

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

HUMANIZAÇÃO DO PARTO:
política pública, comportamento organizacional e *ethos*
profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo
Horizonte

Mônica Bara Maia

Belo Horizonte
Março, 2008

Mônica Bara Maia

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO:
política pública, comportamento organizacional e *ethos*
profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo
Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/Gestão das Cidades, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Cidades: Cultura, Trabalho e Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria

Belo Horizonte

Março, 2008

Mônica Bara Maia

Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

Carlos Aurélio Pimenta de Faria (Orientador) – PUC Minas

Carlos Alberto Vasconcelos Rocha – PUC Minas

Telma Maria Gonçalves Menicucci – Fundação João Pinheiro

Alessandra Sampaio Chacham – PUC Minas

Ao Marcelo, meu amante, meu amado, meu amor.

À Mateus e Tomás, deles eu nasci mãe e renasci filha.

À minha mãe, Maria Aparecida, e meu pai, José Henrique,
por tudo aquilo que não cabe em palavras, mas transborda
pelos olhos.

AGRADECIMENTOS

Certa feita, comentava em casa que precisava ligar para o meu orientador. Meu filho, então, perguntou: “Por que, mãe? Você é desorientada?”. Agradeço ao Carlos Aurélio por ter me orientado quando estava desorientada, e me desorientado quando pensava estar orientada.

Na minha trajetória profissional e pessoal, enquanto militante do movimento feminista pela saúde da mulher, sempre estive muito próxima da ginecologia e obstetrícia. Nesse percurso, encontrei médicos e médicas que buscam praticar uma clínica compartilhada com a paciente. Alguns fazem parte de maneira indelével da minha história. Ao Gerson Lopes, por ter sido meu primeiro e maior incentivador, me acolheu recém-formada e deu asas à minha inquietação e ao meu destemor. Ao Ricardo Cabral, um caro amigo que não se furta das horas mais difíceis. Além disso, ambos foram primordiais para que eu conseguisse entrevistar todos os diretores de maternidades privadas de Belo Horizonte.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC/MG; particularmente Magda Neves e Léa Souki, inspirações ao desejo de aprender e à disponibilidade de escutar.

Ao Carlos André, Reinaldo, Cecília e Rodrigo, parceiros de mestrado e de muitas outras coisas mais. Em especial à Corina, um presente inesperado.

À Sônia Lansky. Além de ter me franqueado acesso livre e irrestrito à Comissão Perinatal, me proporcionou conhecer, de fato, o que é ser uma liderança legítima e incansável.

Ao Dr. Ivo Lopes, um maravilhoso e pragmático idealista.

À Miriam Rego, praticante e divulgadora da arte de partejar.

À Lila que, apesar do tempo que lhe furtei, fez um primoroso trabalho de revisão.

À Tininha, Tila, Rose, Maria Inês, Roney e Roberto, por não me deixarem esquecer quem eu quero ser.

Aos meus irmãos, minha irmã, meus “agregados” e meus sobrinhos. Por uma convivência muitas vezes insana, mas absolutamente indispensável.

À todos e todas integrantes da Comissão Perinatal e profissionais que entrevistei, aos quais não agradecerei nominalmente em virtude do nosso compromisso de confidencialidade. Espero estar à altura da confiança que me foi depositada. E, mais importante, espero ter me apropriado da palavra que me foi concedida com o respeito devido.

RESUMO

O parto e o nascimento são eventos a um só tempo fisiológicos, culturais, individuais e políticos. Em pouco mais de um século, a medicalização do parto e da gestação transformou-os em objetos do conhecimento e da prática médica, e o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar um evento dominado pela medicina, institucionalizado nos hospitais e regulado por políticas públicas. No Brasil, onde a assistência à saúde privilegiou a perspectiva curativa e hospitalar, em um híbrido público e privado, o modelo de assistência ao parto praticado hegemonicamente é hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado, e foi denominado de “tecnocrático”. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de 2000, e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, de 2005, acirram a disputa em torno do modelo de assistência ao parto ao proporem que o parto e o nascimento sejam devolvidos à mulher e à família e que toda e qualquer intervenção seja baseada em evidência científica. Este trabalho busca identificar quais os constrangimentos institucionais dificultam a implementação das políticas públicas de humanização do parto nos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte, considerando o comportamento organizacional e o *ethos* das profissões que atuam na obstétrica, ou seja, enfermagem e medicina.

Palavras-chave: políticas públicas, humanização do parto, profissões, comportamento organizacional, novo institucionalismo

ABSTRACT

Labor and birth are simultaneously physiological, cultural, individual and political events. In a space of little more than a century, the process of medicalization of pregnancy and birth transformed them in objects of medical knowledge and practice, and the experience of birth stopped being a private and intimate one, shared by women, to become an event fully dominated by medicine, institutionalized in hospital and regulated by public policies. In Brazil, where health assistance has privileged a curative and hospitalized perspective in a hybrid of public and private services, the dominant model of birth assistance is hospitalized, interventionist and excessively medicalized and has been denominated "technocratic". The Program for Humanization of Pre-natal Care and Birth of 2000 and the National Police of Obstetric and Neonatal Assistance of 2005 accentuated the dispute around the model of birth assistance when they proposed to give back to women and families their protagonist role in labor and birth and also that all and every intervention to be based in scientific evidence. This work seeks to identify the institutional barriers that make difficult the implementation of public policies for humanization of birth in public and private hospitals in Belo Horizonte, taking in consideration the organizational behavior and the *ethos* of the professions are responsible for obstetric care, nursing and medicine.

Key-words: public policies, birth humanization, professions, organizational behavior, new institutionalism

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição da frequência dos partos ocorridos nas 14 maiores maternidades de Belo Horizonte, com relação ao total de partos do município – 2005	p.21
TABELA 2	Informações sobre partos e nascimentos – Belo Horizonte: 1996-2004	p.74
TABELA 3	Características da mãe (residência, cor/raça, idade e escolaridade) dos nascidos vivos (NV), segundo a categoria do modelo organizacional do local do parto – Belo Horizonte, 2005	p.76
TABELA 4	Características da gravidez e do parto (idade gestacional, tipo de gravidez e tipo de parto) dos nascidos vivos (NV), segundo a categoria do modelo organizacional do local do parto – Belo Horizonte, 2005	p.78

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Identificação das 14 maiores maternidades de Belo Horizonte, em 2005, segundo as categorias do modelo organizacional	p.76
QUADRO 2	Características das 10 maiores maternidades em funcionamento em Belo Horizonte – 2007	p.81
QUADRO 3	Missão dos maiores hospitais/maternidades de Belo Horizonte – 2007	p.91
QUADRO 4	Ocorrência de práticas de humanização do parto nas dez maiores maternidades de Belo Horizonte – 2007	p.103
QUADRO 5	Composição da Comissão Perinatal de Belo Horizonte – 2007	p.110
QUADRO 6	Presença das instituições nas reuniões ordinárias da Comissão Perinatal – 2007	p.113
QUADRO 7	Presença dos diretores das maternidades SUS-BH nas reuniões do Fórum de Obstetrícia – 2007	p.119

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica
ABRAMGE	Associação Brasileira da Medicina de Grupo
ACAU	Associação de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ALSO	Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BCF	Batimento Cardíaco Fetal
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CASU	Caixa de Assistência à Saúde da Universidade UFMG
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CMC	Central de Marcação de Consultas
CIH	Central de Internação Hospitalar
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COPIHMI	Serviços de Controle de Infecção Hospitalar das Instituições com Atenção Materno-Infantil da Região Metropolitana de Belo Horizonte
CPN	Centro de Parto Normal
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
FAIS	Fundação de Assistência Integral à Saúde
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FEAMUR	Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FENASEG	Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GEAP	Fundação de Seguridade Social

HC	Hospital das Clínicas
HJK	Hospital Júlia Kubitschek
HMOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
HUs	Hospitais Universitários
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e do Desporto
MOV	Maternidade Odete Valadares
NV	Nascidos Vivos
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PLANISA	Planejamento e Organização de Instituições de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPO	Procedimento Padronizado em Obstetrícia
PROESF	Programam de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SOGIMIG	Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia

SSVP	Sociedade São Vicente de Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
UNIMED	União dos Médicos
US	Unidade de Serviço
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	p.14
1.1 Notas metodológicas	p.18
1.1.1 <i>Observação das reuniões da Comissão Perinatal de Belo Horizonte</i>	p.19
1.1.2 <i>Entrevistando as maiores maternidades de Belo Horizonte</i>	p.20
1.1.3 <i>Entrevistas semi-estruturadas com os/as médicos/as obstetras e enfermeiras/os obstetras</i>	p.23
1.1.4 <i>Questões éticas do trabalho de campo</i>	p.26
2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE E AO PARTO NO BRASIL	p.27
2.1 Saúde no Brasil: a predominância do modelo curativo e hospitalar	p.28
2.2 Das parteiras aos médicos, de casa para o hospital: a institucionalização do parto	p.35
2.2.1 <i>Assistência medicalizada e hospitalar do parto: o modelo tecnocrático</i> ...	p.39
2.2.2 <i>Cesárea: o “padrão ouro” da assistência tecnocrática</i>	p.41
2.2.3 <i>Modelo humanizado de assistência ao parto</i>	p.45
2.3 O parto como política, a política do parto	p.47
3 INSTITUIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E PROFISSÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	p.51
3.1 A organização hospitalar	p.54
3.1.1 <i>A composição da rede hospitalar brasileira</i>	p.56
3.1.2 <i>Remuneração dos serviços hospitalares</i>	p.59
3.2 Medicina e enfermagem: profissão e <i>ethos</i> profissional	p.61
3.2.1 <i>Hierarquias e desigualdades entre medicina e enfermagem</i>	p.63
3.2.2 <i>As especificidades da obstetrícia</i>	p.66
3.3 Políticas de assistência ao parto e novo institucionalismo	p.69
4 PARIR E NASCER EM BELO HORIZONTE	p.74
4.1 O parto em Belo Horizonte: panorama segundo o modelo organizacional ..	p.75
4.2 Os grandes hospitais/maternidade de Belo Horizonte: história e características	p.80
4.2.1 <i>Santa Casa de Misericórdia</i>	p.82
4.2.2 <i>Hospital das Clínicas</i>	p.83
4.2.3 <i>Hospital Municipal Odilon Behrens</i>	p.84
4.2.4 <i>Hospital Júlia Kubitschek e Maternidade Odete Valadares</i>	p.84
4.2.5 <i>Maternidade Santa Fé e Hospital Maternidade Octaviano Neves</i>	p.86
4.2.6 <i>Hospital Sofia Feldman</i>	p.87
4.2.7 <i>Hospital Mater Dei</i>	p.88
4.2.8 <i>Hospital Dia e Maternidade UNIMED</i>	p.88
4.2.9 <i>Maternidades em Belo Horizonte: alguns aspectos da identidade organizacional</i>	p.89
4.3 Organizações hospitalares e suas particularidades na assistência ao parto ..	p.92
4.3.1 <i>Localização geográfica</i>	p.92
4.3.2 <i>Porte e complexidade</i>	p.93
4.3.3 <i>Custo hospitalar do parto</i>	p.96
4.3.4 <i>Relação de trabalho e remuneração do profissional médico</i>	p.99
4.4 Humanização do parto e modelo organizacional	p.102

