

Fundamentos da Enfermagem

Michelle Thais Migoto
(Organizadora)



Michelle Thais Migoto
(Organizadora)

Fundamentos da Enfermagem

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F981 Fundamentos da enfermagem [recurso eletrônico] / Organizadora Michelle Thais Migoto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Fundamentos da Enfermagem; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-114-5

DOI 10.22533/at.ed.145221202

1. Enfermagem. 2. Enfermagem – Prática. I. Migoto, Michelle Thais. II. Série.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra *Fundamentos de Enfermagem*, publicação da Editora Atena, foi organizado em três volumes com o objetivo de trazer estratégias que implementem a qualidade da assistência à saúde, sobretudo da atuação da Enfermagem.

No volume 1, será apresentado 28 capítulos que discorrem sobre pesquisas relativas à temática de saúde materna e infantil. Ela envolve assuntos sobre a promoção e manutenção do bem-estar físico e social das mulheres que perpassam o período gestacional. Inclui o período pré-natal, a assistência ao parto humanizado, ao recém-nascido e a lactentes.

Em relação ao atendimento pré-natal a obra busca refletir sobre a importância da educação em saúde as gestantes, ações para as práticas alimentares e o cuidado à mulher. Destaca como assuntos importantes as situações de alto risco, como a hipertensão arterial durante a gestação, condição importante e prevalente as mulheres na atualidade.

Reforça as estratégias que qualificam o pré-natal, implementando a qualidade da assistência, e assim favorecer a chegada de um parto saudável, com destaque para as práticas humanizadas como a consulta pré-parto, o parto domiciliar, as estratégias não-farmacológicas de alívio da dor e a evitabilidade do trauma perineal.

Todavia, estas condições refletem sobre a situação de saúde do recém-nascido, que pode evoluir para condições normais de adaptação extra-uterina, como também as condições de risco e adoecimento que o levam a necessitar de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

E ainda, para favorecer a qualidade de vida de recém-nascidos, a promoção ao aleitamento materno deve ser fortemente incentivada tanto a mães de recém-nascido nascidos a termo, como sobretudo os prematuros. Destaca-se além do incentivo, a estrutura para o aleitamento materno de prematuros que necessita da adaptação de instituição pelo funcionamento dos bancos de leite. Ainda neste volume uma breve reflexão em torno de assuntos como o aborto, o luto e as emergências.

Michelle Thais Migoto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE DIREITOS DAS GESTANTES COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO FEMININO	
Julia Souza Da Silva Jane Baptista Quitete Thamara Canto Reis Alex Peixoto Julianne De Lima Sales	
DOI 10.22533/at.ed.1452212021	
CAPÍTULO 2	6
PRÁTICAS ALIMENTARES NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA ETNOENFERMAGEM	
Aline Amorim da Silveira Everton Ferreira Lemos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212022	
CAPÍTULO 3	16
ALIMENTOS GRAVÍDICOS: CUSTEIO DO PRÉ NATAL DA GESTANTE POR VIA JUDICIAL A LUZ DA LEI 11.804/2008	
Gabriel Barbosa Ramos Iara Barbosa Ramos Pamella Aline Miranda Teodoro Claudio Francisco Bernardinis Junior Diane Xavier dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.1452212023	
CAPÍTULO 4	27
TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO CUIDADO A MULHER QUE VIVE UM PROCESSO REPRODUTIVO DE ALTO RISCO	
Edilene Gianelli Lopes Renata Cristina Teixeira Rosa Lúcia Rocha Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212024	
CAPÍTULO 5	41
A HIPERTENSÃO ARTERIAL MATERNA DURANTE A GESTAÇÃO PODE INDUZIR HIPERTENSÃO NA PROLE?	
Sonia Regina Jurado Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212025	
CAPÍTULO 6	50
SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECIFICA DA GRAVIDEZ (SHEG): FATORES DE RISCO DURANTE O CICLO GRAVÍTICO PUERPERAL	
Lizandra Leal De Sousa Jessica Karine Baginski Danielly Souza Simão Larissa Inajosa De Moraes Alessandra Inajosa Lobato	
DOI 10.22533/at.ed.1452212026	

CAPÍTULO 7	56
A REDUÇÃO DA SÍNTESE DE ÓXIDO NÍTRICO DURANTE GESTAÇÃO PREJUDICA A MICROVASCULATURA CARDÍACA NEONATAL	
Sonia Regina Jurado Maria Eduarda Pascoaloto da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.1452212027	
CAPÍTULO 8	68
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ESTUDO DE CASO	
Cristiane de Paula Lucio Mirane Moraes Thamara de Souza Campos Assis	
DOI 10.22533/at.ed.1452212028	
CAPÍTULO 9	76
IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE 37ª SEMANAS DE GESTAÇÃO PELA ENFERMEIRA OBSTETRA	
Stella Maris Baron Beggi Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.1452212029	
CAPÍTULO 10	89
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA O DESFECHO DO PARTO SAUDÁVEL	
Gracimary Alves Teixeira Alessandra Vasconcelos de Sena Pamela Cândido de Moraes Tassia Regine de Moraes Alves Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.14522120210	
CAPÍTULO 11	99
PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: FENOMENOLOGIA HEIDEGGERIANA COMO POSSIBILIDADE PARA O CUIDADO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	
Ludimila Brum Campos Anna Maria de Oliveira Salimena Thais Vasconcelos Amorim Zuleyce Maria Lessa Pacheco Valdecyr Herdy Alves Ívis Emília de Oliveira Souza	
DOI 10.22533/at.ed.14522120211	
CAPÍTULO 12	111
RELATO DE EXPERIÊNCIA: “SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA ATENÇÃO HUMANIZADA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO”	
Claudia Conceição Coelho do Nascimento Bianca Gomes da Silva Marcia Villela Bittencourt Catia Regina Di’matteu Paulo Claudia Lima Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120212	

