação acontece dezoito meses após o cadastramento da primeira gestante do município, em função da conclusão do ciclo das gestantes inscritas no primeiro ano de adesão ao programa (BRASIL, 2002a).

Os requisitos para avaliação e monitoramento nos levam a questionar: como o PHPN pode mensurar se o atendimento foi realmente humanizado? Como vimos, a concepção de humanização no programa está direcionada tanto para as questões técnicas e científicas quanto para uma perspectiva de cidadania, de acolhimento da mulher, do bebê e da família.

Se o ato de humanizar do PHPN for, na prática, cumprir com requisitos técnicos para reduzir os agravos gestacionais e neonatais, avaliar se as mulheres realizaram o pré-natal como preconizado no programa é possível, pois o SISPRENATAL pode indicar, quantitativamente, se houve ou não um atendimento humanizado nesses termos. Mas como seria possível mensurar os aspectos subjetivos dessa humanização? Os dados técnicos podem ser avaliados em âmbito nacional, de forma estatística, numérica, mas conduzem a uma avaliação generalizada.

Além disso, como já dissemos, se o programa intenta avaliar as questões puramente técnicas, que devem ser, obrigatoriamente, ofertadas pelo SUS, lhe cabe o título de “Programa de Humanização”, ou seria mais adequado classificá-lo como um programa de diretrizes técnicas para a assistência ao pré-natal e ao nascimento?

Estas reflexões são importantes, pois o termo humanização nomeia o programa e causa impacto à primeira vista. Avaliar se houve atendimento humanizado, no que concerne à relação entre profissional e usuária é mais complexo e requer examinar aspectos qualitativos, no contexto da assistência, com atenção especial às opiniões das gestantes, dos gestores e dos profissionais de saúde.

Como vimos até aqui, o Programa de Humanização o Pré-Natal e Nascimento surgiu como resposta aos problemas relativos à atenção obstétrica, diante de altos índices de morbimortalidade materna, peri e neonatal, deficiências no acesso ao pré-natal e falta de acolhimento na assistência dada às gestantes, ou seja, a situação-problema que levou à sua formulação diz respeito a problemas de ordens práticas, mas também sociais, culturais.

Nesta direção, o PHPN incorpora três componentes que estipulam, por meio de normas técnicas, os critérios de elegibilidade para inclusão e procedimentos para obtenção de recursos, a saber: Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal; Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; e Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto. Na subseção seguinte, tratamos de cada um, e ainda da gestão e financiamento do programa.

4.3 Componentes, gestão e financiamento

Como já apresentamos, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento propõe a adoção de medidas para reduzir índices de morbimortalidade materna e neonatal, com aumento da cobertura à assistência ao pré-natal e nascimento. Dessa forma, sua execução é feita de maneira articulada entre o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal. Para tanto, sua estrutura possui três componentes:

Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal - objetiva estimular estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal adequado e o cadastramento das gestantes, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, instituindo, para tanto, incentivos financeiros.

Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal – objetiva o desenvolvimento de condições técnicas e operacionais para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares; e ainda financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do Sistema Único de Saúde. Estes hospitais devem prestar assistência obstétrica e neonatal, resultando no incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada.

Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto – objetiva a melhoria do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. Para esse fim eleva o valor e a forma de remuneração dos procedimentos da tabela relativos ao parto, além do adicional sobre estes valores para os hospitais que prestarem assistência às gestantes do Programa e para as quais tenha sido cumprido o acompanhamento pré-natal completo (BRASIL, 2002a, p. 07-09).

Quanto ao Componente I, este foi instituído pela Portaria GM/MS nº 570/2000, para estabelecer mecanismos para viabilização da melhoria de acesso, a ampliação da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e a realização do cadastramento das gestantes (PORTARIA GM/MS Nº 570/2000).

A portaria estabelece que os recursos necessários ao desenvolvimento do Componente I devem correr à conta das dotações orçamentárias designadas ao Sistema Único de Saúde e são adicionais aos já destinados à assistência obstétrica. Além disso, esse componente dependeria de adesão dos municípios antecipadamente habilitados na forma da NOB/96, caso contrário, poderia ser executado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde (PORTARIA GM/MS Nº 570/2000).

As condições e requisitos para a adesão ao Componente I estão elencadas no Art. 4º:

- a - dispor de sistema de assistência pré-natal, ao parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência⁴⁷ para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar;
- b - dispor de rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério;
- c - dispor de laboratórios vinculados à sua rede para realização dos exames básicos ou garantir acesso;
- d - dispor de Unidade (s) de Referência para o Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à Gestante de Alto Risco ou garantir acesso;
- e - estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto;
- f - estabelecer mecanismos de cadastramento no pré-natal das gestantes até o 4º mês da gestação [...] (PORTARIA GM/MS Nº 570/2000, p. 01).

Além desses critérios, o município também deve garantir a realização dos procedimentos estabelecidos nos Princípios Gerais e Condições para o Acompanhamento Pré-Natal, contidos no Anexo I da Portaria GM/MS nº 569/GM.

O processo de adesão ao PHPN estava condicionado ao preenchimento de um Termo de Adesão, instituído pela Portaria GM/MS nº 9, de 05/07/2000, republicada em 01/09/2000, “com as informações pertinentes ao sistema municipal de atendimento à gestante e à sua aprovação, após avaliação técnica, pela Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS” (BRASIL, 2002a, p. 11).

O Termo de Adesão exigia que os municípios possuíssem experiência no planejamento e diagnóstico dos recursos necessários e conhecimento pleno das capacidades para prestação da assistência requerida. Além disso, era necessário dispor de recursos e serviços que não eram a realidade de muitos locais, como Unidades de Tratamento Intensivo Adulto e Neonatal, que, além de equipamentos e recursos técnicos, necessitam de recursos humanos qualificados, tanto para o trabalho assistencial quanto gerencial.

⁴⁷ Conjunto das unidades hospitalares identificadas para realização de atendimento de maior complexidade.

Em 2005, pelo reconhecimento de que muitos municípios não se enquadravam nessas condições, a exigência de processo de adesão ao PHPN foi revogada (BRASIL, 2005b).

Uma potencialidade do programa diz respeito à criação do SISPRENATAL, feita especialmente para o PHPN, o que foi um passo essencial para registro e acompanhamento da assistência obstétrica. O sistema foi elaborado para possibilitar informações detalhadas referentes às consultas e exames realizados, monitorar o pagamento de incentivos financeiros e gerar relatórios e indicadores para incremento na gestão dos serviços em níveis municipal, estadual e federal.

Uma forma que o PHPN encontrou de obrigar as unidades a fazer o preenchimento do sistema foi por meio do pagamento de recursos financeiros, que estão condicionados à apresentação dos dados no SISPRENATAL até o dia 15 de cada mês pelas Secretarias Municipais de Saúde, com a evolução dos atendimentos à Secretaria Estadual de Saúde (SES) para transmissão ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), onde ficam registradas todas as informações referentes à saúde no Brasil.

É necessário o cumprimento dos requisitos exigidos pela portaria, que consistem no cadastro das gestantes na primeira consulta pré-natal, por meio da Ficha de Acompanhamento à Gestante, fornecido pelo sistema. Cada município recebe uma série numérica, definida pelo Ministério da Saúde, para sua identificação. A não alimentação do SISPRENATAL implica na impossibilidade do faturamento do incentivo (PORTARIA GM/MS Nº 570/2000; BRASIL, 2002a).

Podemos afirmar que se trata de um sistema com potencial para instrumentalizar o gerenciamento do programa. No entanto, baseia-se em uma abordagem quantitativa, o que, possivelmente, compromete a integralidade do atendimento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério, especialmente quanto aos critérios subjetivos.

Além disso, o sistema depende de uma alimentação constante e cuidadosa de dados e informações pela equipe assistencial, caso contrário, os indicadores e coeficientes não corresponderão à realidade. Isso demanda, além de capacitação da equipe, uma atenção especial na supervisão dessa alimentação do SISPRENATAL por parte dos coordenadores municipais, para garantir que está sendo feita efetivamente, evitar erros de digitação e omissão de dados.