5 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES	p.107
5.1 Comissão Perinatal: espaço de negociação, espaço de governabilidade	p.107
5.1.1 <i>Participando da Comissão Perinatal</i>	p.111
5.1.2 <i>A Comissão Perinatal e a qualidade dos serviços hospitalares</i>	p.115
5.1.2.1 <i>O Fórum de Obstetrícia</i>	p.118
5.1.2.2 <i>Descredenciamento das maternidades privadas com fins lucrativos do SUS/BH</i>	p.119
5.1.2.3 <i>Movimento BH pelo Parto Normal</i>	p.123
5.2 Humanização do parto: a perspectiva do profissional da obstetrícia	p.127
5.2.1 <i>Remuneração do trabalho de médicos e enfermeiras</i>	p.127
5.2.2 <i>Pré-natal e parto: quando o profissional é o mesmo e quando são diferentes</i>	p.130
5.2.3 <i>Cena de parto: hierarquia entre iguais e entre desiguais</i>	p.132
5.2.4 <i>O lugar do “risco” na obstetrícia</i>	p.136
5.2.5 <i>Resultado adverso e processos legais</i>	p.139
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 p.144
 REFERÊNCIAS	 p.150
 ANEXO A – Atividades da Comissão Perinatal acompanhadas pelo projeto	 p.166
ANEXO B – Roteiro de entrevista com diretores/as de maternidades e questionário administrativo	p.171
ANEXO C – Roteiro para entrevista com médicos/as e enfermeiras/os obstetras	p.180
ANEXO D – Lista dos obstetras entrevistados e locais de atuação	p.181
ANEXO E – Relato de parto... relato de vida!	p.183
ANEXO F – Distribuição geográfica das dez maiores maternidades de Belo Horizonte	p.189

1 INTRODUÇÃO

Em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas. Por outro lado, garantir a saúde materna continua uma questão problemática. No Brasil, as políticas voltadas para a saúde da mulher fizeram uma importante inflexão a partir de meados dos anos de 1980, quando um novo paradigma, que reivindicava atenção integral em todas as fases da vida, começou a se contrapor ao modelo existente, que privilegiava o binômio mãe-bebê e focava a atenção à mulher apenas no ciclo gravídico e puerperal. Posteriormente, o próprio modelo de atenção à gravidez e ao parto passou a ser questionado. Tanto a reivindicação da atenção à saúde integral quanto a de um novo modelo de assistência à gravidez e parto têm os mesmos pressupostos: empoderar a mulher; priorizar e promover a saúde; e garantir o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Considerando o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, como a pedra fundamental de uma nova lógica para se pensar a assistência à saúde da mulher, muito se avançou na elaboração de políticas públicas dirigidas à saúde da mulher, no País, nos últimos 20 anos, a partir de um marco normativo fortemente influenciado pelo movimento feminista (PAISM, 2006). É neste contexto que se redefinem os aspectos da atenção ao parto, em 2000, com a Política de Humanização do Pré-Natal e Parto:

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento [PHPN] 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. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, 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, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo, 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. (SERRUYA, 2003, p. 33-34).

A 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.

A reorientação no sentido de romper com o tradicional isolamento imposto à mulher, na hora do parto, bem como de adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, está orientada, também, por uma proposta de assistência à saúde baseada em evidências científicas, que busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações¹.

Nos últimos anos, assistimos a uma agudização na disputa pelo modelo de assistência ao parto no Brasil. Enquanto prática institucionalizada, a legitimidade do modelo tecnocrático se vê confrontada pelo modelo humanístico ou humanizado, que vem orientando as políticas públicas e as normativas governamentais desde 2000, mas que tem enfrentado inúmeros embates para sua implementação.

O fato é que parir e nascer, definitivamente, não são processos “naturais” nem meramente fisiológicos. São eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações (hospitais e maternidades), com poderes e legitimidades diferenciados. A disputa pelo modelo de assistência ao parto articula: uma disputa de políticas públicas, uma disputa organizacional e uma disputa de *ethos* profissional. Embasando essas disputas, tanto o modelo tecnocrático quanto o humanizado partem de representações específicas acerca da mulher, da gestante e do parto.

O presente trabalho busca identificar, na experiência do município de Belo Horizonte, em que medida as políticas de humanização do parto se operacionalizam nos diversos hospitais da rede pública, filantrópica, privada contratada pelo SUS e privada exclusiva, e quais os constrangimentos institucionais para a implementação destas políticas. Nossa hipótese básica é que os aspectos relacionados à “natureza” e à identidade das organizações hospitalares, em geral, e de cada hospital especificamente, bem como a formação dos profissionais que atendem ao parto (médicos obstetras e enfermeiras obstetras), constroem

¹ Fonte: Centro Cochrane do Brasil, <http://www.centrocochranedobrasil.org.br>.

de diferentes formas a implementação das diretrizes governamentais e das ações de uma política de atenção à gestante que seja humanizada e pautada nos direitos reprodutivos.

O objetivo da presente dissertação é analisar como diferentes organizações hospitalares de Belo Horizonte, bem como os profissionais obstetras que nelas atuam (médicos e enfermeiras), respondem às diretrizes nacionais de humanização do parto implementadas a partir da Comissão Perinatal, uma instância governamental criada pela Secretaria Municipal de Saúde em 1994, com o objetivo de elaborar estratégias para melhorar a qualidade da assistência à mulher e à criança no período perinatal (gravidez, parto e puerpério).

Nossos objetivos específicos são:

a) identificar os significados e as especificidades da implantação de práticas humanizadas de assistência ao parto nas maiores organizações hospitalares de Belo Horizonte;

b) recuperar a história, identificar e analisar as ações desenvolvidas pela Comissão Perinatal de Belo Horizonte para a implantação da humanização do parto nas maternidades públicas, privadas contratadas pelo SUS e privadas exclusivas, em Belo Horizonte; e

c) analisar comparativamente as reações das maternidades públicas, contratadas pelo e privadas exclusivas de Belo Horizonte às diretrizes de humanização da atenção ao parto e nascimento, destacando o impacto das distintas formas de institucionalização dos serviços, dos mecanismos de controle e do *ethos* dos profissionais envolvidos.

Para atingir os objetivos propostos, as atividades desenvolvidas foram: observação das reuniões da Comissão Perinatal de Belo Horizonte; realização de entrevistas com os/as diretores/as das maiores maternidades de Belo Horizonte; e realização de entrevistas semi-estruturadas com os/as médicos/as obstetras e enfermeiras/os obstetras. As questões metodológicas serão aprofundadas a seguir, nas notas metodológicas.

A presente dissertação contém quatro capítulos. No primeiro buscou-se traçar a trajetória do modelo de assistência à saúde e do modelo de assistência ao parto no Brasil. O principal objetivo do capítulo é discutir como o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, e o seu impacto para a elaboração, a implantação e o monitoramento de políticas de saúde, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular. O modelo assistencial médico-hospitalar é campo fértil para que o modelo tecnocrático de assistência ao parto – nascido da e junto com a obstetrícia moderna – se

legítima de maneira hegemônica e resista às propostas de mudanças das políticas de humanização do parto.

No Brasil, o parto médico-hospitalar e tecnocrático se tornou hegemônico. Para avançar no entendimento dos constrangimentos na implementação das políticas públicas de humanização do parto, o Capítulo 2 apresenta como a própria organização hospitalar se constitui como uma instituição e um ator político, cujo posicionamento depende de suas características intrínsecas, já que “hospital” é a materialização de sentidos e objetivos, de valores e procedimentos diversos. Além disso, como na organização hospitalar a assistência é prestada fundamentalmente pelas categorias médicas e da enfermagem, o capítulo discute as particularidades de cada uma destas profissões e sua relação com o modelo de assistência ao parto.

O terceiro capítulo aprofunda nas características dos grandes hospitais/maternidades que atendem ao parto em Belo Horizonte. Na primeira parte do capítulo, os dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), de 2005, foram usados para justificar a tipologia que busca agregar tais organizações a partir de uma lógica que não fosse só do modelo de financiamento (público ou privado), mas que pudesse falar de uma diversidade maior das organizações. A segunda parte recupera um pouco da história de cada um dos dez maiores hospitais que atendem ao parto em Belo Horizonte, suas principais mudanças ao longo do tempo e algumas de suas características. O capítulo se encerra com a análise da implementação de quatro práticas das políticas de humanização do parto – inserção da *doula* no acompanhamento do pré-parto; permissão de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto; uso de métodos alternativos de alívio da dor; e realização de parto sem complicações por enfermeiras obstétricas – considerando as particularidades de cada uma das categorias da tipologia proposta na primeira parte do capítulo.

O quarto e último capítulo parte do suposto que o hospital está colocado em uma posição intermediária entre a política pública de humanização do parto e a prática dos profissionais, tanto médicos quanto enfermeiras. A primeira questão explorada diz respeito à relação do Estado – no caso, o município de Belo Horizonte, por meio da Secretaria Municipal de Saúde – com as diferentes organizações hospitalares e seus instrumentos de regulação. A segunda trata mais especificamente dos potenciais e dos constrangimentos frente à mudança no modelo de assistência que podem ser identificados a partir do *ethos* e da prática dos profissionais da obstetrícia.