CAPÍTULO 13	122
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NO CONTROLE DA DOR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: UMA AÇÃO DO ENFERMEIRO	
Marjorie Max Elago	
Luana de Oliveira Silva	
Suelen Garcia	
Viviane Lourenço	
DOI 10.22533/at.ed.14522120213	
CAPÍTULO 14	136
PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO	
Marcella Leal Crispim de Carvalho	
Lacita Menezes Skalinski	
DOI 10.22533/at.ed.14522120214	
CAPÍTULO 15	152
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO VIVIDO	
Michelle Araújo Moreira	
Thaís Lima Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120215	
CAPÍTULO 16	167
TRAUMA PERINEAL ASSOCIADO AO PESO DO RECÉM-NASCIDO E POSIÇÃO MATERNA NO PARTO	
Márcia Juliana Mello da Silva	
Maria Cristina Gabrielloni	
Flavia Westphal	
Patrícia de Souza Melo	
Márcia Massumi Okada	
Mariana Mafra Sarmento Santos	
DOI 10.22533/at.ed.14522120216	
CAPÍTULO 17	181
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS/RJ	
Julianne de Lima Sales	
Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp	
Daniela Pereira Martins	
Jane Baptista Quitete	
DOI 10.22533/at.ed.14522120217	
CAPÍTULO 18	188
HIPERBILIRRUBINEMIA NO NEONATAL: TRATAMENTO COM FOTOTERAPIA	
Lizandra Leal De Sousa	
Jessica Karine Baginski	
Danielly Souza Simão	
Larissa Inajosa De Moraes	
Alessandra Inajosa Lobato	
DOI 10.22533/at.ed.14522120218	

CAPÍTULO 19 193

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM NEONATO COM OSTEOGÊNESE IMPERFEITA E SUA FAMÍLIA INTERNADO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL

Nataly Mesquita Cardoso
Marisa Rufino Ferreira Luizari
Renata Teles da Silva
Luciane Figueiredo Mendes

DOI 10.22533/at.ed.14522120219

CAPÍTULO 20 204

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO BANCO DE LEITE HUMANO PARA NEONATOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Cleciana Bezerra de Sá
Gabriele da Silva Santos
Itayanne Santos de Jesus
Samilla Leal do Nascimento
Suelen Nunes Valverde
Rosália Teixeira Luz

DOI 10.22533/at.ed.14522120220

CAPÍTULO 21 214

A YOGA COMO RECURSO TERAPÊUTICO JUNTO AO APOIO À AMAMENTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Camila Clara Viana de Aguiar
Valdecyr Herdy Alves
Maria Bertilla Lutterabch Riker
Giovanna Rosario Soanno Marchiori
Felipe de Castro Felicio

DOI 10.22533/at.ed.14522120221

CAPÍTULO 22 229

ORIENTAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO NA IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO PARA PRIMIGESTAS COM BEBES INTERNADOS EM UTI'S

Cristiane França de Oliveira
Adriana da Mata Silva Macário
Bertha Lúcia Costa Borges da Silva
Glauce Sueline de Siqueira
Felipe César Veloso de Oliveira
Ivonete Moreira Afonso Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.14522120222

CAPÍTULO 23 244

BOAS PRÁTICAS EM ALEITAMENTO MATERNO EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO

Eliza Cristina Macedo
Juliana Oliveira Diogo Cardoso
Karinne Antunes Cardoso Cicero
Luana Pacheco De Moraes Barbosa Leite.
Leila Rangel da Silva
Inês Maria Meneses dos Santos
Melina Nascimento Silveira
Maria Natália Ramos

DOI 10.22533/at.ed.14522120223

CAPÍTULO 24	249
PERFIL DA AMAMENTAÇÃO EM LACTANTES ATENDIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO	
Francieli Carniel Isabele Ferreira Lisboa Jaqueline dos Reis Vaz	
DOI 10.22533/at.ed.14522120224	
CAPÍTULO 25	262
LUTO MATERNO – BASES PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA	
Jannyne Dos Santos Zuzarte Jaci Santos Galo Inês Maria Meneses Dos Santos Danielle Alves Mendonça Coutinho Suzielly Ramos Barbosa Lima Xavier Camila Muniz Frossard	
DOI 10.22533/at.ed.14522120225	
CAPÍTULO 26	264
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTANTE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	
Ana Laura Biral Cortes Andreia Pereira Escudeiro Jaci Santos Galo Zenith Rosa Silvino Priscila da SilvaLopes Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120226	
CAPÍTULO 27	274
PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM FRENTE AO ABORTAMENTO LEGAL NURSING PROFESSIONAL PERCEPTION BEYOND LEGAL ABORTION	
Emília Cervino Nogueira Aline Carla da Rocha Souza Danielly de Sousa Cavalcante	
DOI 10.22533/at.ed.14522120227	
CAPÍTULO 28	289
VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UMA MATERNIDADE NA AMAZÔNIA: CUIDADOS SUSTENTADOS PELA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCE NIGHTINGALE	
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco Ingrid Souza Reis Santos Raissa dos Santos Flexa Larissa Duarte Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.14522120228	
SOBRE A ORGANIZADORA	296

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO

Marcella Leal Crispim de Carvalho

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Rio de Janeiro-RJ

Lacita Menezes Skalinski

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde
Ilhéus-BA

RESUMO: Objetiva mapear o estado da arte da produção científica brasileira acerca do modelo de gestão proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a implementação de uma atenção humanizada ao parto e ao nascimento no Brasil, analisando também os resultados desses estudos. Aborda a construção das políticas públicas voltadas às mulheres e o contexto do planejamento destas políticas. Desenha o modelo de atenção ao parto humanizado apresentando as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde a favor da implementação deste, de forma a valorizar os direitos humanos, assim como a cidadania. Promove a reflexão em torno da administração pública brasileira e dos profissionais envolvidos nesta gestão, propondo alternativas voltadas a qualificação. Conclui pela necessidade de concretização dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização da atenção

da gestão na realidade dos serviços de saúde, servindo como estratégia de modernização da gestão do SUS e como fator fundamental à implementação do parto humanizado neste sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde. Direitos da mulher. Políticas Públicas.