Por outro lado, é importante observarmos que essas medidas, como já citamos, também se relacionam às prerrogativas do capitalismo em sua fase neoliberal, a exemplo da exigência de produtividade, o que promove uma valorização dos indicadores, em desfavor do processo que levou aos resultados. Nesse decurso, alguns fatores subjetivos podem sofrer prejuízos, como a própria humanização, à medida que elementos como competitividade e eficiência são avultados.

Conforme a Portaria GM/MS nº 570/2000, na ficha de acompanhamento é obrigatório o preenchimento dos 1) dados de cadastramento, com informações da gestante e do município; e dos 2) dados da assistência pré-natal, com informações das consultas, da unidade onde foram realizadas, CRM⁴⁸/COREN⁴⁹ dos profissionais, identificação do laboratório onde foram feitos exames, os resultados dos exames, informação sobre as vacinas tomadas, dados da unidade de referência para assistência ao parto, assinatura e carimbo do responsável (médico ou enfermeiro obstetra).

Os retornos da gestante para novas consultas e exames deverão ser registrados na Ficha de Acompanhamento Diário das Gestantes e, em seguida, digitadas no SISPRENATAL, para que as informações sejam compartilhadas e o faturamento do incentivo, efetuado (BRASIL, 2002a).

Cabe destacar que todas as informações são lançadas em um Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), gerado pelo SISPRENATAL e passam a integrar a tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde do SUS (SIA-SUS).

A Portaria GM/MS nº 570/2000 também determina que o registro final da assistência deve ser feito após a realização do parto e da consulta puerperal. Esse processo consiste na Conclusão da Assistência Pré-Natal, designada quando ocorrem todas as consultas pré-natal determinadas, todos os exames obrigatórios e os de seguimento, quando forem necessários, além da realização do parto e da consulta puerperal. O BPA possibilita o faturamento dos incentivos financeiros: R\$ 10,00 por gestante cadastrada, R\$ 40,00 por parto e R\$ 40,00 por gestante com pré-natal concluído, segundo os critérios exigidos (BRASIL, 2002a).

A portaria estabelece também que a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) adote as medidas necessárias ao fiel cumprimento das normativas e que as

⁴⁸ Conselho Regional de Medicina.

⁴⁹ Conselho Regional de Enfermagem.

Secretarias Municipais de Saúde informem às Secretarias Estaduais de Saúde a relação de Unidades Hospitalares integradas ao Componente I, para homologação.

Quanto ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, este foi instituído pela Portaria GM/MS nº 571/2000 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 356/2000. O Componente II possuía dois elementos constituintes:

a - criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e
b - financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos (PORTARIA GM/MS 569/2000, p. 02).

Dessa forma, o objetivo desse componente foi adotar medidas para a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal, para viabilizar:

- a estruturação de Centrais Estaduais e Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal;
- a implantação de sistemas de atendimento móvel às gestantes, nas modalidades pré e inter-hospitalares e a capacitação de recursos humanos para operação destes dispositivos;
- a compra de equipamentos para Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e de unidades do Sistema de Referência Hospitalar para Gestação de Alto Risco;
- possibilitar o incremento técnico, operacional e de equipamentos nos hospitais públicos e filantrópicos que realizam assistência obstétrica e neonatal, que sejam integrantes do SUS (PORTARIA GM/MS nº 571/2000).

Foi determinado que os recursos para o financiamento da implantação das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e suas respectivas Centrais Regionais seriam repassados, via convênio específico, às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, que cumprissem os requisitos estabelecidos e assumissem o compromisso de implantar plenamente o componente proposto (PORTARIA GM/MS nº 571/2000).

Para habilitação nesse componente, as Secretarias Estaduais de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde e os hospitais deveriam elaborar um projeto de investimentos específico, plano de trabalho e cronograma de execução, a serem encaminhados à SAS. Após a análise e aprovação, seriam enviados à Secretaria Executiva do MS para celebração dos convênios (BRASIL, 2002a).

Nessa direção, os recursos para o financiamento da implantação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e seus sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, seriam repassados, mediante convênio, às Secretarias Municipais de Saúde, sob as mesmas condições de cumprimento dos requisitos. Caso o município não se encontrasse na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal⁵⁰, os recursos seriam repassados à respectiva Secretaria Estadual de Saúde (PORTARIA MS/GM nº 571/2000).

Quanto aos recursos destinados à aquisição de equipamentos para o aparelhamento de UTIs Neonatais e para hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco, seriam alocados para o REFORSUS, que providenciaria esta aquisição na forma de conjuntos já estabelecidos e com destinação às unidades hospitalares já pactuadas com os gestores estaduais do SUS (PORTARIA MS/GM nº 571/2000).

Sobre os recursos para o financiamento do incremento técnico, operacional e de equipamentos para os hospitais filantrópicos, seriam eles repassados aos próprios hospitais, mediante convênio específico. Quanto aos hospitais públicos, conforme o caso, os recursos seriam repassados às respectivas Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal (PORTARIA MS/GM nº 571/2000).

Conforme a Portaria GM/MS nº 356/2000, esses recursos foram calculados levando em consideração a população total; o quantitativo de partos realizados por ano; e o quantitativo de unidades assistenciais obstétricas cadastradas no SUS.

No entanto, no ano de 2005, por meio da Portaria nº 1.067, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências, alguns ajustes no PHPN foram estabelecidos, como já mencionamos. Entre eles, foi extinto

⁵⁰ Gestão Plena do Sistema Municipal refere-se a quando um município tem autonomia para gerir os recursos a serem aplicados em todos os níveis de atenção à saúde. Os recursos para custeio dessas ações são depositados diretamente no Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2002).

o Componente II, devendo o financiamento se dar por responsabilidade tripartite, com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos recursos, segundo a pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS.

Além disso, ficou estabelecido que seriam feitos os repasses de incentivos do PHPN para 100% dos municípios que informassem a realização dos procedimentos pelo SISPRENATAL e este sistema seria disponibilizado para todas as localidades. Essas medidas colaborariam para melhoria nos indicadores da assistência obstétrica. Além disso, o número de cadastro de gestantes no PHPN (série numérica) seria substituído pelo número do Cadastro de Usuário do SUS (BRASIL, 2005b).

No que diz respeito ao Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 572, de 01/06/2000, para estabelecer alterações na sistemática de pagamento da assistência ao parto, possibilitando a melhoria da qualidade assistencial. Além disso, por meio da Portaria Conjunta SAS/SE nº 27, de 03/10/2000, ficou determinada a destinação de recursos por estado, com alocação a ser negociada na Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

O Componente III aumenta o valor da tabela de procedimentos do SIH/SUS e a forma de remuneração dos procedimentos concernentes ao parto, além do adicional sobre estes valores para os hospitais que prestarem assistência às gestantes cadastradas no PHPN e que tenham cumprido o acompanhamento pré-natal completo (PORTARIA GM/MS nº 572/2000).

O impacto financeiro resultante da alteração dos valores dos procedimentos instituídos passava a ser financiado com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), que se encarrega dos pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em usuários com referência interestadual. Nesse sentido, a Portaria Conjunta SAS/SE nº 27/2000 fixa os limites para esse financiamento.

Por meio do Componente III ficou estabelecido que as unidades prestadoras de serviços do SUS deveriam integrar-se ao sistema de saúde local para possibilitar a organização e regulação assistencial, ampliação do acesso e da qualidade do atendimento; e para viabilizar a atenção ao pré-natal, parto, puerpério

e assistência ao recém-nascido “de forma mais humanizada”, como preconiza o PHPN (PORTARIA GM/MS nº 572/2000).

Dessa forma, os Centros de Parto Normal, as Casas de Parto e os hospitais e maternidades integrantes do SUS deveriam estar vinculados às Unidades Básicas e de Saúde da Família de sua área de abrangência (BRASIL, 2002a).

A Portaria nº 572/2000 foi outra medida que também alterou os valores e a sistemática de pagamento de procedimentos relativos a partos normais e cesarianas, com remuneração por serviços hospitalares (SH) e por serviços profissionais (SP), de acordo com o lançamento das informações no SISPRENATAL, nos termos do Componente I do PHPN.

Nessa direção, são levadas em consideração uma série de questões técnicas, como: parto normal com e sem manobras, cesarianas com e sem laqueadura, se a gestação era ou não de alto risco, se houve uso de anestesia, atendimento ao recém-nascido na sala de parto ou se o parto foi realizado em Hospital Amigo da Criança⁵¹.