Nas considerações finais, tendo por suposto que as disputas acerca do modelo de assistência ao parto se prestam a nos esclarecer sobre questões de ordem política, cultural e organizacional, destaco os seguintes aspectos da discussão: parto e desigualdade social, parto e instituição hospitalar, parto e *ethos* profissional da medicina e da enfermagem, e parto e implementação de políticas públicas.

1.1 Notas metodológicas

A metodologia proposta para abordar o objeto – potenciais e constrangimentos na implementação de políticas de humanização do parto a partir do modelo organizacional e do *ethos* profissional – foi quantitativa e qualitativa.

A metodologia qualitativa procura focar o social como um mundo de significados passível de investigação, e a linguagem comum ou a “fala” como a matéria-prima desta abordagem (MINAYO e SANCHES, 1993). Ou seja, a abordagem qualitativa busca significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida e analogias; sua ênfase é o significado, e não a frequência, do fenômeno (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

Para atingir os objetivos propostos, as atividades desenvolvidas foram: observação das reuniões da Comissão Perinatal de Belo Horizonte; realização de entrevistas com os/as diretores/as das maiores maternidades de Belo Horizonte; e realização de entrevistas semi-estruturadas com os/as médicos/as obstetras e enfermeiras/os obstetras.

Partindo da premissa que o modelo tecnocrático de assistência ao parto é a norma cultural atualmente institucionalizada, as questões que orientarão a análise são: como o modelo tecnocrático de assistência ao parto se relaciona com as diferentes formas de organização hospitalar, e vice-versa; qual o papel de diferentes organizações hospitalares, facilitando ou dificultando, na mudança do modelo tecnocrático para o humanizado; e qual o movimento dos/as profissionais que realizam o parto frente à disputa pelo modelo de assistência ao parto e qual sentido conferem às suas práticas.

O projeto foi submetido, e aprovado, aos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (Protocolo 036/2007) e da PUC/MG (Projeto de Pesquisa CAAE 0081.0.213.000-07).

A seguir, abordaremos os aspectos metodológicos acerca da observação das reuniões da Comissão Perinatal de Belo Horizonte, da realização de entrevistas com os/as diretores/as das maiores maternidades de Belo Horizonte, da realização de entrevistas semi-estruturadas com os/as médicos/as obstetras e enfermeiras/os obstetras, e dos aspectos éticos considerados durante o trabalho de campo.

1.1.1 Observação das reuniões da Comissão Perinatal de Belo Horizonte

A observação é uma técnica que tem sido utilizada para descrever uma cultura, um ambiente, uma organização, a “partir de dentro”. O principal objetivo da observação é gerar conhecimento sedimentado na realidade do dia-a-dia (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004). A observação participante é realizada através de um contato direto do observador com o fenômeno a ser observado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade e o contexto do objeto a ser investigado.

A Comissão Perinatal é uma instância da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, criada em 1994, com atribuições de formulação e acompanhamento da implementação de políticas e diretrizes relativas principalmente à saúde reprodutiva das mulheres no município: planejamento familiar, pré-natal, parto de risco habitual e parto de alto risco. Devido à sua composição múltipla e diversa, a observação das reuniões da Comissão Perinatal permitiu assistir, de maneira privilegiada, como diferentes atores institucionais (sejam representantes do governo, da sociedade civil ou dos hospitais públicos e contratados que atendem ao parto) constroem sua perspectiva sobre as políticas de saúde materna e de humanização do parto e nascimento.

A participação, como observadora, nas reuniões da Comissão Perinatal, cumpriu três etapas: a entrada em campo, a rotinização do campo e o encerramento do trabalho de campo (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

A entrada no campo compreendeu tanto a negociação com os participantes sobre a natureza do trabalho a ser feito quanto a entrada propriamente dita. No caso da Comissão Perinatal, a negociação se deu em dois tempos: primeiro, com a coordenadora da Comissão e, posteriormente, com seus integrantes. A rotinização do campo ocorreu quando a pesquisadora estava, de fato, inserida como observadora da Comissão. Informantes-chaves, com conhecimento particular sobre a situação, foram identificados e eram acionados para

ajudar no entendimento de alguns pontos. Por fim, o encerramento do trabalho de campo é sempre uma decisão arbitrária e, no caso das reuniões da Comissão Perinatal, a opção foi de acompanhar um ano de atividades, que se iniciou em fevereiro de 2007 e se encerrou em dezembro de 2007. Ao todo, foram acompanhadas 47 atividades entre reuniões ordinárias, reuniões extraordinárias, seminários e encontros de humanização, listadas no ANEXO A.

As reuniões não foram gravadas e as discussões das reuniões eram anotadas imediatamente no caderno de campo. Nem sempre o caderno de campo passava despercebido e por algumas vezes foi motivo de brincadeiras. Quando algum caso me era relatado antes ou depois das reuniões, ele só era anotado no caderno de campo *a posteriori*.

Muitas das questões discutidas na Comissão Perinatal contribuíram, também, para a elaboração do roteiro da entrevista que foi realizada posteriormente, tanto com gerentes de maternidades quanto com profissionais da obstetrícia, médicos e enfermeiras.

1.1.2 Entrevistando as maiores maternidades de Belo Horizonte

Para a realização desta etapa, primeiro foram selecionadas as maiores maternidades de Belo Horizonte. Por meio dos dados do SINASC de Belo Horizonte, de 2005 (dados mais recentes disponíveis para consulta), tem-se o registro de 46.315 nascidos vivos no município naquele ano, sendo que destes, apenas 78 nasceram em local ignorado ou fora de um estabelecimento de saúde. Ao todo, 39 estabelecimentos de saúde foram referidos como local de pelo menos um nascido vivo, sendo que 18 tiveram menos de 25 nascidos vivos durante todo o ano de 2005. Fazendo uma linha de corte em 1.000 partos/ano, entre os 21 estabelecimentos restantes, sete ficaram abaixo desse valor: o Hospital do IPSEMG, com 978 partos (81,5 partos/mês); o Hospital Belo Horizonte, com 478 partos (40 partos/mês); a Promater, com 446 partos (37 partos/mês); a BH Mater, com 399 partos (33 partos/mês); o Hospital SEMPER, com 330 partos (27,5 partos/mês); a Maternidade René Guimarães, com 182 partos (15 partos/mês); e o Hospital São Lucas, com 127 partos (10,5 partos/mês). Ou seja, dos 39 estabelecimentos de saúde que aparecem no SINASC de 2005, 14 realizaram mais de 1.000 partos/ano, concentrando 93% dos nascidos vivos de Belo Horizonte (TABELA 1).

TABELA 1
Distribuição da frequência dos partos ocorridos nas 14 maiores maternidades de Belo Horizonte, com relação ao total de partos do município – 2005

Organização	Total de partos	
	N	%
Hospital Sofia Feldman	7.021	15
Mater Clínica	6.785	15
Maternidade Odete Valadares	4.335	9
Hospital Santa Lúcia	3.603	8
Maternidade Otaviano Neves	3.222	7
Hospital das Clínicas	3.169	7
Santa Casa	2.261	5
Maternidade Santa Fé	2.173	5
Hospital Evangélico	1.926	4
Hospital Mater Dei	1.922	4
Hospital Odilon Behrens	1.855	4
Hospital Júlia Kubistscheck	1.764	4
Hospital Unimed BH	1.694	4
Hospital Life Center	1.560	3
Total	43.290	93

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SINASC, 2005.

Estas 14 maiores maternidades de Belo Horizonte podem ser agrupadas segundo seu “modelo organizacional”:

a) Filantrópico: inclui hospitais privados e sem fins lucrativos, com quase 100% dos partos pagos pelo SUS. Em 2005, aparecem nesta categoria o Hospital Sofia Feldman; a Maternidade da Santa Casa e o Hospital Evangélico². Realizaram, juntos, 24% dos partos de Belo Horizonte, em 2005;

b) Público: inclui os hospitais públicos, sejam eles de gestão federal (Hospital das Clínicas), estadual (Maternidade Odete Valadares e Hospital Júlia Kubistscheck) ou municipal (Hospital Municipal Odilon Behrens). Realizaram, juntos, 24% dos partos de Belo Horizonte, em 2005;

c) Privado com SUS: inclui os hospitais privados, com fins lucrativos e contratadas pelo SUS. Apesar de serem privados e com fins lucrativos, são primordialmente financiados pelo SUS³. Em 2005, aparecem nesta categoria a Mater Clínica e o Hospital Santa Lúcia, que juntos realizaram 23% dos partos de Belo Horizonte;

² Em 2005, dos 7.021 partos realizados no Hospital Sofia Feldman, 6.475 foram pagos pelo SUS; dos 2.261 partos realizados na Maternidade da Santa Casa, 2.020 foram pagos pelo SUS; e dos 1.926 partos realizados no Hospital Evangélico, 1.671 foram pagos pelo SUS (Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – AIH, DATASUS/MS).

³ Em 2005, dos 6.785 partos realizados na Mater Clínica, 6.254 foram pagos pelo SUS; e dos 3.603 partos realizados no Hospital Santa Lúcia, 2.990 foram pagos pelo SUS (Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – AIH, DATASUS/MS).

d) Privado sem SUS⁴: inclui os hospitais privados, com fins lucrativos e sem contrato com o SUS. Em 2005, aparecem nesta categoria a Maternidade Otaviano Neves, a Maternidade Santa Fé, o Hospital Mater Dei e o Hospital Life Center, com 19% dos partos da cidade;

e) Cooperativa: da mesma forma que a categoria acima, se refere a hospital privado, com fins lucrativos e sem contrato com o SUS. Entretanto, foi colocado à parte por suas peculiaridades de ser um equipamento próprio de uma operadora de saúde suplementar. Em 2005, foi responsável por 4% dos partos ocorridos em Belo Horizonte.