ABSTRACT: Aims to map the state of the art of the scientific production about management model advocated by the Unified Health System (SUS) for the construction of a humanized care during labor and birth in Brazil, analyzing the results of these studies. Focuses on the development of public policies on women and the context of the design of these policies. Draws attention to the model of humanized birth also presenting the actions developed by the Ministry of Health for the implementation of this in order to enhance human rights, and citizenship. Promotes reflection on the Brazilian public administration and professionals involved, proposing alternatives aimed at qualification of this management. Concludes the necessity of achieving the principles and guidelines of the National Policy of humanization of care management in the reality of health services, serving as a modernization strategy for the NHS management and as a key factor for the implementation of humanized birth in this health system.

KEY-WORDS: Health management. Women's rights. Public policy.

1 | INTRODUÇÃO

Torna-se imprescindível transformar em realidade no Brasil o modelo de atenção e de gestão ao parto e ao nascimento segundo os preceitos da humanização, de forma a garantir direitos cidadãos assim como o respeito à dignidade e à vida humana. O reconhecimento da problemática envolvida no modelo tecnocrático de cuidados maternos e infantis é o primeiro passo para que a sociedade possa caminhar rumo a um modelo de cuidado onde a assistência seja centrada na mulher e na família, garantindo acesso e acolhimento; onde haja o fortalecimento e a participação da mulher nas tomadas de decisão e também a proteção e promoção da gravidez e do parto como processos saudáveis e fisiológicos; onde as práticas sejam baseadas em evidências científicas de modo que as tecnologias sejam utilizadas apropriadamente; onde o trabalho integrado em equipe multiprofissional seja valorizado.

De tal forma, a humanização do parto é um processo complexo onde estão envolvidos diferentes atores e interesses, cabendo assim, modificações no que tange a administração pública brasileira, na formação dos profissionais de saúde e nos valores socioculturais criados historicamente em torno da parturição. Embora a produção científica brasileira tenha se posicionado e apresentado evidências científicas a favor do parto humanizado nos últimos anos, há uma falta de reflexão mais profunda sobre o elo existente entre a gestão e a assistência ao parto, e sobre o quanto uma gestão qualificada pode vir a alterar a realidade dos serviços de saúde.

Espera-se que este trabalho venha contribuir com a reflexão sobre o trabalho dos gestores do SUS, pensando na garantia da universalidade, equidade e integralidade nos serviços oferecidos à gestante, recém-nascido e família. Assim, este trabalho teve como objetivo mapear o estado da arte da produção científica brasileira acerca do modelo de gestão proposto pelo SUS para a implementação da atenção humanizada ao parto e ao nascimento no Brasil.

2 | MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como um estudo descritivo, apoiado na revisão integrativa da produção científica nacional. A revisão integrativa é um método usado para reunir e sintetizar resultados de pesquisas, para posterior incorporação das evidências na prática clínica (MENDES, 2008).

Realizou-se um levantamento de produções de 2010 a 2015, na plataforma de pesquisa Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para seleção, foram utilizados os descritores: humanização do parto; direitos da mulher; gestão em saúde. Os descritores foram cruzados aos pares e foram selecionadas as publicações que além de mencionarem em seus títulos e/ou resumos os descritores selecionados, tinham

relação com o objetivo da pesquisa. A disposição integral e gratuita na plataforma de pesquisa foi critério de inclusão e a publicação em língua estrangeira foi critério de exclusão.

Ao relacionar os descritores “humanização do parto” com “direito da mulher” foram encontradas 18 publicações, sendo que 12 delas atendiam ao objetivo da pesquisa, porém apenas 5 destas se encaixavam no período determinado. Cruzando o descritor “humanização do parto” com “gestão em saúde” também foram encontradas 18 publicações, mas apenas 5 delas tinham relação com o objetivo da pesquisa, e destas, 2 atendiam ao critério de tempo. Da terceira combinação, de “direito da mulher” e “gestão em saúde”, resultaram 17 publicações encontradas na plataforma, sendo que apenas 2 delas tinham relação com o objetivo da pesquisa e nenhuma delas se enquadrava no período de tempo estabelecido na metodologia da pesquisa.

Formou-se uma amostra de sete publicações, as quais foram tabeladas e posteriormente fichadas, sendo analisados seus núcleos de interesse e seus resultados, a fim de responder ao objetivo da pesquisa. Para tanto, foram construídas categorias temáticas que respondessem por aproximação de resultados, a fim de melhor discutir o tema proposto.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificadas sete publicações, sendo seis delas artigos científicos e uma dissertação. Os anos de 2010 e 2013 tiveram duas publicações cada um, e 2011, 2012 e 2014 tiveram uma publicação cada (Tabela 1).

Título	Autor	Ano	Revista
Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde	LONGO, C.S.M.; ANDRAUS; L.M.S.; BARBOSA; M.A	2010	Revista Eletrônica de Enfermagem
Informações e escolha no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da Saúde Suplementar	ZORZAM, B. A. O.	2013	Biblioteca Digital USP
Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres	PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L.	2013	Fractal: Revista de Psicologia
Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão	SANTOS, J.O; TAMBELLINI, C.A.; OLIVEIRA, S.M.J.V.	2011	Revista Mineira de Enfermagem
Satisfação das mulheres com a experiência do parto em modelos assistenciais distintos: um estudo descritivo	NARCHI, N.Z. et al	2010	Online Brazilian Journal of Nursing

Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras	VASCONCELOS, M.F.F; MARTINS, C.P; MACHADO, D.O.	2014	Interface
O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado	PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F	2012	Revista Enfermagem UERJ

Tabela 1. Relação das publicações selecionadas no estudo, 2010-2015.