Além disso, o Componente III estabelece que a Secretaria de Assistência à Saúde priorize o envio de cartas às usuárias, com questionário de avaliação das condições e da qualidade do atendimento prestado. Determina ainda que o não acompanhamento dos relatórios oriundos desses questionários pelo gestor poderá acarretar suspensão dos pagamentos de incentivos previstos na Portaria GM/MS nº 569/2000, que institui o PHPN (PORTARIA GM/MS nº 572/2000).

A esse respeito, o programa não estabelece um modelo de questionário, não especifica como e em qual prazo deverá ser enviada a carta e nem dá outras indicações, o que é discrepante, diante das demais medidas técnicas orientadas. Desse modo, não seria mais estratégico que a mulher pudesse realizar as avaliações de qualidade a cada consulta de pré-natal e avaliar o serviço recebido no parto no momento da alta hospitalar e na consulta de puerpério?

Em termos de gestão, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento aponta responsabilidades para os três níveis de governo, sob sistema

⁵¹ O Programa “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC) é uma estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) adotada no Brasil em 1992 pelo Ministério da Saúde. A IHAC objetiva o aumento da prevalência do aleitamento materno através da revisão de políticas e rotinas nos Serviços de Saúde Materno-Infantis, para promover melhor interação entre mãe-filho e promover mudanças culturais sobre o uso de chupetas, mamadeiras e leites industrializados (FIGUEREDO; MATTAR, ABRÃO, 2012).

de regionalização e hierarquização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). As atribuições para o gestor federal, o gestor estadual e o gestor municipal, estão definidas da seguinte forma (BRASIL, 2002a):

- Gestor Federal: fazer articulação com Estados, Municípios e Distrito Federal para implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, de avaliação e de acompanhamento do processo; assessorar os estados, os municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos Sistemas Móveis de Atendimento; estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa e alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes; fornecer série numérica, por estado e por município, para identificação das gestantes;
- Gestor Estadual: elaborar, com as respectivas secretarias municipais de saúde, os Planos Regionais, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem todos os níveis de atenção; estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; assessorar os municípios na estruturação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do PHPN; monitorizar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual; manter atualizados os bancos de dados;
- Gestor Municipal: participar da elaboração dos Planos Regionais em conjunto com a Secretaria Estadual; estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal; estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar; garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastramento e acompanhamento de suas gestantes; garantir o acesso a realização

dos exames laboratoriais de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional; estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, de acordo com a programação regional; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do Programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal; manter atualizados os bancos de dados.

Como percebemos, as atribuições dos gestores em cada nível de governo apresentam-se conforme os critérios técnicos do PHPN, relacionados à elaboração dos Planos Regionais, à estruturação da rede assistencial e monitoramento do desempenho do programa, com registro no SISPRENATAL como pré-requisito para o recebimento dos recursos.

Esse modelo de gestão visa garantir a descentralização, por meio da distribuição de responsabilidades entre as esferas de governo. Através da organização dos serviços por níveis de complexidade, o PHPN reforça as diretrizes do SUS, de regionalização e a hierarquização no SUS, segundo a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90.

O processo de regionalização e hierarquização no SUS requer uma integração das atividades governamentais, tanto na atenção à saúde, quanto no campo econômico e das políticas públicas para atenuar as desigualdades regionais durante o processo de formulação e implementação de políticas e programas.

É requerida uma gestão coordenada entre as esferas de governo, com nível elevado de articulação e cooperação, para assegurar a qualidade da cobertura e do acesso aos serviços. Para tanto, é necessário ter condições técnicas, meios para referência e contrarreferência e uma rede de atenção básica estruturada, o que exige equipe qualificada e um financiamento condizente com a proposta.

Além disso, devemos considerar a formação e as competências técnicas dos gestores para assumirem tais funções, pois, como já tratamos, muitos ocupam esses cargos como resultado de débitos de campanhas eleitorais dos governadores e prefeitos. Há de se ponderar ainda as condições dos municípios, como disposto nas LOS/1990, se estes possuem os requisitos básicos, as condições estruturais e

os recursos necessários para possíveis complementações financeiras, previstas e indispensáveis, ao desenvolvimento do PHPN.

No que diz respeito ao financiamento, o PHPN apresentou inicialmente, nas projeções das metas financeiras, recursos alocados no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes do programa, para o quadriênio 2000/2003, com a seguinte composição orçamentária (BRASIL, 2002a):

- R\$ 123.000.000,00 para o Componente I;
- R\$ 134.038.000,00 para o Componente II (deste, R\$ 34.038.000,00 eram oriundos de empréstimos do BID, do BM e do REFORSUS para aquisição de equipamentos hospitalares); e
- 310.000.000,00 para o Componente III.

Conforme Brasil (2002a), essas metas financeiras foram determinadas com base nos valores especificados na Portaria GM/MS nº 569/2000 após correção e que foram considerados o número de partos realizados pelo SUS no ano de 1999, com uma projeção de crescimento anual de 1% e cobertura média da população-alvo de 80% em 2001, de 90% em 2002 e de 100% em 2003.

Cabe ressaltar que o financiamento em saúde advindo do Banco Mundial e do BID para países em desenvolvimento, especialmente os da América Latina, é uma expressão da ideologia neoliberal, identificada fortemente no governo FHC, no qual o PHPN foi formulado. Nesse contexto, há um fortalecimento da mercantilização da saúde, ainda que sob uma aparência de desenvolvimento. Vale lembrar que o próprio projeto REFORSUS já havia sido financiado pelo BM e pelo BID.

O PHPN e os recursos utilizados para a aquisição de equipamentos hospitalares encontram-se dentro da lógica mercantil. Além disso, não são apresentados critérios para que os recursos sejam distribuídos segundo as necessidades regionais do país, em uma perspectiva social, que considere a heterogeneidade dos estados e municípios quanto à oferta de serviços de saúde e quanto aos DSS de cada região. Vale destacar que os percentuais de investimentos no SUS diminuíram nas últimas décadas, como já apresentamos na segunda seção.

Outro ponto relevante é que o Componente II foi extinto em 2005 e o processo de financiamento passou a se dar fundamentalmente na gestão tripartite. Convém notar também que o Componente III utilizou fundos do Projeto REFORSUS,

finalizado no ano de 2009, para a compra de equipamentos hospitalares e o programa não estabelece critérios para futuras aquisições, sem recursos do REFORSUS.

Importante atentarmos também para o fato de que os três componentes do PHPN são técnicos e dizem respeito aos incentivos financeiros. Quando analisamos o conteúdo dos três, do ponto de vista da humanização, notamos que apenas um dos dois “aspectos fundamentais” elencados nos documentos oficiais é posto em evidência nos componentes, em termos estratégicos: aquele que diz respeito à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos, com vistas a evitar práticas intervencionistas.

Poderíamos considerar que o primeiro aspecto, relativo à humanização como dever das unidades de saúde receberem a mulher com dignidade é contemplado se levarmos em conta que nenhuma mulher pode ter atendimento negado. Entretanto, o atendimento obrigatório é direito universal no SUS, desde sua criação. Além disso, o fato de ter sido atendida, significa que o atendimento foi realizado, tanto pelos profissionais, quanto pela estrutura organizacional da instituição de saúde, de maneira acolhedora?

Sem dúvidas, a adoção de rotinas, procedimentos e técnicas que assegurem a qualidade da assistência obstétrica, desde o pré-natal até o puerpério é essencial, pois a infraestrutura da rede de serviços é uma condição importante para a aplicabilidade da legislação (SILVA; SIQUEIRA, 2020). Equipar hospitais, bem como exigir um número determinado de consultas, tipos de exames, vacinas, além da consulta puerperal, é assegurar que a mulher cumpra com os critérios básicos, segundo os padrões internacionais.

Quanto aos objetivos do PHPN, a princípio parecem coerentes dentro do que o programa se dispõe a realizar, mas possuem algumas impertinências. Em primeiro lugar, os objetivos não consideram questões de humanização fora do âmbito técnico. Se a proposta, além da melhoria no acesso aos serviços e redução de morbimortalidades, é resolver o problema da tecnocracia, é necessário também propor resoluções que colaborem para o protagonismo e autonomia das mulheres.