Em princípio, estas 14 organizações seriam o universo da pesquisa acerca do modelo organizacional. Entretanto, a situação em 2007 se mostrou diferente de 2005. Assim, entre os filantrópicos, o Hospital Evangélico fechou sua maternidade porque não tinha mais interesse em manter contrato com o SUS para este atendimento. Já havia, inclusive, um descontentamento da comunidade com o hospital em função de interrupções no atendimento obstétrico por falta de equipe de plantão⁵. A categoria Privado com SUS não existe mais, pois as duas maternidades nesta condição – Hospital Santa Lúcia e Mater Clínica – foram descredenciadas do SUS e não fazem mais partos, nem públicos nem privados. Entre os Privados sem SUS, o Hospital Life Center não realiza mais partos.

Desta forma, o universo de 14 grandes maternidades em Belo Horizonte, em 2005, foi reduzido para 10 organizações em 2007. Uma nova maternidade pública, no Hospital Risoleta Tolentino Neves, foi inaugurada em agosto de 2007, mas não foi incluída na pesquisa por ainda estar iniciando suas atividades. Além desta redução no número de maternidades, também ocorreu uma redução nas categorias de modelo organizacional definidas anteriormente, de 5 para 4, já que a categoria Privado com SUS não existe mais em Belo Horizonte, ou seja, além de sua rede própria, a prefeitura só contrata parto de outras duas maternidades privadas, ambas filantrópicas (sem fins lucrativos).

Para a abordagem das 10 maternidades selecionadas, foram preparados dois instrumentos de coleta de dados: o roteiro de entrevista com diretores/as de maternidades e o questionário administrativo da organização, apresentados no ANEXO B. Os/as diretores/as de maternidades foram contatados diretamente pela pesquisadora, e a entrevista marcada em dia, hora e local de sua conveniência. Todos os diretores foram entrevistados no próprio hospital.

⁴ Um hospital privado pode escolher quais procedimentos vai atender pelo SUS. Assim, pode não ter convênio para atender parto, mas ter convênio para outros procedimentos.

⁵ Comunicação pessoal da coordenadora da Comissão Perinatal, Sônia Lansky.

As entrevistas semi-estruturadas com os/as diretores/as das maternidades buscaram identificar diferenças entre as concepções e trajetórias organizacionais no que tange às políticas e práticas de saúde materna e de humanização do parto e nascimento. Também procuraram explorar a imagem que a organização faz de si e de suas usuárias. As entrevistas foram gravadas. Entre os 10 diretores/as entrevistados/as, sete eram homens e três eram mulheres. Todos, com exceção de dois casos⁶, tinham muito tempo de relação com a organização, bem como na posição de diretor/gerente. Apesar do roteiro único, as entrevistas tiveram duração variada, sendo a mais curta de 35 minutos e a mais longa, realizada em dois dias diferentes, com duração total de 2 horas e 23 minutos. O tempo médio de entrevista foi de 1 hora e 20 minutos. Os diretores se mostraram abertos e disponíveis, contribuindo com reflexões fundamentais sobre o lugar do hospital na medicina contemporânea.

O questionário administrativo buscou identificar as relações da organização com atividades de ensino, sua capacidade, a organização do fluxo de atenção ao parto, os recursos humanos, as comissões hospitalares e as práticas de humanização da assistência. O questionário administrativo foi preenchido por pessoa delegada para tal pelo diretor/gerente da maternidade. Nem todas as perguntas foram respondidas, tanto em função do desconhecimento de algum aspecto pelo respondente quanto pela decisão de não informar determinadas questões para a pesquisa. A falta de algumas informações impediu algumas análises comparadas – como, por exemplo, a dos custos hospitalares com o parto.

1.1.3 Entrevistas semi-estruturadas com os/as médicos/as obstetras e enfermeiras/os obstetras

Foram entrevistados membros das duas categorias profissionais reconhecidas pelas políticas de humanização do parto como aptas para assistir aos partos de baixo risco, ou seja, médicos obstetras e enfermeiras obstetras em atuação nas grandes maternidades de Belo Horizonte.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada (roteiro no ANEXO C), partindo de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessavam à pesquisa (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004). O roteiro objetivava permitir que os

⁶ Interessante observar que esses dois casos se tratavam de mulheres, convidadas para exercer a atividade de diretora da maternidade. É sinal, também, do acesso recente das mulheres a postos de poder e direção.

entrevistados expressassem livremente suas opiniões e discutissem suas práticas. As digressões eram estimuladas pela entrevistadora. O pressuposto da técnica é de que a fala do entrevistado/a transmite representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO e SANCHES, 1993).

Em estudos qualitativos são utilizadas amostras intencionais ou propositais, ou seja, fazem parte da amostra os casos ricos em informações sobre o tema. A seleção da amostra procurou: privilegiar os sujeitos que detinham as informações e experiências que se desejava conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; e escolher um conjunto de informantes que possibilitou a apreensão de semelhanças e diferenças (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004). A amostragem qualitativa não privilegia o critério numérico, mas sim a capacidade de refletir o fenômeno nas suas múltiplas dimensões. Trata-se de uma amostragem não probabilística e os resultados obtidos não podem ser generalizados para o conjunto da população investigada, no caso, obstetras das áreas de medicina e de enfermagem.

O modelo de amostra não probabilística utilizado foi de Amostragem de Conveniência, ou seja, envolveu pessoas que se mostraram disponíveis e dispostas a participar. O problema principal desta abordagem é que as pessoas que estão mais disponíveis a participar podem diferir de modo importante das que não estão. Os critérios usados na composição da amostra buscaram contemplar: ambos os sexos, diferentes faixas etárias e experiência em hospitais públicos e/ou privados.

As entrevistas semi-estruturadas foram totalmente anônimas e gravadas com a concordância prévia do/a entrevistado/a. A elaboração do roteiro procurou evitar questões com potencial ofensivo ou constrangedor. Ao entrevistado foi dado conhecimento de que poderia se negar a responder perguntas que achasse inconvenientes, interromper a entrevista quando se sentisse constrangido ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Nenhum entrevistado se negou a responder qualquer pergunta, mas algumas informações foram fornecidas com o pedido explícito de que não fossem tornadas públicas.

Os profissionais foram contatados diretamente pela pesquisadora. A eles/elas foram apresentados os objetivos da pesquisa e a aprovação do comitê de ética. A entrevista era marcada em data e local escolhido pelo/a entrevistado/a. Antes da entrevista era apresentado e discutido o consentimento informado, com as garantias de sigilo e confidencialidade.

A análise das entrevistas gravadas observou os seguintes passos: escuta repetida das entrevistas de modo a entrar em contato exaustivo com o material; desmembramento das entrevistas e agrupamento de respostas de acordo com os tópicos e questões abordadas; e

utilização das informações para a formulação de possíveis hipóteses (MINAYO e SANCHES, 1993; SANCHEZ, OLIVEIRA e NAPPO, 2004).

Foram entrevistados 12 profissionais da obstetrícia, 6 da medicina e 6 da enfermagem, entre o período de 31 de agosto a 25 de outubro de 2007. As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelo entrevistado (consultório, hospital ou a própria residência), e tiveram duração média de uma hora, com exceção de duas – uma com enfermeira obstétrica que durou 2 horas e 18 minutos, e uma com médico obstetra que durou 3 horas.

Os profissionais entrevistados tinham entre 27 e 58 anos de idade, 5 eram homens e sete eram mulheres. Entre os médicos obstetras, a idade variou entre 33 e 58 anos, sendo 4 homens e 2 mulheres. Entre as enfermeiras obstétricas, a idade variou entre 27 e 41 anos, sendo 5 mulheres e apenas 1 homem. Na nossa amostra, os médicos obstetras eram mais velhos e mais do sexo masculino; enquanto as enfermeiras obstétricas eram mais novas, e quase todas mulheres.

Os profissionais entrevistados tinham atuado, ao longo de sua trajetória, em, no mínimo, uma organização hospitalar e, no máximo, em sete. Os médicos tendem a atuar em um número maior de organizações hospitalares em comparação com as enfermeiras obstétricas.

Os hospitais privados que os médicos obstetras mais declararam utilizar para fazer partos foram Mater Dei, Santa Fé e Octaviano Neves – utilizados por 3 médicos obstetras –, seguidos de perto pelo Hospital da UNIMED, utilizado por 2 médicos obstetras. Os hospitais privados citados por apenas um médico obstetra foram: Santa Lúcia (não faz mais parto); Life Center (não faz mais parto); São Lucas e Villa da Serra (hospital localizado no município de Nova Lima). Entre os hospitais públicos, os médicos obstetras declararam vínculo com o Odilon Behrens (3 médicos), Odete Valadares (2 médicos), Hospital Risoleta Tolentino Neves (2 médicos) e a maternidade de Betim (2 médicos). Apenas um médico citou vínculo com o Hospital das Clínicas e o Júlia Kubsticheck.

Entre as enfermeiras obstétricas, os hospitais privados mais citados foram Villa da Serra (2 enfermeiras), Mater Clínica (2 enfermeiras) e o Octaviano Neves (1 enfermeira). Os hospitais públicos mais citados foram Odete Valadares (3 enfermeiras), o Hospital Risoleta Tolentino Neves (2 enfermeiras) e o Odilon Behrens (1 enfermeira). Cinco enfermeiras obstétricas tinham vínculo com o Hospital Sofia Feldman. Por fim, 3 enfermeiras obstétricas atuavam no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho, que se caracteriza

como uma unidade peri-hospitalar⁷. As características descritas acima estão sistematizadas no ANEXO D.

1.1.4 Questões éticas do trabalho de campo

Qualquer pesquisa tem um potencial de produzir efeitos perversos não desejados, e pensar sobre os riscos de produzir qualquer malefício deve ser, sempre, preocupação inerente do pesquisador. No presente caso, identificamos dois riscos potenciais: estigmatizar as organizações e estereotipar os profissionais.

O risco de “estigmatizar” determinadas organizações por suas práticas com relação à assistência ao parto poderia ocorrer caso as organizações investigadas fossem identificadas separadamente, e o estudo decidiu não proceder desta forma. Assim, na análise dos dados, as organizações hospitalares foram identificadas em seu conjunto, a partir das categorias da tipologia criada (Pública, Filantrópica, Privada sem SUS e Cooperativas). Além disso, o estudo parte de uma comparação da prática hospitalar com as normativas do Ministério da Saúde, não se tratando de uma avaliação baseada em critérios pessoais.