Observou-se que a maioria das publicações focaram no quesito assistência humanizada ao parto, sem se aprofundar no processo de gestão propriamente dito referente a esta assistência, embora haja majoritariamente a citação da Política Nacional da Humanização (PNH) como guia para o processo de implementação do parto humanizado. Quando abordaram o quesito gestão, trataram mais das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) rumo à humanização do parto, como por exemplo a presença do acompanhante no parto, e a importância da transformação dos processos de trabalho dos profissionais e instituições envolvidos no cuidado. No que tange ao modelo de gestão proposto pelo SUS para implementação da assistência humanizada ao parto e ao nascimento, destacou-se a relevância da estratégia chamada apoio institucional, criada através da PNH para a facilitação da formação de redes, do trabalho em equipe e da valorização do fazer coletivo.

Para a contextualização e o debate em torno da gestão voltada ao parto humanizado foram criadas quatro categorias de análise: Planejamento em saúde reprodutiva e construção de Políticas Públicas; Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão e apoio institucional; Barreiras para implementação do parto humanizado no Brasil; e Gestão do Sistema Único de Saúde.

3.1 Planejamento em Saúde da Mulher e construção de Políticas Públicas

Foi através da Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que foi conferido papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2005).

Corrêa e Petchesky (1996 apud ZORZAM, 2013) apontam como princípios dos direitos sexuais a integridade corporal, entendida como o direito da mulher de não ser alienada de sua capacidade sexual e reprodutiva; a autonomia pessoal, vista como direito à autodeterminação; a igualdade, instituída na relação entre homens e mulheres e entre mulheres que são atravessadas por cultura, classe social, idade; e a diversidade, vista como respeito às diferenças que englobam aspectos como cultura, religião, idade e orientação sexual. Segundo as autoras, esses quatro princípios dos “direitos reprodutivos” exigem o exercício concreto da cidadania e a abolição das injustiças sociais para que possam ser exercidos.

Sob a influência dos impactos surgidos com as propostas de ação do Cairo e o debate das feministas no começo do século XX, que chamavam a atenção para a necessidade de incorporação da autonomia das mulheres no campo da sexualidade e reprodução sob a perspectiva dos direitos humanos, os gestores passaram a focar mais na conquista pela integralidade na atenção à saúde da mulher. Até então, o programa de saúde criado em 1974 para atender o público feminino, Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), atendia somente aos aspectos reprodutivos da mulher, tendo como objetivo reduzir os altos índices de morbimortalidade materno-infantil (MOCCELLIN et al., s.d.).

Foi então, em 1984, que o MS lançou a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como objetivos englobar ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, assistência à mulher em clínica ginecológica no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, planejamento familiar, atenção às doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Em 1996, por meio da lei n.º 9.263 foi instituído em território nacional o Planejamento Familiar, o qual tem como responsabilidade incluir o acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitas, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. Este serviço é ofertado nas Unidades de Atenção Básica, reafirmando a importância deste nível de atenção no processo de humanização do parto, como dispositivo para disseminar informações de qualidade acerca da gestação e do parto em si. Na atenção básica, também passaram a serem desenvolvidas as ações do pré-natal, que também se caracteriza como espaço de implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva (BRASIL, 2005).

O empoderamento das gestantes e de sua família quanto às boas práticas, baseadas em evidência científica, de atenção ao parto e ao nascimento, com base no documento de 1996 da Organização Mundial da Saúde, deve ser exercitado, principalmente, neste nível de atenção, voltando-se à promoção da saúde e a garantia do direito das mulheres à informação de qualidade, para que então seja reafirmada a sua autonomia através da escolha informada, livre de coerção e violência. Isto requer interesse, responsabilidade e preparo técnico por parte dos profissionais envolvidos tanto na atenção, quanto na gestão dos serviços de saúde (ZORZAM, 2013).

No ano 2000, a ONU voltou-se para a questão materno-infantil apontando entre os 8 Objetivos do Milênio (ODM) a redução da mortalidade materna e infantil e a melhoria da saúde das gestantes. País membro da organização, o Brasil assumiu então o compromisso de alcançar essas metas até 2015. Conforme aponta o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2014) o desempenho do Brasil na redução da mortalidade materna foi melhor que as médias registradas nas nações em desenvolvimento e na América Latina, embora o país ainda enfrente grandes desafios

para alcançar a meta A, que é reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990. De 1990 a 2011, a taxa de mortalidade materna brasileira caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. O alcance da meta B, universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva, contudo, está muito próximo. Em 2011, 99% dos partos foram realizados em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde, sendo que cerca de 90% das gestantes fizeram quatro ou mais consultas pré-natais.

Em âmbito nacional no ano de 2004, uma nova política foi proposta pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Segundo Moccellini, Pastor e Prada (s/d) essa nova política, proposta pelo Ministério da Saúde, foi pautada nos princípios da humanização e qualidade da atenção em saúde, ela incorpora como princípios a humanização e a qualidade da atenção em saúde, dando ênfase à Política de Atenção Básica à Saúde, além de focar na transversalidade dos programas de saúde. Esta política foi criada com a finalidade de garantir à mulher os seus direitos humanos e cidadãos, sexuais e reprodutivos.