Nesse sentido, o programa não consegue fortalecer as gestantes e empoderá-las no processo de gestação e parto, o que seria um fator relevante dentro da proposta de humanização. Isso se agrava quando analisamos que o

PHPN foi discutido e formulado dentro dos parâmetros da garantia de direitos de cidadania para as mulheres.

Além disso, os objetivos desconsideram problemas regionais de acesso e cobertura à assistência obstétrica. Isso é evidenciado ainda nos componentes, pois os recursos financeiros não são distribuídos conforme essas disparidades. Convém atentar ainda que diversos municípios em regiões mais pobres possuem apenas unidades básicas de saúde sem uma rede de internet de qualidade, o que, certamente, é um problema para preenchimento de dados no SISPRENATAL.

Cabe notar também que é possível que a mulher realize todas as consultas pré-natal e todos os exames necessários, tenha um parto sem complicações, seja ele por via vaginal ou por cesariana, compareça à consulta puerperal e ainda assim não tenha recebido uma assistência humanizada.

Isso pode ocorrer caso a mulher seja submetida a um atendimento que lhe negue informações e escolhas, ou caso a equipe médica realize procedimentos sem respaldo científico e sem a autorização da mulher, ou mesmo em casos de violência verbal na hora do parto. Nesse sentido, os indicadores apontarão para melhorias na qualidade e na cobertura do pré-natal e nascimento a partir de indicadores quantitativos, mas ocultarão a desumanização pela qual a mulher passou.

Ademais, se o profissional que recebeu a mulher sem critérios de humanização for a mesma pessoa que preenche as informações no SISPRENATAL, dificilmente haverá dados oficiais registrados que atestem a desumanização sofrida.

Outro problema refere-se à luta da mulher por seus direitos, caso sinta-se violada e desrespeitada. Esta é não é uma tarefa simples, dadas as questões jurídicas, financeiras, além da delicadeza do momento do puerpério, quando o bebê passa a ser o centro das atenções e a mulher está mais sensível.

Dito isto, o programa sequer faz menção à violência obstétrica, que é uma forma de violação dos direitos humanos. A formulação do programa falha em não considerar este problema, não o explicar, não o conceituar e não apresentar um componente específico ou linha de ação que busque reduzi-lo. Isso se expressa nos índices de violência obstétrica que se seguiram no país mesmo duas décadas após a implementação do PHPN.

Outrossim, inserir pesquisa de satisfação com as mulheres e familiares mais próximos que acompanham a gestação e o puerpério também tem seu grau de

complexidade, visto que estes não são fatores fáceis de incluir em um sistema de informação. Para tanto, o envio de uma carta, decorrido um período após o parto, como determinado no Componente III, não parece ser a melhor opção. Consideramos ainda a realidade de muitas mulheres usuárias do serviço público de saúde, que nem sempre estão informadas a respeito de seus direitos.

Para que se possa ter uma transformação da realidade da assistência obstétrica é preciso que não somente os critérios técnicos sejam atendidos, mas toda a estrutura de saúde, com suas devidas nuances sociais, políticas e culturais seja ponderada.

Dito isto, salientamos que a busca por humanização perpassa por investimentos em estrutura, pessoal e insumos, bem como pela reflexão e enfrentamento das relações de poder estabelecidas na relação profissional-usuária. Isso requer mudança drástica de paradigmas, transformação na estrutura do sistema de saúde, especialmente diante de um assunto permeado por questões culturais, sociais e afetivas.

Destarte, depreendemos que o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento possui méritos ao ter sido inovador por meio de propostas para reduzir a morbimortalidade materna, peri e neonatal, que é um problema grave. Essa, sem dúvidas, é uma potencialidade do programa, especialmente pelo contexto da época em que foi formulado, com índices altíssimos dessas morbimortalidades no Brasil, além das taxas de cesarianas bem mais altas do que o recomendado pela OMS.

O programa propõe, acertadamente, estratégias em toda a cadeia assistencial, institui meios para financiamento e elabora um sistema de informações específico para monitoramento das ações planejadas, dentro das três esferas de gestão, com o propósito de descentralização.

Porém, um problema identificado é que a estratégia do programa não atinge estruturas consolidadas na área da assistência em saúde obstétrica. As resoluções não podem estar apenas nas mãos dos trabalhadores ou em uma iniciativa das mulheres sem um esforço governamental para transformações de paradigmas, que toquem nas questões gerenciais, culturais, sociais, econômicas e políticas, e ainda sem considerar os interesses do mercado na saúde, como atenta Krüger (2014).

Nesse sentido:

Há limites na capacidade do sistema de saúde solucionar os principais problemas de saúde da população. Limites esses dados pela intrincada relação entre o biológico e o social, que traça os perfis de morbimortalidade apresentados pelos diferentes segmentos populacionais. O que significa que o setor da saúde é levado, necessariamente, a responder e enfrentar questões que em sua grande maioria tem como origem fatores externos a ele. E se de um lado não há como negar, contrariamente à concepção estritamente biológica do saber médico predominante, que as manifestações mórbidas têm profundas raízes no contexto social [...] de outro reforça a busca de integração dos diferentes setores das políticas públicas na formulação e implementação dos diferentes programas (COHN, ELIAS, 2005, p. 49).

Por não tocar nessas questões estruturais, os resultados do PHPN, apesar de positivos no âmbito da redução das mortalidades, não apontam para melhorias significativas nos índices de cesarianas e violência obstétrica, vide que o Brasil continua como um dos países com maior taxa de partos cirúrgicos e realiza partos normais com grande quantidade de intervenções. Soma-se a isso o fato de que a peregrinação de mulheres em trabalho de parto ainda é algo costumeiro, como apontam os estudos de Maia (2010), Lansky et al. (2014), Diniz et al. (2014) e Silva e Siqueira (2020).

Outra dificuldade em termos de alcance dos objetivos do PHPN corresponde ao âmbito da qualidade da atenção prestada no Sistema Único de Saúde. Alguns trabalhos apontam que tais dificuldades persistem (SILVA; SECATTI; SERRUYA, 2005; TREVISAN, 2002; GONÇALVES *et al.* 2009).

Nesses termos, é necessário combater as disparidades existentes entre as práticas de atenção ao pré-natal e ao nascimento e as políticas públicas, a legislação e as recomendações definidas por evidências científicas (SILVA; SIQUEIRA, 2020).

Cabe atentar que a humanização no PHPN aparece como garantia de direitos de cidadania, de acesso, de universalidade, integralidade e preservação da autonomia das usuárias dos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Enfatizamos que todos esses elementos já constam na Lei nº 8.080/90, em seu Artigo 7º:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017) (BRASIL, 1990a).

Com base nesses princípios, a proposta de humanização contida no PHPN é um reforço do que já está preconizado na Lei Orgânica de Saúde, com destaque para questões que passaram a permear intensamente a discussão do parto, como práticas médicas baseadas em evidências científicas e protagonismo da mulher nessa fase da vida.

A problemática no parto não se dá por falta de leis e diretrizes, mas por conta de uma lógica permeada por questões políticas e econômicas, na qual a mercantilização da saúde impacta negativamente na gestão e consolidação do SUS, nas relações que se estabelecem nesse meio e ainda na aplicação das políticas públicas.

Além do mais, em se tratando das políticas sociais, o Estado passa a coordenar ações e não mais executá-las, direcionando-as para a população mais carente, com o intuito de ofertar somente o mínimo em termos de direitos essenciais, como saúde e educação, por meio de ações privatizantes e descentralizadas (DRAIBE, 1993).

Como apresentamos nas seções anteriores, no que tange à saúde, o SUS foi bastante impactado e, logo após sua regulamentação em 1990 pelas Leis

Orgânicas da Saúde (LOS), marcado por terceirizações, privatizações e reorganização dos serviços públicos. Nesse contexto, para Bravo (2006, p. 14):

A proposta de Política de Saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída com o avanço neoliberal. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Nessa conjuntura, se intensificam as divergências entre o projeto de Reforma Sanitária e o projeto de saúde, articulado com as exigências do mercado. Em contrapartida, os serviços públicos precarizados passam a ser utilizados principalmente por aqueles que não possuem condições de pagar por um plano privado, ou seja, pessoas em situação de vulnerabilidade social. O Estado é, cada vez mais, desresponsabilizado das suas funções vitais, em divergência ao caráter universal da saúde (BRAVO, 2006).