O risco de “estereotipar” os profissionais praticantes da obstetrícia por sua formação acadêmica – medicina e enfermagem – será evitado a partir de uma análise do *ethos* profissional que fuja de idealismos ou critérios morais. Com relação à tensão entre tais profissões, tal contenda já está colocada de maneira pública (haja vista a discussão sobre o projeto de lei do ato médico⁸), e a pesquisa relativiza e problematiza esta tensão, a partir de uma elaboração reflexiva dos resultados encontrados.

Todas as entrevistas gravadas serão mantidas em sigilo, não serão divulgadas na íntegra e se prestarão apenas para a análise da pesquisadora. Na reprodução de trechos ilustrativos das entrevistas foram preservadas as identidades dos/as informantes, sendo declarado apenas sexo, profissão e idade. Além disso, na reprodução de trechos ilustrativos das entrevistas, foram omitidas informações que pudessem identificar pessoas e organizações.

⁷ Segundo definido em portaria, o Centro de Parto Normal poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de saúde ou como estabelecimento autônomo (Portaria 985/1999).

⁸ O Projeto de Lei do Ato Médico (PLS 25/2002) objetiva regulamentar os atos médicos, ou seja, todo procedimento da competência e responsabilidade exclusivas do médico no exercício de sua profissão.

2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE E AO PARTO NO BRASIL

O presente capítulo não tem a intenção de ser uma revisão exaustiva da construção do sistema de saúde no Brasil, mas sim de focalizar a discussão na maneira como o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, e no impacto dessas características na elaboração, implantação e monitoramento de políticas de saúde, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular. Neste exercício de relacionar modelo de assistência à saúde e modelo de assistência ao parto, não se trata de constituir uma relação de causalidade, mas de interdependência e de legitimação. Enquanto processos paralelos, que se dão em um contexto histórico, cultural, social e econômico complexo, ambos os modelos estão conectados em uma perspectiva de se re-alimentarem.

Conforme se constatará no decorrer do capítulo, desde os primórdios desta nação a assistência à saúde se construiu como um campo de dicotomias e de tentativas de superá-las: Rio de Janeiro *vs.* resto do País; urbano *vs.* rural; trabalhadores formais *vs.* trabalhadores informais e desempregados; norte *vs.* sul; prevenção *vs.* assistência; ações campanhistas *vs.* ações permanentes; previdência individual *vs.* saúde coletiva; centralização *vs.* descentralização; ricos *vs.* pobres; público *vs.* privado. O caráter excludente e desigual da assistência sempre foi uma marca da saúde no Brasil, bem como das práticas de assistência ao parto, como se discutirá a seguir.

O texto a seguir está estruturado em três partes: modelo de assistência à saúde no Brasil; modelos de assistência ao parto; e políticas de assistência ao parto. Na primeira parte, será discutida a constituição do modelo de assistência à saúde no Brasil, que privilegiou e consolidou as práticas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Soma-se a isso o fato de que a assistência à saúde no Brasil é oferecida por um *mix* de serviços públicos e privados.

Posteriormente, o texto reconstrói o caminho da constituição da obstetrícia moderna e do seu discurso acerca da mulher e do parto. O argumento a ser defendido é que 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. Por fim, o capítulo tratará das normativas governamentais acerca da assistência humanizada ao parto e ao nascimento.

2.1 Saúde no Brasil: a predominância do modelo curativo e hospitalar

Enquanto Colônia, o Brasil não foi alvo de nenhuma preocupação sistemática de Portugal no que tange às questões de saúde dos que aqui viviam, assolados por diversas epidemias como varíola, sarampo e febre amarela, entre outras (MACHADO, 1996; BERTOLLI FILHO, 1999). A Colônia quase não tinha médicos, contava com algumas Santas Casas e poucos hospitais, que funcionavam de maneira precária⁹, e com os leprosários (MACHADO, 1996).

A situação começou a mudar após a chegada da família real ao Rio de Janeiro, no início do século XIX. Foram criados os dois primeiros cursos de medicina do Brasil, bem como a Junta de Saúde Pública. As primeiras ações de saúde pública dessa época se concentraram na capital Rio de Janeiro e se voltaram para o controle das epidemias por meio de medidas de saneamento, de inspeção sanitária e de inspeção dos portos (MACHADO, 1996).

Com a proclamação da República, os sucessivos governos passaram, paulatinamente, a assumir a responsabilidade de propor e gerir políticas de saúde mais abrangentes. Do final do século XIX até 1920 observa-se o aumento no número de centros de formação de profissionais de saúde (médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros) e na intervenção governamental por meio de políticas públicas, bem como a criação de centros de estudo e pesquisa. Ensaia-se uma política de cunho nacional e a divisão de atribuições entre Estados e União (MACHADO, 1996). A Saúde Pública, no Brasil, inaugurou-se no começo do século XX com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (MERHY e QUEIROZ, 1993). A principal motivação era superar as precárias condições de saúde da população, que impactavam negativamente a economia nacional.

A partir dos anos de 1920, as políticas de saúde se caracterizaram tanto pela tentativa de extensão a todo o território nacional quanto pelo cunho intervencionista e autoritário das ações¹⁰ (MACHADO, 1996). Também nesta época a assistência médica se incorporou efetivamente ao rol de ações asseguradas à população brasileira, por meio de mecanismos com participação estatal: em 1923, a Lei Eloy Chaves criou as primeiras caixas de

⁹ Destacam-se desta realidade precária os hospitais militares do Rio de Janeiro e da Bahia (MACHADO, 1996).

¹⁰ “Na área materno-infantil a legislação era ainda mais rígida e autoritária. Em caso de gravidez de mãe leprosa, proibia-se a amamentação e o próprio convívio, retirando-se a criança dos braços da mãe ao nascer.” (MACHADO, 1996, p.100).

previdência, que atenderam, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996; MERCADANTE, 2002). As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) eram organizadas por categoria profissional. Seu sistema era o de capitalização coletiva, financiada de forma tripartite por trabalhadores, empregadores e Estado. Além dos benefícios previdenciários, as CAPs forneciam assistência médica e medicamentos. Porém, inexistiam regras comuns de funcionamento das diversas CAPs e cada órgão estabelecia seu regulamento, que dependia da receita disponível a partir das contribuições (MERCADANTE, 2002).

Embora as CAPs tenham continuado a existir até os anos de 1960, a partir de 1933 o modelo de Caixas foi substituído por um modelo menos fragmentado, de vinculação exclusiva à categoria profissional e de caráter nacional, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias com maior controle do Estado (MACHADO, 1996). O modelo previdenciário das CAPs e dos IAPs não encarava a prestação de serviços de assistência médica como um direito universal e manteve excluídos dos benefícios todos e todas que não estavam incorporados ao mercado formal de trabalho, determinando o caráter restrito da assistência médica oficial e construindo uma “cidadania regulada” (SANTOS, 1994 *apud* COSTA, 2002). Além disso, as instituições previdenciárias eram heterogêneas em relação à legislação específica, ao número de assegurados, à arrecadação e ao percentual de despesas com assistência à saúde (MENICUCCI, 2007).

A manutenção das disparidades normativas entre os IAPs resultaram em reivindicações a favor de um sistema de previdência unificado e menos desigual (MERCADANTE, 2002). A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS, Lei nº 3807 de 26 de agosto de 1960) padronizou as regras e viabilizou a posterior unificação da previdência social, que ocorreu em 1966 – após a instalação do regime militar – com o Decreto-Lei 72, que criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), 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 cobertas, como a dos trabalhadores rurais. Os seguros relacionados a acidentes de trabalho passaram também a fazer parte do novo arcabouço jurídico e institucional da Previdência Social (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996).

A criação do INPS – substituído, em 1978, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) – consolidou a duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde, divididas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social. A fusão das instituições de seguro social fortaleceu a previdência social

administrativa, financeira e politicamente, contribuindo para o fracasso das tentativas integracionistas conduzidas pelo Ministério da Saúde (MERCADANTE, 2002). Como resultado, a assistência médico-hospitalar individual ficou vinculada ao sistema previdenciário e as ações coletivas de saúde pública, ao Ministério da Saúde. Como a previdência social tinha recursos financeiros vinculados e crescentes, foram priorizadas as ações curativas e centradas nos hospitais (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996; MACHADO, 1996; SANTOS, 2006), e por isso o modelo foi denominado de “hospitalocêntrico”.

Segundo Castilho (2003), a dicotomia entre o preventivo e o curativo se origina de um modelo epidemiológico que dividia a saúde em duas fases, a pré-patogênica e a patogênica. A aplicação desta lógica na política de saúde e na estruturação dos serviços resultou em um sistema no qual o Ministério da Saúde deveria atender às necessidades “não sentidas” (pré-patogênicas), enquanto o Ministério da Previdência Social se voltava para as “necessidades sentidas” (patogênicas). O problema é que para as necessidades “não sentidas” do Ministério da Saúde correspondia um orçamento “não sentido”, enquanto para as “necessidades sentidas”, o Ministério da Previdência Social contava com a segunda arrecadação do País, superada apenas pelo Ministério da Fazenda. Além disso, “(...) a articulação da assistência médica com os interesses privados do complexo médico-industrial, que se constituía no país, a partir da década de 60, conferiu-lhe peso político para absorver crescentes parcelas do fundo público”. (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996, p.31)

Ainda no regime autoritário pós-64, a centralização das receitas públicas e das funções do Estado foi uma importante característica. A unificação do sistema previdenciário, em 1966, transformou a saúde em responsabilidade primordialmente atribuída à União, e Estados e municípios perderam progressivamente sua autonomia enquanto gestores (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996). Por fim, durante a ditadura militar, deu-se prioridade à compra de serviços médicos do setor privado, provocando um processo de fragilização e redução da presença da rede pública preexistente. Enquanto em 1962, 40% dos 236.930 leitos hospitalares eram públicos (incluídos os do sistema previdenciário), em 1976, dos quase 433 mil leitos existentes apenas 27% eram públicos. Em 1986, a participação dos leitos públicos caiu para 22% (BARROS, PIOLA e VIANNA, 1996). A opção privatista consolidou-se com a criação, em 1975, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que chegou a destinar ao setor privado, em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde (COSTA, 2002). Soma-se a isso o fato deste movimento não ter sido submetido a controles ou regras, resultando na concentração espacial dos equipamentos de atenção médico-hospitalar na região sul e sudeste.