Percebe-se que por trás da construção do planejamento em saúde da mulher e das políticas públicas, neste caso mais especificamente na área voltada a saúde reprodutiva, existem questões de cunho social, político e cultural assim como complexas articulações entre gênero, sexualidade, reprodução e poder. Ao tratar da saúde da mulher devem-se levar em consideração as desigualdades de gênero, classe, etnia, religião, entre outros, pois todas estas vertentes influenciam na demanda de saúde e na assistência prestada. São pontos básicos a serem considerados na construção de políticas públicas. Conforme Zorzam (2013), a institucionalização do gênero nas políticas públicas brasileiras tem seu marco em programas desenvolvidos há algumas décadas, resultantes de um processo de interlocução entre movimentos feministas de diferentes matrizes e aparelhos (político-governamentais). Essa forte presença das mulheres e do feminismo organizado nas esferas políticas governamentais brasileiras possibilitaram uma nova modalidade de controle social sobre a administração pública, uma vez que as próprias feministas estavam à frente das pautas dessas organizações, em comunicação direta com as questões dos movimentos sociais.

3.2 Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão e apoio institucional

Todos os artigos selecionados apresentam um posicionamento favorável à PNH da atenção e da gestão no sentido de sua efetivação servir como condição básica para implementação do modelo de parto humanizado no Brasil, podendo então, esta política, ser considerada o alicerce teórico para pensar em um modelo de gestão voltado à atenção humanizada do parto e do nascimento.

Martins et al. (2014) afirmam que a PNH define por humanização um certo modo de fazer inclusão traduzido pelo método da tríplice inclusão (BRASIL, 2008). Ou seja, a humanização se efetiva pela inclusão – nos espaços de atenção, gestão e formação em saúde – dos sujeitos, dos coletivos e das perturbações, estas últimas entendidas

como efeitos que esse processo de inclusão produz. Em outros termos, humanização traduz-se em inclusão e, de forma subsequente, em produção de redes de coletivos articulados pela aposta no SUS.

De acordo com Brasil (2013), a PNH foi criada em 2003 com a proposta de garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal e transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.

De tal forma, o conjunto formado pela cogestão e pela gestão participativa é um princípio da PNH que visa a agregação de ideias e ações voltadas para um mesmo fim, permeando os processos de trabalho dos atores envolvidos e valorizando suas subjetividades e também a coletividade no processo de gerir.

Focando na diretriz cogestão, Brasil (2013) comenta que esta expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão – que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. Uma das estratégias metodológicas de cogestão para interferir no modo de gerir e de cuidar no SUS é o apoio institucional, no qual se propõe a criação de espaços coletivos de análise e interferência nas práticas de saúde.

Falleiro et al. (2014) apontam que o apoio, no contexto organizacional, pode ser entendido como o papel exercido por agentes que trabalham e assumem posicionamentos subjetivos, éticos e políticos tendo como objetivo a transformação dos processos de trabalho e das relações exercidas entre os sujeitos. Vasconcelos, Martins e Machado (2014) pinçam algumas pistas que colaboram na montagem de um corpo para o apoio institucional, a citar: Apoiar para ampliar o grau de grupalidade das equipes; Apoiar como estratégia de cogestão; Apoiar como um agir micropolítico no cotidiano; Apoiar para construir coletivamente novas práticas no SUS; Apoiar para analisar processos de trabalho e elaborar projetos de intervenção; Apoiar para produzir análises contingenciais ; Apoiar como modo de habitação do ‘entre’; Apoiar para criar espaços não hierarquizados de articulação entre saberes; Apoiar para contagiar atores/ atrizes, ativar coletivos e conectar redes.

O Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM)/2009-2011) é um exemplo de experiência com o apoio institucional voltado para a humanização do parto e nascimento. O Plano, ação organizada e coordenada pela PNH e pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), por intermédio das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Mulher, serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento,

puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS.

De acordo Brasil (2012 apud MARTINS et al. 2014), a RC vem agregando às diretrizes de humanização do PQM: acolhimento em Rede e com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Cogestão, Direito a acompanhante de livre escolha da gestante e Ambiência outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças de até 2 anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira, implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP).

A formação e fortalecimento das Redes de Saúde é a aposta do SUS para que se torne concreto os anseios pela integralidade do cuidado, de forma a otimizar os serviços, desde seu financiamento até a resolução das demandas de saúde da população.

Já com o foco em outra diretriz da PNH, o acolhimento, Brasil (2005 apud PINHEIRO; BITTAR, 2013) destaca que este é um aspecto essencial da política de humanização e implica uma escuta aberta, sem julgamentos ou preconceitos, que transmita à gestante segurança para falar de sua intimidade e ajude-a a construir o conhecimento de si mesma, condição fundamental para uma participação mais ativa no momento do parto, contribuindo ainda para um nascimento mais tranquilo e saudável. No entanto, estas práticas não foram comuns, nem julgadas importantes durante muito tempo, o que suscita uma breve revisão histórica.

Durante muito tempo, a assistência a gestação, ao parto e ao puerpério foi prestada majoritariamente por parteiras, conhecidas popularmente como aparadeiras ou comadres, de forma empírica, em ambiente doméstico sendo o parto visto como algo natural, fisiológico. Brennes (1991) afirma que estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. Na sua maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam aos setores populares.

Santos, Tambellini e Oliveira (2011) acrescentam que no Brasil, a assistência ao parto permaneceu nas mãos das parteiras durante todo o século XIX. No entanto, no início do século XX, mais expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, as mulheres-mães, começaram a introjetar a necessidade da medicina e da crescente tecnologia para assegurar um bom desfecho do nascimento.

Em um segundo momento, em meados do século XIX, a obstetrícia passa a ser gradualmente valorizada trazendo consigo tecnologias voltadas à “facilitação” do parto, a fim de se promover mais “segurança” ao processo de parturição; tecnologias médicas estas utilizadas como corretores do corpo feminino débil, fraco, incompleto. O corpo feminino torna-se então “propriedade” do saber médico, e o parto se restringe cada vez mais ao ambiente hospitalar afastando a família e a rede social do processo

de nascimento. Brennes (1991) aponta que:

“A medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulando-a Arte Obstétrica e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados. Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII) se estendendo ao Brasil, ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. (...) Assim, a partir da segunda metade do século XIX, a medicina se articula a outras instâncias do social na produção de uma nova imagem sobre a mulher, da relação desta com os filhos e sobre seu papel em sociedade, esposa-mãe-dona-de-casa.” (BRENNES, 1991, p. 135).