Um fator importante que não podemos desconsiderar é que esse panorama tem sido relacionado ao processo de privatização da gestão no SUS, consolidando o gerenciamento mercantil da saúde, o que se reflete na gestão dos serviços públicos e na organização dos processos de trabalho nesse meio, uma vez que o neoliberalismo se reconfigura na conjuntura de crise do modo de acumulação capitalista, impondo novas dinâmicas ao mundo do trabalho, inclusive no campo da saúde, como abordamos em seção anterior (PRATA; PROGIANTI; PEREIRA, 2012; PRATA; PROGIANTI, DAVID, 2014).

No que concerne à mobilização popular e ao controle social, como está determinado na LOS nº 8.142, diante desta etapa do capitalismo, lamamoto (2011) aponta que o desafio perpassa pelo exercício crítico de entender a forma que o capital articula o processo de construção da realidade econômico-política e as diferentes lógicas e relações que foram produzidas no passado, incorporando essa compreensão nas determinações do tempo presente. Essa compreensão é fundamental para que a dinâmica na assistência ao pré-natal, parto e puerpério seja, de fato, realizada com qualidade, garantia de direitos e humanização.

5 CONCLUSÃO

Esta pesquisa consistiu em uma avaliação política do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com base nos pressupostos políticos e socioculturais que fundamentam este programa, com ênfase na análise de sua engenharia, na gestão do SUS e como ele vem se situando no contexto da política de saúde no Brasil no período de 2000 a 2017.

O propósito foi o de analisar a coerência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e as possibilidades (a natureza) das ações propostas para fomentar as mudanças preconizadas na atenção às gestantes numa conjuntura sob a égide neoliberal e rebatimentos nas políticas de saúde.

Constatamos que a assistência ao parto no Brasil foi estruturada em um modelo tecnocrático, hospitalocêntrico, com clara diferença entre as esferas pública, onde há partos normais com excesso de intervenções; e privada, na qual existe excesso de cesarianas agendadas. Essa diferença acentua as desigualdades sociais e, em ambos os casos, as relações entre profissionais e gestantes se pautam em medidas intervencionistas e medicamentosas.

Trata-se de uma expropriação da saúde, manifesta na medicina institucionalizada, medicamentosa, hospitalocêntrica, na qual se acentua a perda de autonomia das mulheres em fase gravídico-puerperal e que favorece a desumanização.

Nesse contexto, consideramos a lógica na formação dos profissionais de saúde e seu processo de trabalho, além dos aspectos socioculturais que permeiam o imaginário popular quanto à gestação e ao nascimento. Depreendemos que o parto tecnológico e cirúrgico é visto como um “padrão-ouro”, associado à modernidade e a uma relação de consumo de bens de saúde, ao passo que o parto normal é assimilado como algo primitivo, próprio das camadas mais pobres da população.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi formulado no seio dessa problemática, que evidenciava altos índices de morbimortalidade materna peri e neonatal no país, como uma medida para garantir melhorias no acesso, cobertura e qualidade da assistência obstétrica, com base nos preceitos de humanização e garantia dos direitos de cidadania. Propõe uma atenção especial ao

pré-natal como forma de diminuir agravos no decorrer da gravidez e no momento do parto.

Por ter sido formulado no governo de Fernando Henrique Cardoso, quando o Brasil foi escancarado ao neoliberalismo por meio de políticas de privatizações e seus efeitos devastadores na saúde, um ponto de estrangulamento do programa diz respeito à melhoria do acesso e da cobertura, que depende de medidas que valorizem a proposta inicial do SUS, de uma saúde integral, universal, equitativa, o que não é interesse do mercado.

Convém destacar que o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez e assegurar, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável, com bem-estar materno e neonatal. Porém, uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento pré-hospitalar e hospitalar para alto risco.

Com base nessa realidade e necessidade, o programa coloca o termo “humanização do parto” como foco central de sua proposta, inclusive no seu próprio título, mas não propõe resoluções além das ações técnicas. As recomendações para a mulher se dão no âmbito da quantidade de consultas, exames e vacinas que esta deve realizar durante a gestação.

Quanto aos profissionais, as recomendações são de cumprir com esses procedimentos, receberem com dignidade a mulher e alimentar o sistema de informações, SISPRENATAL, com os dados relativos, para que indicadores quantitativos sejam gerados.

No âmbito da gestão, o programa estabelece a criação de um sistema de regulação, com incentivos financeiros para melhorias no referenciamento da assistência obstétrica e neonatal, além de se pautar na gestão descentralizada, em conformidade com o preconizado nas Leis Orgânicas de Saúde. Inegavelmente, estas são medidas positivas. A criação de um sistema para monitoramento e avaliação da assistência ao pré-natal e nascimento permite melhor acompanhamento relacionado à gravidez e parto, por meio de informações

importantes sobre doenças, exames, imunização da gestante e diagnóstico da saúde materna de forma geral.

Vale ressaltar também que, para além do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, as políticas, normas, portarias e diretrizes que se seguiram após sua implementação evidenciam uma preocupação do Estado com a humanização do parto como fator essencial para as práticas assistenciais à mulher em fase gravídico-puerperal. Nesse sentido, o PHPN foi referência, por ter sido o primeiro programa a enfatizar o modelo humanizado.

No entanto, as medidas estão direcionadas a quesitos biológicos, técnicos e quantitativos e a proposta do programa é, para além disso, haja vista que preconiza incentivar a assistência e o cuidado humanizados, reduzir práticas tecnocráticas e permitir que a mulher seja a protagonista do seu processo de gestação e parto. Por isso, as medidas focadas em critérios técnicos não dão conta de resolver o problema, tendo em vista sua complexidade.

O termo humanização, que designa o programa, parece se esvaír ao longo do delineamento das estratégias, diretrizes e componentes, como se tivesse sido posto como uma prioridade no início, dentro dos âmbitos técnico e social, mas reduzido ao cumprimento de procedimentos e indicadores quantitativos logo em seguida.

Pelo disposto nos documentos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, percebemos também que há uma preocupação com incentivo ao parto normal, à capacitação de parteiras e diminuição de práticas sem base científica. Mas, diante de um sistema de saúde rendido à tecnocracia e ao lucro, como proceder para que essas mudanças sejam uma realidade? E se a engenharia do programa está pautada em critérios técnicos, não estaria o PHPN também atrelado à tecnocracia em alguma medida?

Identificamos que os objetivos e as estratégias desenhadas apresentam incoerências, pois não desfazem o modelo tecnocrático, apesar de, discursivamente, terem essa intenção. O que observamos foi justamente o oposto, ou seja, um reforço à tecnocracia, pois a materialidade do programa está alicerçada nos protocolos a serem seguidos. Apesar de serem, inquestionavelmente, necessários, o cumprimento desses protocolos, por si só, não implica em redução de intervenções ou em humanização da assistência.

Constatamos problemas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que vão desde o enfrentamento à desumanização do parto até a forma de avaliar a sua efetividade, pois a desumanização é percebida não apenas na relação médico-usuária, mas também no próprio sistema de saúde, nas iniquidades que se apresentam em termos regionais, nos problemas de cobertura e de estrutura do sistema e nas expressões de violência obstétrica, como intervenções desnecessárias, desrespeito e peregrinação das mulheres em trabalho de parto.

O programa tenta dar protagonismo e autonomia à mulher, reconhece que há excesso de intervenções no parto, mas acaba por colocar os profissionais e sua atuação no centro do debate e das ações estratégicas. No fim das contas, o PHPN não dispõe de meios adequados para que as gestantes e puérperas avaliem a qualidade da assistência além das formalidades quantitativas de consultas e exames. Por estar alicerçado nesses requisitos técnicos, o PHPN não favorece o fortalecimento das mulheres durante todo o processo assistencial, visto que as ações, iniciativas e tomadas de decisão continuam concentradas nas mãos dos profissionais de saúde.