A orientação política dos anos de 1960, favorecendo o segmento médico-assistencial privado, levou à constituição de um “complexo previdenciário” composto por três subsistemas (MENICUCCI, 2007): 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 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 eram remunerados por US (Unidades de Serviço)¹¹. Por fim, o subsistema conveniado foi estabelecido por convênios entre o INPS e empresas nos quais, por meio de 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.

Nova mudança na lógica da assistência à saúde no Brasil começou a ser gestada no final da década de 1970, no contexto tanto do início da transição democrática quanto da profunda crise econômica do País. Nesse período consolidou-se o Movimento pela Reforma Sanitária, cujas principais bandeiras eram: a melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorientação do modelo de atenção sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; e a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE, 2002). Esse movimento de reforma, no sentido de universalização pública da cobertura de saúde, ocorria simultaneamente às propostas de entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde, para que se desse maior atenção à saúde (COSTA, 2002). O grande marco do movimento foi a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujas resoluções influenciaram o texto da Constituição de 1988.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base as diretrizes de

¹¹ A lógica de pagamento por procedimento médico foi perversa na produção de corrupção e iatrogenias médicas – alteração patológica provocada no paciente por diagnóstico ou tratamento médico de qualquer tipo –, entre elas a prática da cesariana desnecessária, já que o parto cirúrgico foi mais bem contemplado na tabela do que o parto normal. O modelo de pagamento hospitalar será discutido no Capítulo 2.

hierarquização, descentralização e participação da comunidade. A assistência privada à saúde é livre e as instituições privadas podem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

A nova Constituição, ao separar a saúde da previdência, promoveu uma ruptura com o modelo que prevalecia desde a Era Vargas, que atribuía ao Ministério da Saúde¹² apenas a responsabilidade pelo combate às epidemias e tornava a assistência médica uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais (COSTA, 2002). Além disso, os princípios norteadores do SUS (universalidade, equidade e integralidade) buscaram conformar um sistema de saúde que revertisse a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002).

Entretanto, de maneira aparentemente contraditória, foi também nesse período que houve grande expansão da medicina suplementar no Brasil. Se para Pereira (1996) tal expansão resulta dos “efeitos perversos” da universalização da saúde, para Menicucci (2007) trata-se de um evento anterior à universalização e que se potencializa basicamente por três motivos: primeiro, como a universalização não resultou de uma reivindicação dos trabalhadores, eles resistiram a ela criando novas formas de diferenciação da assistência; segundo, a universalização não foi acompanhada por uma ampliação da rede pública, e sim pela compra de serviços privados; e, por último, a prática dos convênios abriu o mercado para a expansão autônoma da medicina de grupo e das cooperativas médicas.

As empresas do setor suplementar – “uma alternativa opcional e desvinculada da assistência pública de caráter universal” (MENICUCCI, 2007, p. 109) –, organizadas em diferentes modalidades, passaram a absorver um grande número de profissionais de saúde, clínicas e hospitais do setor privado, alterando-se o quadro a que esses prestadores encontravam-se submetidos, deixando o Estado de ser o comprador quase exclusivo de tais serviços (FARIAS e MELAMED, 2003). Entre 1987 e 1994, houve um crescimento de 73,4% da população coberta pela saúde suplementar no Brasil, que atualmente contempla cerca de

¹² O Ministério da Saúde foi instituído em 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: o da Saúde e o da Educação e Cultura. Entretanto, segundo Costa (2002), o Ministério da Saúde passou a constituir-se como uma força política após 1998, quando o então Ministro da Saúde, José Serra, impôs políticas públicas regulatórias (regulação da saúde suplementar, em 1998; aprovação da Proposta de Emenda Constitucional 29, em 2000; e implantação da política dos medicamentos genéricos, em 2000) que escapassem minimamente à orientação geral do governo de priorizar a manutenção da estabilidade macroeconômica. Tal fato é atribuído à pretensão de José Serra em se tornar um nome legítimo dentro do PSDB para disputar a sucessão presidencial de Fernando Henrique Cardoso, em 2002.

um quarto da população brasileira. Trata-se do segundo maior mercado privado em números quantitativos, superado apenas pelo norte-americano, sendo que o volume financeiro movimentado no setor privado brasileiro de planos de saúde é praticamente equivalente ao volume despendido pelo setor público (FIGUEIREDO, 2007): o gasto total com saúde (público e privado), no Brasil, em 1998, foi estimado em R\$ 72 bilhões, sendo que o gasto privado – incluindo o gasto direto das famílias – representou 59% do total e correspondeu a 4,6% do PIB, enquanto o gasto público representou 41% e correspondeu a 3,3% do PIB (BARROS, 2003).

Informações acerca do consumo de planos de saúde no Brasil, obtidas por meio dos dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e de 2003, mostram que: cerca de 25% da população possui plano de saúde privado no Brasil; entre estes, a maioria é de mulheres, cerca de 54%; os planos de saúde individuais¹³ cobrem cerca de 8% da população, e os coletivos¹⁴, 16% (ANDRADE e MAIA, 2006). O consumo de planos de saúde é explicado, sobretudo, pela renda familiar *per capita*¹⁵: entre os 20% mais ricos, a posse de plano de saúde é 16 vezes mais freqüente do que entre os 20% mais pobres. Por outro lado, a proporção de gastos com seguro saúde é maior no contingente de menor poder aquisitivo. Outra diferença ligada à renda se refere ao tipo de serviço de saúde consumido: os indivíduos mais pobres tendem a procurar mais os serviços de saúde por problemas de doença, e não por motivo de prevenção ou exames de rotina, como observado no contingente de maior poder aquisitivo (NÉRI e SOARES, 2002). Neste sistema perverso, os indivíduos socialmente mais vulneráveis gastam mais com plano de saúde (proporcionalmente à sua renda), embora tenham direito a uma menor cobertura do seguro e menos acesso à prevenção e promoção da saúde.

As principais formas institucionais de compra e venda de serviços privados de assistência médica no Brasil são (MALTA, 2003; VIEGAS, 2004):

a) Medicina de Grupo: responsável por quase 34% dos beneficiários da assistência médica supletiva, esse segmento se organizou em torno de proprietários/acionistas de hospitais, criando redes de serviços e credenciando hospitais e laboratórios, dado que existia

¹³ O plano individual é contratado por pessoa física, sendo a contraprestação pecuniária integralmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora.

¹⁴ O plano coletivo pode ser com ou sem patrocinador. O plano coletivo sem patrocinador é contratado por pessoa jurídica e a contraprestação pecuniária é integralmente paga pelo beneficiário, diretamente à operadora. Já o plano coletivo com patrocinador é contratado por pessoa jurídica e a contraprestação pecuniária é, total ou parcialmente, paga pela pessoa jurídica contratante à operadora.

¹⁵ Entretanto, a influência da renda na aquisição do plano de saúde não é direta, e sim uma manifestação da posição do indivíduo no mercado de trabalho.

um comprador de serviços que lhes garantia um mercado seguro (o Estado). Estão associadas à ABRAMGE (Associação Brasileira da Medicina de Grupo);

b) Cooperativas Médicas: possuem 25% dos clientes de planos de saúde e se organizaram, a partir da iniciativa de médicos, com a argumentação da ameaça de perda da autonomia da prática médica e da mercantilização da medicina. Os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. A Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil é a entidade máxima do sistema de cooperativas;

c) Seguro-saúde: as seguradoras, vinculadas ou não a bancos, representam a modalidade empresarial mais recente no mercado de assistência médica suplementar, com 16% do contingente de pessoas cobertas através de planos privados de saúde. A instituição provedora realiza a intermediação financeira entre determinado grupo de indivíduos, por meio da prática do reembolso dos serviços utilizados. A mudança recente na legislação brasileira permite às seguradoras, além de realizarem a intermediação financeira, contratarem rede credenciada de serviços. Estão associadas na FENASEG (Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização);

d) Autogestão: planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o segmento não comercial do mercado suplementar. As autogestões totalizam 285 empresas e aproximadamente 4,7 milhões de beneficiários (15% dos usuários da medicina suplementar). Os planos de autogestão organizam suas redes de serviços, fundamentalmente, mediante o credenciamento de provedores. Estão associadas na UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde).

Atualmente, o sistema de saúde brasileiro se caracteriza como um sistema híbrido¹⁶, no qual os setores privado e público coexistem no provimento e no financiamento dos serviços. Essa dualidade determina desigualdades sociais e assistenciais importantes: os grupos sociais mais favorecidos possuem duplo acesso ao sistema (VIEGAS, 2004); o setor privado ainda predomina na assistência hospitalar e o setor público na assistência ambulatorial¹⁷ (MERCADANTE, 2002); e a regulação governamental do setor privado é recente e incipiente (SANTOS, 2006).

¹⁶ Entre os 30 países da OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*), todos têm alguma participação do setor privado no financiamento da saúde, mesmo que o sistema público ainda seja prevalente. O *mix* público-privado tem se manifestado como forma de desenho dominante (ANDRADE e MAIA, 2006).

¹⁷ Em 1999, 66,5% dos 7.806 hospitais brasileiros eram privados. Em contraposição, no que se refere aos estabelecimentos voltados para a atenção ambulatorial, 73% dos 41 mil estabelecimentos existentes eram de natureza pública. Em termos hospitalares, estes números representam uma retração de 10,9% no número de leitos do setor privado e um crescimento simultâneo de 6,2% do número de leitos do setor público, em relação à 1990 (MERCADANTE, 2002).

Retomando o argumento inicial, 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 *vis a vis* ao menosprezo pela promoção da saúde, pela clínica médica básica e pelas ações de baixa 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. Tal hibridismo, baseado em uma ação suplementar da medicina privada, determina formas distintas de acesso, financiamento, produção de ações e serviços, e de atuação governamental (MENICUCCI, 2007). 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. Este último argumento será ilustrado pela discussão acerca do duplo modelo de assistência ao parto no Brasil.

A seguir, exploro o modelo de assistência ao parto construído pela moderna medicina obstétrica ocidental. O que se pretende mostrar é que, no contexto de um modelo de assistência à saúde curativo e hospitalar, tal qual o brasileiro, o modelo tecnocrático de assistência ao parto encontra solo fértil para se legitimar de maneira quase absoluta.