Corroborando com a correlação entre o saber/fazer médico obstétrico e a imagem do corpo feminino, Zorzam (2013) aponta que nas relações sociais a noção de “vulnerabilidade” moral e intelectual das mulheres estava inscrita nos seus corpos, implicando maiores controles sobre eles. Por isso, o surgimento da literatura e da ciência médica considerou as mulheres como seres estranhos e imprevisíveis, portadoras de eventos instáveis como a menstruação e a gravidez.

Santos, Tambellini e Oliveira (2011) apontam que no final do século XX, o descontentamento das mulheres em razão da apropriação do corpo feminino pela obstetrícia estimulou mundialmente a luta do movimento feminista, que deu início ao movimento em prol da humanização da assistência ao parto. O objetivo principal desse movimento foi promover o cuidado à saúde da mulher, centralizado nas necessidades de cada uma e fundamentado em evidências científicas para garantir à mãe e à criança uma assistência segura, com o mínimo de intervenções.

Nesse sentido, o modelo de assistência ao parto humanizado propõe como princípios e fundamentos a assistência centrada na mulher e na família com o objetivo central de promover assistência de qualidade; o acesso e o acolhimento, através também de uma boa organização das redes de serviço para assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais; o fortalecimento e participação da mulher nas tomadas de decisão; a proteção e promoção da gravidez como processos saudáveis e fisiológicos; o uso apropriado da tecnologia; o trabalho integrado em equipe multiprofissional, e as práticas baseadas em evidência científica. Atualmente, o modelo tecnocrático e biomédico que direciona as práticas em saúde de modo a servir o mercado, dificulta o protagonismo da mulher na assistência ao parto, como também faz o uso controlado das tecnologias disponíveis, as quais são utilizadas muitas vezes sem necessidade. Isso justifica o quadro atual de iatrogenia presentes nos partos normais, como também o número excessivo de cesáreas desnecessárias.

Segundo Santos, Tambellini e Oliveira (2011) o processo de mudança do paradigma assistencial obstétrico está na dependência das políticas de saúde do país, da legislação, do contexto sociocultural e, principalmente, das instituições de saúde e dos profissionais responsáveis pelo atendimento, que, em conjunto, devem garantir à mulher uma experiência da maternidade mais satisfatória e a qualidade na sua assistência. Narchi et al. (2010) afirmam que o MS vem pouco a pouco implantando

um conjunto significativo de ações que visam mudar o modelo intervencionista pelo humanizado e centrado nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, nas evidências científicas e no direito à tecnologia apropriada, com consequente estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno.

Outra temática abordada nos artigos selecionados ao correlacionar gestão e atenção ao parto humanizado, é a importância do cumprimento da legislação federal, que permite e regulamenta a presença de um acompanhante de escolha livre da gestante para acompanhá-la no pré-parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do SUS. Estas iniciativas demonstram o interesse pela reorganização dos serviços de atenção materno-infantil por parte da sociedade e do Ministério da Saúde.

Segundo Longo, Andraus e Barbosa (2010), o acompanhante pode constituir mais do que simples presença se for permitida a sua participação ativa durante o processo parturitivo. Nesta condição ele deixa de ser considerado mero representante fiscalizador da assistência obstétrica, para assumir o status na rede social de provedor do suporte a parturiente.

Uma síntese de estudos randomizados sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto mostrou que o apoio físico, empático e contínuo, durante o trabalho de parto, apresentava benefícios, dentre eles, um trabalho de parto mais curto, um volume menor de medicações e de analgesia epidural, menos escores de Apgar abaixo de sete e de partos operatórios. (OMS, 1996 apud LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010, p.388)

3.3 Barreiras para implementação do parto humanizado no Brasil

Reconhecidas as políticas e programas criados a favor da humanização do parto, cabe o questionamento acerca da persistência do modelo biomédico à assistência ao parto, buscando entender porque as ações previstas pelo planejamento à saúde da mulher não se concretizam. Vê-se que esta é uma questão muito profunda e abrangente cuja resposta tem início na análise da organização e funcionamento do SUS, e continua na análise do contexto sociocultural e político que envolve a saúde da mulher, mais especificamente o ato da parturição.

Conforme mencionam Barbosa e Carvalho (2010), o Estado brasileiro ainda não possui todas as condições para cumprir os compromissos assumidos pelo SUS. Sabe-se que um grande limitante é o financiamento, ainda aquém do necessário, mas é preciso dar destaque à “máquina” do Estado, definida como estrutura da administração pública brasileira. Segundo estes mesmos autores, no modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, distantes daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões, sendo uma das principais causas do desempenho insatisfatório dos serviços de saúde e mais grave ainda quando se trata de hospitais. Seria necessário maior autonomia de gestão e maior poder de decisão para os gestores locais, que devem ser igualmente responsabilizados pelo desempenho das organizações, a fim de conferir maior agilidade e flexibilidade à condução dos serviços de saúde, estabelecendo condições mais efetivas para que

essas organizações respondam às políticas, diretrizes e incentivos governamentais.

Atualmente, o maior desafio do SUS é a sua consolidação, ou seja, como garantir o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde conforme definidos na Constituição. Em um país de profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, que indicam a necessidade de mudanças no modelo de atenção, que não se farão sem mudanças no modelo de gestão.

Para atuar com qualidade na condução de políticas na área da saúde é imprescindível um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, que ultrapassem o saber técnico para atingir também a atuação política dos gestores, uma vez que estarão em constante contato com outros grupos e atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais a fim de perseguir seus objetivos na área da saúde. De acordo com a pesquisa de Longo, Andraus e Barbosa (2010), os profissionais imbuídos do ideal de humanização, têm possibilidade de repadronizar a assistência ao parto e nascimento e de fornecer informações adequadas aos usuários, a fim de expandir a atenção integral na prática do cuidar.