A questão é que assegurar o acesso universal e integral à saúde no Brasil é um grande desafio, dadas as desigualdades sociais, os contextos regionais, locais, as especificidades da população, e ainda, as condições políticas e econômicas do país. Nesse sentido, garantir o cumprimento dos preceitos de Seguridade Social, especialmente em uma época de grande influência neoliberal, com desmonte estatal, privatizações e falhas no financiamento se torna ainda mais complexo.

Dessa forma, não é possível mudar a assistência baseando-se apenas em protocolos a serem seguidos. É necessário ampliar o debate para as questões culturais, filosóficas, sociais e políticas. Nesse debate, não convém dividir a humanização entre aspectos subjetivos e técnicos, algo perceptível no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

O próprio sentido do que é humanização do parto perpassa pelo reconhecimento de que é necessário aliar diversos fatores, como medicina baseada em evidências, bom uso de tecnologias, gestão clínica, relações interpessoais, diálogo entre profissionais e gestantes, além da garantia dos direitos das mulheres, com a legitimação de suas decisões para o parto. Reiteramos que alcançar essa realidade é lutar contra um sistema que mercantilizou a saúde e reificou

trabalhadores e usuárias, o que evidencia contradições no discurso que permeia a humanização do parto e suas possibilidades de materialização.

Logo, apesar da positividade de sua formulação e implementação, mesmo em face aos limites evidenciados, o PHPN enfrenta desafios diversos e de distintas ordens para cumprir aquilo que se propõe: assegurar as condições necessárias para o enfrentamento a agravos decorrentes da gravidez e parto e garantir a humanização no pré-natal e nascimento.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AGUIAR, J. M. de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

ALEKSANDROWICZ, A. M. C.; MINAYO, M. C. De S. **Humanismo, liberdade e necessidade: compreensão dos hiatos cognitivos entre ciências da natureza e ética**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 513-526, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jun. 2020.

ALVES, G. J. **Equidade e os Projetos de Investimento em Saúde: possibilidades e limites do Projeto Reforsus**. 2009. 211 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, Pós-Graduação em Política Social. Brasília: UnB/SER, 2009.

ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **Revisão da Bibliografia**. In: ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

AMABILE, A. E. B. **Políticas Públicas**. In: CASTRO, C. L. F. De; GONTIJO, C. R. B.; AMABILE, A. E. N. (Org.). **Dicionário de Políticas Públicas**. Barbacena: EdUEMG, 2012.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia científica: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

ARRETCHE, M. T. S. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas**. In BARREIRA, M. C. R. N; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.

AYRES, J. R. C. M. **Uma concepção hermenêutica de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BANCO MUNDIAL. **A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90**. Relatório nº 12655-BR. Washington, D.C. 1995.

BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington, D.C.: [s.n.], 1991 (Série de Estudos do Banco Mundial sobre países).

BARBOSA N. B.; ELIAS, P. E. M. **Health social organizations as a way of public/private management**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010 Ago; 15(5): 2483-95.

BARBOSA, R. H. S. **Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem de gênero**. In DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

BATISTA, P. N. **O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latinoamericanos**. In: BATISTA, P. N. et al. *Em defesa do interesse nacional: desinformação e alienação do patrimônio público*. 3ª ed. São Paulo, Paz e Terra, 1995.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**: 1996. Rio de Janeiro: A Sociedade; 1997.

BENZECRY, R. **Fórcipe**. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J (Eds). **Rezende Obstetrícia**. 11a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2010.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1999.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOSCHETTI, I. **Expropriação de direitos e reprodução da força de trabalho**. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: CFESS; ABEPSS (Orgs.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília, DF: CEAD: Ed. UNB, 2009.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. **O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: quem paga a conta?** In: MOTA, et. al. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. **Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras**. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1230-1245, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401230&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jun. 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 878/2019**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 2019b. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=19187CC4CAEF3E69230E94DCEE6BC16D.proposicoesWebExterno2?codteor=1712064&filename=PL+878/2019> Acesso em 15 abr. 2020.

BRASIL. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF): 27 dez 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acessado em 03 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília, DF, 24 julho 1991.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 18 maio 1998.

BRASIL. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como organizações da sociedade civil de interesse público, institui e disciplina o termo de parceria, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 mar. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAS/SE nº 27, de 03/10/2000**. Fixa os limites por Unidade da Federação, para financiamento pelo FAEC, os adicionais relativos aos procedimentos da Portaria GM/MS nº 572/00. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 569, de 01/06/2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 570, de 01/06/2000**. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Incentivo à Assistência Pré-Natal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 571, de 01/06/2000**. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 572, de 01/06/2000**. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 9, de 05/07/2000**. Institui o Termo de Adesão do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 356, de 22/06/2000**. Estabelece os recursos financeiros, por estado e Distrito Federal, destinados à implementação do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 531, de 30 de abril de 1999**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 627, de 26 de abril de 2001**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Fundação Estatal**: metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura**: guia básico para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada a mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005**. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, 6 jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília, DF, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Materno Infantil**. In: **Anais da V Conferência Nacional de Saúde**. 1975. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/5_CNS_anais.pdf. Acesso em: 23 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho/Ofício nº 017/19 - JUR/SEC**. 2019a. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0 Acesso em 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos**

Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde: Relatório de Gestão 2000-2002**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília (DF): O Ministério; 2000.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília-DF, 2016a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 21/10/2020.

BRASIL; CEBRAP. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006** – Relatório Final. Brasília, DF: MS/CEBRAP, 2008.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências**. SER Social, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020.

BRAVO, M. I. S. **A política de saúde na década de 90: projetos em disputa**. In: Superando desafios – Caderno de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto (4) Rio de Janeiro: UERJ/HUPE, 1999.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRENES, A. C. **História da parturição no Brasil no século XIX**. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr./jun. 1991.

BRITO, G. E. G. de; MENDES, A. da C. G.; SANTOS NETO, P. M. dos. **O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, n. 64, p. 77-86, mar. 2018.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. **A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde**. Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jun. 2020.

BUCCI, M. P. D. **Direito administrativo e políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, R. O. **Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde**. Saúde Debate, v.27, n.64, p.123-30, 2003.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2011.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

CASTRO, J. A. de; CARDOSO JUNIOR, J. C. **Políticas sociais no Brasil**: gasto social do Governo Federal de 1988 a 2002. In: JACCOUD, L. (org.). **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005.

CHAGAS, E. F. **O Método Dialético de Marx**: investigação e exposição crítica do objeto. *Síntese* - Revista de Filosofia. Belo Horizonte, v. 38, nº 120, p. 55-70, 2011.

CHAUÍ, M. **Convite a filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática, 2002.

CHIZZOTTI, A. **A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**: evolução e desafios. Revista Portuguesa de Educação, Lisboa, n. 16, v. 2, p. 221-236, 2003.

CISLAGHI, J. F. **Hospitais Universitários Federais e novos modelos de gestão**: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. *Cadernos de Saúde*. Rio de Janeiro: ADUFRJ, 2011.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

CONCEIÇÃO, T. S. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde**: notas preliminares. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 024, de 16 de maio de 2019**. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de maio de 2019. 2019. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco024.pdf>> Acesso em 15 abr. 2020.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. **Humanização do cuidado de enfermagem**: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 349-354, 2009.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

COSTA, A. M. **Paism:** uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo: 1992.

COSTA, J. F. R.; PORTELA, M. C. **Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00187916>>. Acessado em 13 ago. 2020.

COSTA, R. C. R. **Dilemas da reforma da saúde no Brasil frente à globalização financeira:** implementando a descentralização do sistema público e a regulação do sistema privado de saúde. Niterói. Dissertação (Mestrado em Ciência Política). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, 2000.

COSTA, R. C. R. **Descentralização, financiamento e regulação:** a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 dez. 2020.

COTTA, R. M. M. et al. **Debates atuais em humanização e saúde:** quem somos? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 171-179, 2013.

COUTINHO, C. N. **Marxismo e política:** a dualidade de poderes e outros ensaios. Editora Cortez. São Paulo, Brasil, 1994.

COUTINHO, L. A. D. B. **Gestão do SUS e saúde do trabalhador:** necessidades presumidas e manifestas – dilemas em cena. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L., DINIZ, C. S. G., SCHRAIBER, L. B. **Violence against women in health care institutions:** an emerging problem. Lancet, 359(11), 1681-1685. 2002.

DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.** International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75: S5-S23, 2001.

DESLANDES, S. **Humanização:** revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde:** conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.33-47.

DESLANDES, S. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2004.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2020.

DIAS, M. C. L. C. **O conceito de ética para Marx e Engels**. Revista Dialectus, Ano 3, N.8, 2016.

DÍAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. **Os direitos sexuais e reprodutivos**. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. (ed.). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70.

DIB, R. E. **Medicina baseada em evidências**. 2014. In: DIB, R. E. (Org.). Guia prático de medicina baseada em evidências. 1ª ed. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

DINIZ, C. S. G. et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto**: dados da pesquisa nacional “Nascer no Brasil”. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014.

DINIZ, C. S. G et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil**: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. Journal of Human Growth and Development, 2015.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação (Mestrado em Medicina) Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Doutorado em Medicina) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

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

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de saúde reprodutiva, 1(1), 80-91. 2006.

D'OLIVEIRA, A. F. 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.

DRAIBE, S. **As políticas sociais e o neoliberalismo**: reflexões suscitadas pelas experiências Latino-Americanas. In. Revista USP, n. 17, 1993.

DRAIBE, S. **As políticas sociais na década de 90**. In: BAUMANN, R. (Org.). Brasil: uma década em transição. Cepal, Editora Campus, 2001.

FEDERICE, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução: Coletivo Sycorax. SP: Elefante, 2017.

FERREIRA NETO, J. L.; ARAUJO, J. N. G. de. **Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais**. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 675-684, Dec. 2014.

FERREIRA, F. W. **Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FERREIRA, N. S. A. **As pesquisas denominadas "Estado da Arte"**. Educação & Sociedade, Campinas, ano XXIII, n. 79, agosto/2002.

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. **Avaliação política e avaliação de política: um quadro de referência teórico**. São Paulo: IDESP, 1986.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jan. 2021.

FIORI, J. L. **O Brasil na mudança mundial: espaços em disputa**. In: Brasil em Desenvolvimento: Ciclos de Seminários IE-UFRJ/CEPAL. Rio de Janeiro, 2003.

FLEURY, S. M. (Org). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997.

FORTES P. A. C. **Ética e Saúde**. São Paulo, Ed. Pedagógica Universitária, 1998.

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

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.

FOUCAULT, M. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 5ª ed. 1981.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 28 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FRIAS, L. M. P. S. **Humanização do parto e as vivências de mulheres em uma instituição de ensino**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

FURTADO, T. T. G. **"HUMANIZASUS": Uma Avaliação Política da Política**. São Luís, 2011. 138 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2011.

GALIZA, D. D. F. de. **Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde de Fortaleza, Ceará acerca do programa de humanização do pré-natal e nascimento.** Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.

GAMA, A. S. **Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva.** In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (Org.). **Saúde e serviço social.** 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIUSTINA, F. P. D. et al. **Aplicabilidade da humanização na assistência ao parto segundo o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e Organização Mundial de Saúde (OMS).** Revista de Enfermagem da Faciplac. v. 1, n. 1, 2016.

GOHN, M. G. **Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos.** 8ª Ed. São Paulo. Ed. Loyola, 2010.

GOMIDE, A. de Á. **Agenda governamental e o processo de políticas públicas: O projeto de lei de diretrizes da política nacional de mobilidade urbana (texto para discussão no 1334).** IPEA: Brasília. 2008.

GONÇALVES, C. V. et al. **Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2507-2516, nov. 2009.

GRANEMANN, S. **Fundações Estatais: projeto de Estado do capital.** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Cadernos de Saúde: saúde na atualidade.** Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. **An instrumental seminar: humanization of the Brazilian Unified Health System (SUS) under discussion.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.493-502, 2009.

HEIDMANN, F. G.; SALM, J. F. (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise.** Brasília, UnB, 2009.

HOSSOÉ, H. S. **A política de reordenação do sistema público de TV brasileiro e o processo de implementação da TV Brasil.** 2012. 173 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012.

IAMAMOTO, M. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IPEA. **ODS 3 - Assegurar uma Vida Saudável e Promover o Bem-Estar para Todas e Todos, em Todas as Idades**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9379/1/Cadernos_ODS_Objetivo_3_A_ssegurar%20uma%20vida%20saud%c3%a1vel%20e%20promover%20o%20bem-estar.pdf> Acessado em 24 nov. 2019.

KITZINGER, S. **Rediscovering Birth**. Reino Unido: PINTER & MARTIN LTD. 2011.

KRÜGER, T. R. **SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 218-226, Dec. 2014. LABRA, E. (Org.) **Carta de Itapecirica**. In: LABRA, E. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p.297-302.

LANSKY, S. et al. **Perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, 2014.

LANSKY, S. et al. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago, 2019.

LEITÃO, J. F. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. 2010. 103 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Departamento de Bioética, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p.269-291, 2001.

MACHADO, M. H. **Os Médicos e sua Prática Profissional: as metamorfoses de uma profissão**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Universidade Candido Mendes, 1996.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MARTIN, E. **A Mulher no Corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, A. P. V. **História da maternidade no Brasil: arquivos, fontes e possibilidades**. 2007. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index2>> Acesso em: 10 ago. 2019.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. – 2. ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, K. **O capital**. 9. ed. São Paulo: Difel, 1984, 6 vols.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2014.

MAY, T. **Social research: issues, methods and process**. 4. ed. Berkshire: McGrawHill Open University Press, 2011.

MENDES, Áquilas. **O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise**. In: BRAVO, M. I. S.; ANDREAZZI, M. F. S.; MENESES, J. S. B.; LIMA, J. B.; SOUZA, R. O. S. **Cardemos de Saúde: a mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sírius, 2015, p. 11-20.

MENICUCCI, T. M. G., COSTA, L. A.; MACHADO, J. Â. **Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 1, p. 29-40. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>>. Acesso em 29 jul. 2020.

MERCADANTE, O. A. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-23, 2003.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>> Acesso em: 21 nov. 2019.

MEZOMO, J. **O que é humanização no hospital?** Circular 02/80. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde; São Paulo (SP), 1980.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **Humanismo e a Humanização** (prefácio). In DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país**. 2017. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>>. Acesso em: 18 abr 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Informes técnico-institucionais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 2, n. 1, p.

69-71, Abr. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Jan. 2018.

MIRANDA, C. M. **Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil**. NIEM / UFRGS, 2009. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feminismtas_cyntia.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MONGIOVI, V. G. et al. **Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de unidades de terapia intensiva**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MORAES, J. F.; GODOI, C. V. C.; FONSECA, M. R. C. C. **Fatores que Interferem na Assistência Humanizada ao Parto**. Saúde Rev, vol 8, nº19, pág. 13-19. Piracicaba 2006.

MORAES, L. M. V. de et al. **Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, e00151217, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001105002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 21 dez. 2020.

MOURA, D. **Saúde não se dá, conquista-se**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

MOURA, D. T. **A ética dos estoicos antigos e o estereótipo estoico na modernidade**. Cadernos Espinosanos, n. 26, p. 111-128, 15 jun. 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva. v.10, n. 3, p.651-657, 2005.

NETTO, J. P. **Marxismo impenitente: contribuição à história das ideias marxistas**. São Paulo: Cortez, 2004.

NEULLS, T. F. **Humanização em saúde frente ao processo de desumanização do trabalho: análise acerca da Política Nacional de Humanização da Saúde no âmbito do SUS**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2016.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014.

ONU BRASIL. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil.** 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acessado em: 20 Ago. 2017.

ONU. **ONU: uma grávida ou um recém-nascido morre a cada 11 segundos no mundo.** 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-uma-gravida-ou-um-recem-nascido-morre-a-cada-11-segundos-no-mundo/>. Acessado em: 24/11/2019.

OPAS BRASIL. **Folha informativa – mortalidade materna.** 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820 Acesso em 24 nov. 2019.

OPAS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília (DF): A Organização; 2002.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde:** problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.12, supl., p.1819-1829, 2007.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde:** balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 73-78, ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 jul. 2020.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva:** uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro:** história, avanços e desafios. *The Lancet 2011- Saúde no Brasil*, Londres, maio de 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Obstétrica “parirás com dor”.** Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

PASCHE, D. F. **Política Nacional de Humanização como aposta da produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** *Interface Comunicação, Educação, Saúde, Botucatu*, v. 13, p. 701-708, 2009. Suplemento 1.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde:** atividades. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 561- 571, 2005.