2.2 Das parteiras aos médicos, de casa para o hospital: a institucionalização do parto

A prática da medicina européia, até o século XVIII, tinha uma estrutura tripartite e hierárquica: os físicos, no topo da hierarquia, eram pouco afeitos aos conhecimentos práticos e aos corpos doentes, e possuíam uma formação excessivamente teórica e erudita; os cirurgiões, com um *status* inferior ao do físico, atuavam nas cirurgias, sangrias, purgas e aplicações de loções e emplastos; e os boticários ou apotecários, que carregavam o estigma do comércio e realizavam a fabricação e a comercialização de remédios (COELHO, 1999; MARTINS, 2004). O parto, um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, e ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades no parto, os cirurgiões-barbeiros, também denominados cirurgiões-parteiros, eram chamados a intervir. Estas intervenções eram quase sempre tão ineficazes quanto as das parteiras, e normalmente o

papel dos cirurgiões-barbeiros era retirar um feto vivo de sua mãe morta (DOMINGUES, 2002).

Os primeiros manuais de parto na Europa surgiram no século XVI, publicados por cirurgiões-parteiros para a divulgação dos conhecimentos da medicina greco-romana, caída no esquecimento durante a Idade Média (MARTINS, 2004). Entretanto, a especialidade da obstetrícia só nasceu nas faculdades européias de medicina na primeira metade do século XIX. Para o surgimento da obstetrícia foi necessário o cumprimento de dois pré-requisitos: que a mulher se tornasse alvo do interesse médico; e que a estrutura tripartite da medicina estivesse superada, já que a obstetrícia é uma especialidade configurada de tal modo que não pode prescindir da associação entre a clínica e a cirurgia.

De fato, a medicina após o Renascimento se ocupou intensamente em construir um discurso científico acerca da mulher¹⁸ e de sua natureza, que tinha como principal motivação justificar as desigualdades da nova ordem social (COSTA, 1996; LAQUEUR, 2001; ROHDEN, 2001; MARTINS, 2004; MARTIN, 2006). A definição iluminista da “mulher” contempla o determinismo biológico e a centralidade do útero¹⁹, e sua vida passou a ser descrita como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos, entre eles a gravidez e o parto:

Os tratados de obstetrícia dos séculos XVIII e XIX dedicaram muitos capítulos aos problemas que ocorriam nos dois momentos [a gravidez e o parto], além do fato de que a obstetrícia tornou-se uma especialidade médica a partir da experiência dos cirurgiões em atender somente a partos complicados, o que explica o grande interesse pela patologia dos partos. (MARTINS, 2004, p. 40)

No final do século XIX, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado por eles e circunscrito às maternidades, o que se efetivou na metade do século XX. Observa-se que antes do advento da obstetrícia foi possível manter uma divisão do trabalho entre médicos e parteiras²⁰, onde partos “naturais” eram objeto da atenção da parteira enquanto o médico era chamado a agir nos casos de complicações.

¹⁸ Na evolução do pensamento ocidental a partir do século XVII, observa-se que, de sinal ou marca, as características físicas passaram a ser entendidas com causa e origem da distinção masculino/feminino. Tal perspectiva pode ser identificada na mudança da percepção do corpo como unissexuado, presente dos gregos até o século XVIII, para a noção contemporânea do corpo como bissexuado (LAQUEUR, 2001).

¹⁹ Essa centralidade do útero é comprovada pelas imagens que ilustram os livros de obstetrícia, onde o corpo materno aparece apenas como detalhes do útero grávido (MARTINS, 2005).

²⁰ Inclusive, no século XVII, os médicos passaram a controlar as parteiras, produzindo manuais para sua capacitação. No século XVIII, as parteiras freqüentavam escolas comandadas por médicos e disseminadas pela Europa (MARTINS, 2004).

A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímetro, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos²¹) e a práticas cada vez mais intervencionistas, fatos que foram usados para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos (ROHDEN, 2001; MARTINS, 2004; MARTIN, 2006). Por outro lado, a perseguição, desqualificação e banimento das parteiras também fez desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos (TORNQUIST, 2004; AIRES, 2006).

Se a Igreja medieval já havia colocado as parteiras no lugar de feiticeiras e bruxas – principalmente pela suspeita de sua relação com o infanticídio e o aborto, o que reduzia o número de católicos (ROHDEN, 2001) –, a medicina Iluminista selou sua aliança com o Estado e difundiu a associação entre parteiras e sujeira. Além disso, a parteira articulava, em relação à figura do médico, uma desigualdade de gênero, de classe e de raça (TORNQUIST, 2004).

Mas, adentrando em um campo ocupado por mulheres e investindo em corpos femininos, de cujas dinâmicas tinha pouco conhecimento, a medicina incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e de bebês (TORNQUIST, 2004). Caso clássico é o das altas taxas de mortalidade materna relacionadas a partos hospitalares, na década de 1870, em função da infecção puerperal. Por isso, as primeiras mulheres a recorrerem às maternidades eram pobres e/ou solteiras, e o faziam como último recurso. O que se depreende da história em torno da febre puerperal é que a relutância dos médicos em reconhecerem o potencial iatrogênico de sua prática atrasou o combate à infecção em mais de cem anos, apesar da classe médica estar profundamente sensibilizada para o problema (NULAND, 2005).

A febre puerperal começou a ceder no final do século XIX com medidas simples, como higiene das mãos dos médicos – com água, escova e sabão – e isolamento das mulheres infectadas (MARTIN, 2006). Além disso, os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais. A criação de hospitais específicos para a realização dos partos – as maternidades – foi um evento do final do século XIX. A construção de maternidades objetivava criar tanto um espaço de ensino e prática da medicina da mulher como um lugar onde as mulheres sentissem segurança para parir. Entretanto, somente após a

²¹ Instrumento usado na embriotomia, a prática da retirada do embrião com perfuração do crânio para facilitar a extração.

Segunda Guerra Mundial houve queda significativa na mortalidade materna e infantil, uma mudança menos ligada à obstetrícia do que à medicina como um todo (TORNQUIST, 2004).

Os hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XIX, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento melhorava em qualidade e segurança devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o parto e às operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos (MARTINS, 2005). Fechava-se um ciclo, iniciado com os cirurgiões parteiros do século XVIII, munidos de alguns poucos instrumentos e vagos conhecimentos sobre o corpo feminino. O obstetra do final do século XIX foi capaz de ocupar, no imaginário social, o lugar do cientista, do homem culto, piedoso e protetor da mulher. Além disso, imagina-se o médico como o conhecedor da mulher na sua anatomia, na sua fisiologia e na sua alma, principalmente quando atormentada pelas dúvidas da gravidez e pelos receios quanto ao parto (MARTINS, 2005; MARQUES, 2005).

Em suma, 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. O parto hospitalar serviu à obstetrícia de três maneiras: restringindo a competição com as parteiras; estabelecendo o princípio do controle médico sobre as pacientes; e permitindo o treinamento de novos médicos (DOMINGUES, 2002). O parto medicalizado e hospitalar se tornou sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor.

A consolidação da obstetrícia tanto como especialidade médica legítima quanto como campo passível de conferir *status* ao seu praticante apresenta particularidades em países periféricos, como o Brasil, e em capitais tardias, como Belo Horizonte²². No Brasil, o ensino e a prática da obstetrícia e da ginecologia foram muito precários até a década de 1870. O ensino era eminentemente “enciclopédico” e teórico e, em 1867, o professor Matias Moreira Sampaio registrou que “o ensino de partos está longe da perfeição pela falta da clínica respectiva, de modo que podemos dizer que, salvo algumas manobras exercidas no manequim, fazemos somente partos teóricos” (*apud* BRENES, 1991, p. 141). Após a Reforma Sabóia, em 1882, as duas especialidades (obstetrícia e ginecologia) foram separadas e o ensino passou a contemplar a parte prática. Além disso, como no Brasil os atendimentos obstétricos permaneceram domiciliares até o final do século XIX, não se observou o surto de infecção puerperal tal qual ocorreu na Europa (MARTINS, 2004).

²² A conformação da assistência ao parto em Belo Horizonte será discutida no Capítulo 3.

Martins (2004) identifica que esse atraso do ensino oficial da medicina no Brasil resultou em uma imposição da autoridade médica apenas às mulheres brancas e com dinheiro, ficando a maioria da população a utilizar as práticas não regulamentadas até o início do século XX. Assim, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu restrito às elites e classes médias urbanas até essa data. As mulheres pobres, que ainda tinham alguns recursos, recorriam às parteiras. Somente as que se viam na miséria e no abandono recorriam às enfermarias dos hospitais. Atualmente, praticamente todas as mulheres, no Brasil, têm seus partos com médicos e em organizações hospitalares (LEAL e VIACAVA, 2002), o que não significou o fim da dualidade da atenção, em se considerando raça e classe social (NASCIMENTO, 2003; NEUMANN *et al.*, 2003).

A mudança do parto doméstico, assistido por parteiras, para o parto hospitalar, conduzido por médicos – passando por uma fase intermediária para as mulheres de classe alta, com o parto domiciliar com médico – resulta de um conjunto complexo de circunstâncias, nem todas completamente compreendidas. Martins (2004) enumera alguns fatores: os partos complicados e as parteiras (bem como os médicos) despreparadas ceifaram muitas vidas; a criação de maternidades separadas de hospitais gerais; a adoção de medidas de higiene e isolamento reduziu as mortes maternas hospitalares; a evolução da técnica da cesariana a tornou segura para salvar a vida de mães e bebês, no caso de partos com complicações; e os médicos se empenharam em divulgar tanto sua técnica e perícia quanto uma postura humanitária e filantrópica.

A assistência médico-hospitalar ao parto e nascimento confere novos significados ao parir e nascer. De evento fisiológico, familiar e social, transforma-se em ato médico, onde o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. Inaugura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto.