Aquém das barreiras a nível de gestão, há entraves também relacionados às questões de cunho político e sociocultural criadas historicamente em torno do ato de parir, o que refletem na assistência prestada às gestantes, entre elas a perda da característica natural e fisiológica do parto, ganhando a fisionomia de doença que requer tratamento indiscriminadamente. Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010 apud ANDRADE; LIMA, 2014) o predomínio do modelo biomédico e a utilização acrítica do conhecimento técnico, sobretudo em hospitais, podem tornar ineficazes qualquer iniciativa de implementação de ações e tentativas de mudanças. Corroborando com esta ideia, Martins et al (2014) sugerem que para mudar o modelo de atenção e de gestão do parto e do nascimento, é necessário analisar e intervir coletivamente em práticas de saúde “desumanizadoras”, a fim de tecer uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil capaz de transformar uma racionalidade e um cenário de (des)cuidado naturalizado.

3.4 Gestão do Sistema Único de Saúde

De acordo Kuschnir, Chorny e Lira (2012) a gestão de sistemas e de serviços em saúde engloba uma gama de funções, que vão desde a formulação de políticas e do plano, passando pela gestão de redes de serviços, até a gestão de funções ao nível das unidades. Entre os responsáveis por essa gestão, estão o MS na figura do Ministro na esfera federal, e os secretários de saúde estadual e municipal nas esferas estaduais e municipais, respectivamente. Estes, conhecidos também como autoridades sanitárias, têm como responsabilidade a condução das políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS, que constituem um dado modelo de política de Estado para a saúde (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009)

Pensando na diversidade do território brasileiro, a Constituição de 88 formalizou o processo de descentralização político-administrativo que vem acontecendo desde

então através da transferência de serviços, de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. Este processo implica também em novas formas de articulação entre as esferas de governo, instituições e serviços de saúde, na busca de tornar mais expressiva a integralidade na área de saúde. A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas.

Com o objetivo de concretizar um arranjo federativo na área da saúde, e também fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo, de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema, existem as Comissões Intergestores, classificadas em Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB). Essas estratégias são encontradas nas regras legais que obrigam os atores a compartilhar decisões e tarefas; em instâncias federativas e mecanismos políticos de negociação intergovernamental; no funcionamento das instituições representativas; no papel coordenador e/ou indutor do governo federal.

A primeira composta por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conasems), segundo representação regional; e a segunda formada paritariamente por representantes estaduais indicados pelo secretário estadual de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado. Em alguns estados existem CIBs regionais, com o objetivo de discutir sobre os problemas de saúde e de organização de rede de serviços, propondo soluções apropriadas às distintas realidades territoriais.

De acordo com Machado, Lima e Baptista (2009), o funcionamento adequado das instâncias de negociação e decisão no SUS pode representar um avanço do ponto de vista da institucionalidade democrática, sendo de fundamental importância para propiciar a formulação e a implementação de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população.

São também instâncias organizativas do SUS, os conselhos participativos presentes nas três esferas do governo, que fazem valer uma das diretrizes organizativas do SUS, que é a participação da comunidade. É definido que os Conselhos de Saúde devem ter caráter deliberativo sobre a política de saúde, ou seja, o papel desses conselhos não é apenas consultivo ou opinativo, mas envolve o poder de decisão sobre os rumos da política. O papel dos conselhos não deve se confundir com o dos gestores, que têm funções executivas sobre a política de planejamento, financiamento, regulação e prestação de serviços.

Arretche (2003 apud MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009) sugere que a complexa estrutura institucional para a tomada de decisões no SUS, ainda não plenamente explorada pelos atores diretamente interessados em suas ações, pode

contribuir para a realização dos objetivos da política de saúde e propiciar respostas aos desafios inerentes à sua implementação. A proposta atual é a de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas, dada a relação intrínseca entre a concretização da proposta de universalização e equidade, e a constituição destas redes. O funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuada nas instâncias devidas.

Conforme apresentado por Kuschnir, Chorny e Lira (2012) a rede constitui-se de conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população. Para isso, duas questões são centrais: a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população a continuidade do cuidado.

No que concerne a estas questões centrais, o primeiro nível de atenção à saúde, a Atenção Básica, tem atuação central. Isto significa que nesse nível é estabelecido o principal vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. O paciente é encaminhado ou referenciado a outros níveis do sistema, mas continua vinculado ao generalista, que pode ser acionado a qualquer momento pelo usuário. As funções do primeiro nível de atenção apresentadas por Kuschnir, Chorny e Lira (2012) podem ser definidas pelos valores, atenção, acolhimento, pertencimento, confiança, responsabilização; produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento e ordenamento do sistema (porta de entrada).

E, para concluir o esquema básico sobre a gestão do SUS, Barbosa e Carvalho (2010) assinalam que fazer gestão também é avaliar o resultado da intervenção sobre o problema ou sobre os problemas, geralmente traduzidos por informações de morbimortalidade. Naturalmente, as atividades de gestão envolvem uma forte e densa movimentação de informações. Entretanto, o foco permanece por todo o tempo na resolução de problemas.

Como salienta Mintzberg (1995 apud BARBOSA; CARVALHO, 2010) serão vários os atributos a serem considerados para modelos de gestão eficientes, com segurança e qualidade no cuidado. Mas, de imediato, uma condição e atributo básico de qualquer modelo é a autonomia de gestão. Trata-se necessariamente de um “jogo de pesos e contrapesos”; mais autonomia, mais eficiência, menos controle e menos subordinação a um poder central.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa colaborou para compreensão de que a atenção à saúde é influenciada diretamente pela administração pública brasileira, onde se insere o SUS, abarcando setores do nível federal ao nível municipal. A atual proposta de gestão a ser seguida para a humanização da atenção ao parto e defesa dos direitos dos usuários, é aquela apresentada pela PNH, a qual traz como diretriz a gestão participativa e a

cogestão como veículos de modernização da gestão do sistema e conseqüentemente dos processos de trabalho, e da construção de redes coletivas.