PASTORINI, A. **Quem mexe os fios das políticas sociais?** Avanços e limites da categoria concessão-conquista. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 18, n. 53, p. 80-101, mar. 1997.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades Humanas:** subsídios a crítica dos mínimos sociais – 6.ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, R. M. *et al.* **Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3517-3524, 2018.

PESSOA, E. **Humanização da economia:** caminho para nova ordem econômica. Campinas: Alínea, 2001.

PINHO, M. T. B. de. **Ideologia e formação humana em Marx, Lukács e Mészáros.** 2013. 196f. – Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza (CE), 2013.

PRATA, J. A., PROGIANTI, J. M., PEREIRA, A. L. F. **O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado.** *Rev. Enfermagem UERJ*. 2012 Jan-Mar

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. **A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica.** *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Out-Dez; 23(4): 1123-9.

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

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

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar:** o que pensam os tomadores de decisão a respeito? São Paulo 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Carta de Campinas**, 1993.

REIS, C. R.; PAIM, J. S. **A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016).** *Divulgação em Saúde para debate*. Rio de Janeiro, n. 58, P. 101-114, JUL, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>> Acessado em 05 jan. 2021.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. **O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960)**. Educar em Revista 2010.

REZENDE C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. In: Bravo M. I. S. (Organizadora). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Rede Sirius/Adufrj - SSind; 2008.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1998.

RIBEIRO C. R. O. **O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt**. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RIFFEL, M. J. **A ordem da humanização do parto na educação da vida**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde do Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas: 2000. 267 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RODRIGUES, D. P. **A peregrinação no período reprodutivo: violência no campo obstétrico**. *Esc Anna Nery* ; 19(4):614-620. 2015.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROUANET, S. P. **As razões do Iluminismo**. Editora Companhia das Letras, São Paulo, 1987.

SALVADOR, E. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo**. *Serviço Social & Sociedade*, n. 104, out./dez. 2010.

SANTOS, B. S. **Para uma revolução democrática da justiça**. Coimbra: Almedina, 2015.

SCHMALFUSS, J. M.; OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L. L., & PEDRO, E. N. R. **O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição**. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 9 (3), 618-623. 2010.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança**. São Paulo: Hucitec, 2008.

SCLIAR, M. Prefácio. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando Nascimentos e Partos**. São Paulo: Editora Senac, 2005.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**, Porto Alegre, L&PM Editores, 1987.

SERRUYA, S.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. **O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 4, n. 3. 2004a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 jan. 2020.

SERRUYA, S.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. **Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Vol. 26 n°.7 Rio de Janeiro, 2004b.

SILVA, A. V. R. da; SIQUEIRA, A. A. F. de. **Nascimento e cidadania: entre a norma e a política**. Saúde soc., São Paulo, v. 29, n. 1, e190875, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SILVA, I. G. **Democracia e participação na “reforma” do Estado**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, G. S. da. **Financeirização do Capital, Fundo Público e Políticas Sociais em tempos de crise**. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

SILVA, J. L. P.; CECATTI, J. G.; SERRUYA, S. J. **A qualidade do pré-natal no Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, n. 3, p.103-105, 2005.

SILVA, J. M., CALDEIRA, A. P. **Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde**. Cad Saúde Pública 2010; 26(6):1187-1193.

SILVA, K. P. **A Cidade, Uma Região, O Sistema de Saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas - SP**. Campinas: Área de Publicações CMU/UNICAMP, 1996. (Coleção Campiniana).

SILVA, M. O. da S. e. (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras, 2001.

SILVA, M. O. da S. e. (Org.). **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. São Paulo: Veras Editora; São Luís, MA: Grupo de Avaliação e Estudo da Pobreza e de Políticas Direcionadas à Pobreza (Gaep), 2013.

SILVA, V. M. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle**. Rio de Janeiro: 2012. 99 p. Dissertação

(Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2012.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar, o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

SOUZA, A. C. **A ética marxista**: aproximações conceituais, perspectivas políticas e educacionais. Filosofia e Educação, Volume 9, Número 3, Campinas, SP: 2018.

SOUZA, D. O. **A saúde na perspectiva da ‘ontologia do ser social’**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 337-354, Ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200337&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 fev. 2019.

SOUZA, D. O.; MAURICIO, J. C. **A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde**. Saúde soc. [online]. 2018, vol.27, n.2, pp.495-505. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018164811>.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública**. Texto Contexto Enfermagem, 2016.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. **A temática da humanização em saúde**: alguns apontamentos para o debate. Interface: comunicação, saúde, educação. v.12, n. 25, abril/jun, 2008.

TAVARES, F. de M. **Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 180-85, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 out. 2020.

TEIXEIRA FLEURY, S. **Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma sanitária**. In: **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. TEIXEIRA FLEURY, S. (Org.). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. de; PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS): a Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira**. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. P. 121-137.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR, 2002.

TOMAZI, Z. T. **Saúde e Estado brasileiro**. São Paulo, Global Editora, 1986.

TONET, I. **Ética e capitalismo**. In: SUSANA, J.; SOARES, R.; DO CARMO, M.; PORFÍRIO, C. (Organizadores). **Contra o pragmatismo e a favor da filosofia da práxis**: uma coletânea de estudos classistas. Fortaleza: EDUECE, 2007.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.

TORNQUIST, C. S. **Armadilhas da Nova Era**: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TREVISAN, M. R. et al. **Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 24, n.5, p. 293-299, jun., 2002.

VENTURINI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2013.

VIANA, A. L. **Enfoques metodológicos em políticas públicas**: novos referenciais para estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. Cap. 10, p. 205-15.

WHO. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. I. World Health Organization. Genebra: 2016.

WOLFF, L. R; WALDOW, V. R. **Violência consentida**: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e Soc., 17(3), 138-151. 2008.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* **Violência obstétrica no Brasil**: uma revisão narrativa. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 abr. 2020.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e atenção básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ANEXOS

ANEXO A – FOLHA DE ROSTO DA CARTILHA DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

© 2002, Ministério da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 43
Tiragem: Reimpressão – Fev / 2002 – 50 exemplares
Mar / 2002 – 100 exemplares

José Serra
Ministro de Estado da Saúde
Otávio Azevedo Mercadante
Chefe de Gabinete
Barjas Negri
Secretário Executivo
Silvandira Paiva Fernandes
Chefe de Gabinete
Sady Carnot Falcão Filho
Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde
Ailton de Lima Ribeiro
Subsecretário de Assuntos Administrativos
Arinaldo Bonfim Rosendo
Subsecretário de Planejamento e Orçamento
Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde
Cláudio Duarte da Fonseca
Secretário de Políticas de Saúde
Marcos de Oliveira Ferreira
Coordenador-Geral de Orçamento e Finanças
Anoildo Felisdório dos Santos
Coordenador-Geral de Planejamento

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva
Coordenação-Geral de Planejamento
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 3.º andar
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 315 2133

Equipe Técnica da Coordenação-Geral de Planejamento
Carlos Alberto de Matos, Fernando Ferreira Daltro (responsável pela elaboração), Joelma Medeiros Henriques, José Rivaldo Melo de França, Márcia Batista de Souza Muniz, Marcos Antônio Dantas de Lima, Marcus César Ribeiro Barreto, Vinícius Fernando Veiga

Colaboração Especial: MS/SPS/DGPE – Equipe Saúde da Mulher

Gráficos e Tabelas: Suely Oliveira Campos

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Catalogação na fonte
Editora MS

Ficha Catalográfica

| |
|--|
| <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.</p> <p>28 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 43)</p> <p>ISBN 85-334-0329-1</p> <p>1. Assistência Perinatal – SUS (BR). 2. Parto – Programa de Humanização. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria Executiva. III. Título. IV. Série.</p> <p style="text-align: right;">NLM WQ 175 DB8</p> |
|--|

2002
EDITORA MS
Documentação e Informação
S/A Trecho 4, Lotes 540/610
71200-040, Brasília – DF
Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br