Como um sinal de avanço, observa-se que o SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão e de responsabilização, reorganizando a rede de atenção à saúde e produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro. Porém, ainda há muito o que avançar para o cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema, bem como dos fundamentos da PNH, os quais incorporam o exercício dos direitos humanos em sua operacionalização, assim como na qualificação do sistema de cogestão, na criação da rede, no fortalecimento e qualificação da atenção básica e na sua ampliação como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde.

Verifica-se que há esforços no sentido de humanizar a atenção ao parto e ao nascimento, o que pode ser confirmado pelos programas e políticas criados. Porém, além do que é instituído por parte da gestão, existem os valores criados socialmente em torno do parto, os quais influenciam diretamente na atenção que é dada às gestantes, e na percepção destas quanto a parturição. Historicamente, as mulheres estiveram sujeitas às vulnerabilidades sociais de gênero. Neste contexto, o modelo biomédico tomou como propriedade o corpo feminino criando uma imagem retorcida deste corpo, que passa a ser caracterizado como fraco e incompleto, e a gestação/parto é encarada como um processo patológico o qual requer o uso de tecnologias médicas para que seja seguro.

Após a publicação por parte da Organização Mundial de Saúde das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, em 1996, o movimento pró humanização do parto foi fortalecido, e neste início de século XXI, verifica-se que o debate em torno da assistência ao parto tem ganhado espaço. O resultado das ações voltadas à modificação do modelo biomédico de atenção ao parto para um modelo humanizado, pode ser verificado através de resultados, como a redução da taxa de mortalidade materna – infantil brasileira e a universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva nos últimos 20 anos.

Hoje, encontra-se em processo de implementação a Rede Cegonha como projeto capaz de tornar viável as concepções da PNH, e conseqüentemente o cuidado integral. Esta Rede tem como objetivo fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; assim como garantir acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Enfim, para que a humanização do parto saia do papel e alcance toda a população brasileira, cabe a toda a sociedade a responsabilidade, em diferentes graus, da exigência e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Entre eles, está a liberdade de escolha da mulher, garantindo o acesso a informações de qualidade sobre os benefícios do parto natural e seguro, reconhecido como um evento fisiológico em que, somente em alguns casos, requer o uso de tecnologias como a cirurgia cesárea.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J.B.M.C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

BARBOSA, P.R.; CARVALHO, A.I. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES :UAB, 2010. 190p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1.ed. Brasília –DF. 2013 Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> Acesso em: 12.dez.2015.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.2,1991, p.135-149.

FALLEIRO, L.M.; BARROS, R.S.; LIMA, V.C.S, DUARTE, C.C. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: _____ **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 263 p.: il. – (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

KUSCHNIR, R.C.; CHORNY, A.H.; LIRA, A.M.L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 2. ed. reimp. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2012.178p.

LONGO, C.S.M.; ANDRAUS; L.M.S.; BARBOSA; M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n.2, 2010, p.386-391. Disponível em: <<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>>>. Acesso em 03 dez. de 2015.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.de; BAPTISTA, T.W.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: _____. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD /Ensp, 2009.

MARTINS, C.P.; NICOLLOTTI, C.A.; VASCONCELOS, M.F.F.; MELO, R.A. Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento com que Trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.17, n 4, 2008, p.758-764.

MOCCELLIN, A.S.; PASTOR, F.A.C; PRADA, J.R. Planejamento e Gestão em Saúde da Mulher.

Caderno de Estudos e Pesquisa. Brasília -DF. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5761/planejamento_e_gestao_em_saude_da_mulher_1.pdf> Acesso em: 09.jan.2016.

NARCHI, N.Z.; DINIZ, C.S.G.; AZENHA, C.A.V.; SCHENECK, C.A. Satisfação das mulheres com a experiência do parto em modelos assistenciais distintos: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.9, n.2, 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3102/692>. Acesso em: 5 dez. 2015.

PINHEIRO, B.C.; BITTAR, C.M.L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n.3, 2013, p. 585-602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922013000300011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 09.jan.2016.

PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F.O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.20, n.1, 2012, p.105-110.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento** / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. 208 p. Disponível em:<http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf> Acesso realizado em 17 dez. 2015.

SANTOS, J.O; TAMBELLINI, C.A.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**; v.15, n.3, 2011, p.453-458.

VASCONCELOS, M.F.F; MARTINS, C.P; MACHADO, D.O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface**, 2014; 18 Supl, p. 997-1011.

ZORZAM, B. A. O. Z. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V. da; PROGIANTI, J. M. **Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil.** Escola Anna Nery, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100215&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 05 nov. 2017

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V. da; PROGIANTI, J. M. **Non-invasive nursing Technologies for pain relief during childbirth:** The Brazilian nurse midwife's view. Midwifery, Londres, v. 29, n. 11, p. 99-106, 2013. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00218-5/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00218-5/abstract)>. Acesso em: 28 out. 2017.

VERSIANI, C. de C. et al. **The meaning of humanized childbirth for pregnant women.** Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1927-1935, 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3491>>. Acesso em: 28 out. 2017.

SOBRE A ORGANIZADORA

MICHELLE THAIS MIGOTO Enfermeira Neonatal pelo Programa de Residência em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (2006-2012). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (2015-2016), cursando Doutorado Acadêmico no mesmo programa e participante do grupo de pesquisa TIS - Tecnologia e Inovação em Saúde. Desenvolve pesquisas na área de neonatologia e saúde pública com foco na Mortalidade Perinatal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-114-5