2.2.1 Assistência medicalizada e hospitalar do parto: o modelo tecnocrático

A compreensão das origens do modelo médico de assistência ao parto construído na modernidade deve contemplar dois aspectos: o fato de que a medicina ocidental Iluminista passa a ver o corpo como máquina e o médico como o mecânico, aquele que a conserta; e o reconhecimento de que o modelo de produção fabril passou a ser aplicado na assistência à

gestante, onde metáforas de tempo e movimento são usadas para descrever tanto o “trabalho” de parto (DAVIS-FLOYD, 2001; MARTIN, 2006) quanto para organizar a assistência.

Na percepção do corpo como máquina, o principal objeto do obstetra passa a ser o útero e o seu produto, em lugar da mulher. Desta forma, o parto é considerado como o resultado do trabalho mecânico das contrações involuntárias do útero. Segundo Martin (2006), esta imagem é fundante e fundamental na concepção da obstetrícia moderna por três razões: primeiro, elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico neste lugar, cabendo a ele fazer 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, mesmo quando sua prática lhe dá provas deste fato; e terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (rompimento do saco amniótico, aplicação de ocitocina, realização da cesariana, etc.). Em um ambiente hospitalar, tais práticas e rotinas se tornam padronizadas (DAVIS-FLOYD, 2001).

Assim sendo, a imagem fragmentada do corpo-máquina e da mulher-útero, associada com a idéia do hospital como uma linha de produção, permitiu que se instituísse uma assistência padronizada que inclui a prática de mudar a mulher de lugar durante o trabalho de parto. Nesse sentido, a própria área física das maternidades expressa tal concepção do processo da parturição, com a mulher sendo transferida de leito em leito durante o trabalho de parto, como em uma linha de montagem, frequentemente em diferentes andares de um prédio:

(...) primeiro no leito de admissão; depois no de pré-parto, fora do centro cirúrgico, até o fim do período de dilatação; para durante a delicada fase chamada de transição [fim da dilatação] a mulher ser rebocada para a sala de parto, no centro cirúrgico; depois do qual para uma maca num corredor ou uma sala de recuperação/pós-operatório; em seguida para o leito de puerpério. (DINIZ, 2001, p. 29)

Mas não é só a unidade do corpo que é perdida; mãe e bebê passam a ser vistos como uma díade conflitante e não como uma unidade integral (ROTHMAN *apud* MARTIN, 2006). O parto hospitalar, realizado por médico com o apoio de um intenso aparato tecnológico e fármaco-químico, nos moldes de uma linha de montagem taylorista, tem se tornado o modelo predominante, quando não hegemônico, de assistência ao parto. Tal modelo de assistência ao parto tem sido denominado de “Modelo Tecnocrático”.

Uma das mudanças mais emblemáticas na cena do parto, provocadas pelo Modelo Tecnocrático, diz respeito à posição da mulher no trabalho de parto e parto, da vertical (sentada) para a horizontal (deitada). A medicalização do parto obrigou a mulher a se

imobilizar e a se deitar. Considerada uma posição que dificulta o processo fisiológico do trabalho de parto, ela se justifica por duas perspectivas 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. Martins (2005) denomina de “obstetrícia ocular” esta prática, que articulou a necessidade de ver com a idéia de prevenção e segurança para a mulher e seu filho. Esta nova lógica se contrapõe ao papel tradicional da parteira, cuja função era esperar e aparar, sendo suas mãos os únicos instrumentos necessários.

Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico e não a mulher. Além disso, a posição deitada (litotomia) dificulta o trabalho de parto, justificando o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher no leito e impedem que se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia impedem a mulher de participar ativamente do parto, obrigando o médico à “manobra de Kristeller” (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais (DINIZ e DUARTE, 2004). As intervenções do modelo tecnocrático de assistência ao parto geram um efeito cascata, ou seja, os médicos submetem as mulheres a intervenções “que podem levar a complicações, gerando intervenções subseqüentes e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado” (MOLD e STEIN, 1986 *apud* DINIZ, 2001, p. 9). Para Enkin *et al.*, a abordagem médico-cirúrgica do parto implica a “substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas” (*apud* DINIZ, 2001, p. 9). No modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas de parir: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea.

2.2.2 Cesárea: o “padrão ouro” da assistência tecnocrática

Apesar dos índices de cesárea apresentarem crescimento em vários países do mundo, inclusive Estados Unidos e Inglaterra, o Brasil tem sido considerado o campeão mundial da cesárea. Partindo do fato de o sistema de saúde do País ter se configurado de maneira centrada

na atenção hospitalar e curativa, este pode ser considerado um solo fértil para a legitimação do modelo tecnocrático de assistência ao parto, criando uma situação *sui-generis* que o destaca da realidade mundial. É nesse sentido que é possível pensar em sistemas que se re-alimentam e se legitimam, mantendo a dificuldade de implementação das políticas de humanização do parto.

Há algumas décadas o número excessivo de cesarianas no Brasil é causa de preocupação. A tendência no crescimento das taxas de cesáreas começou nos anos de 1970. Segundo dados do INAMPS, a proporção de cesáreas no total de partos feitos no sistema público de saúde passou de 15% em 1970 para 31% em 1980 (PERPÉTUO, BESSA e FONSECA, 1998), e não parou mais de crescer. Diversas foram as causas relacionadas a este evento: maior valor pago pela tabela do INPS para a cesárea, na década de 1970; medo, por parte das mulheres, da dor do parto normal; crença, por parte das mulheres e dos médicos, de que o parto vaginal afrouxa os músculos da vagina e interfere na satisfação sexual; crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o bebê do que uma cesárea; conveniência (hora marcada) e economia de tempo para o médico; falta de qualificação do médico para o parto normal; pré-natal incapaz de preparar para o parto; atendimento centrado no médico e não em equipes que incluam obstetrias; ausência de pagamento de anestesia para o parto normal; o uso da cesárea para a realização de laqueadura tubária; e a associação entre parto vaginal e “imprevisibilidade” e parto cesáreo e segurança (FAÚNDES e CECATTI, 1991; CHACHAM e PERPÉTUO, 1996). Mais recentemente, o aumento de demandas judiciais em casos de resultados adversos no parto produz no médico um receio maior frente ao parto vaginal (BESIO, 1999).

Na discussão sobre uso apropriado de tecnologia na assistência ao parto, o parto cesariano torna-se um caso exemplar do limite da tecnologia: seu uso excessivo tanto não resulta em benefícios adicionais quanto acarreta maiores risco de morbidade e mortalidade para a mulher e o bebê (FAÚNDES e CECATTI, 1991; DOMINGUES, 2002; MACDORMAN, 2006; VILLAR *et al.*, 2006).

A Organização Mundial de Saúde recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15% do total de partos. Entretanto, as taxas globais de cesariana, no Brasil, estão em torno de 40% de todos os partos, e são extremamente desiguais quando se considera o *status* sócio-econômico da mulher. Já na década de 1970, diversos trabalhos mostravam que as taxas de cesárea eram maiores nos estabelecimentos contratados do que nos próprios da previdência, bem como eram maiores para usuárias dos serviços privados do que para as “indigentes” e as usuárias da previdência (ROCHA, ORTIZ e FUNG, 1985). Em uma

tentativa de corrigir esta distorção, o INAMPS publicou a portaria MPAS/SSM-116, de 13 de dezembro de 1979, estabelecendo a equiparação da remuneração médica para parto normal ou cesárea (até então a cesárea pagava mais), o que não reverteu a tendência já estabelecida na década de 1970. Estudo de D’Orsi *et al.* (2006), com dados de 1998 e 1999, confirmam que as taxas são mais altas nas regiões mais desenvolvidas (mais de 40% no Sul, Sudeste e Centro-Oeste e cerca de 25% no Norte e Nordeste), nos hospitais privados (70% contra 32% dos públicos) e entre mulheres de maior escolaridade e maior renda. A taxa de cesárea nos hospitais privados brasileiros está entre as maiores do mundo, em torno de 80% dos partos²³.

Alguns pesquisadores acreditam que a diferença de financiamento oculte outras diferenças mais significativas entre classes no Brasil, ou seja, a cesárea tornou-se um objeto de consumo acessível àquelas mulheres que a desejam e podem custeá-la (YAZLLE, 2001). Mas a cesariana seria um objeto de consumo de quem, exatamente? Será que as mulheres desejam a cesárea? Os/as médicos/as, quando confrontados com suas altas taxas de cesárea, argumentam que sim. Segundo eles, a “cultura da cesárea” refletiria o desejo das mulheres (BARBOSA *et al.*, 2003). Entretanto, tal argumento não se confirma empiricamente. Diversos estudos demonstram categoricamente que as mulheres brasileiras preferem o parto normal, sejam elas usuárias dos serviços públicos, sejam usuárias do serviço privado (PERPÉTUO, BESSA e FONSECA, 1998; CHACHAM, 1999; POTTER *et al.*, 2001; HOTIMSKY *et al.*, 2002; BARBOSA *et al.*, 2003; TEDESCO *et al.*, 2004; FAÚNDES *et al.*, 2004; LEAL *et al.*, 2007). É interessante notar uma apreensão seletiva dos médicos acerca da que seria a “demanda da mulher”, ou seja, só é considerado importante de nota o pedido pela cesárea. Já a demanda pelo parto normal é absolutamente ignorada pelo profissional de saúde médico.

Por outro lado, estudos sugerem que quando a mulher solicita uma cesárea, tal fato está intimamente relacionado com o modelo da assistência prestada. Ou seja, a demanda pela cesárea, no Brasil, seria uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” praticado no País é profundamente medicalizado, intervencionista e traumático. Ou seja, a mulher pede a cesárea para encerrar rapidamente um processo que se faz doloroso e solitário, no qual ela não tem direito à acompanhante, precisa esperar demais entre a admissão hospitalar e o parto – porque a admissão se faz muito precoce, às vezes antes da mulher estar realmente em trabalho de parto –, é submetida a ações desnecessárias e dolorosas, e a ela não são oferecidas técnicas de alívio da dor, farmacológicas ou não, durante o pré-parto e o parto (BARBOSA *et al.*, 2003).

²³ Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/sala_imprensa/ansinforma_topico_24094.asp>. Acesso em: 14 jan. 2007.

Soma-se a isso o fato de que a liberdade de escolha acerca do tipo de parto esteja limitada pela falta de informação das mulheres sobre riscos e benefícios dos procedimentos médicos, bem como pela ausência de uma referência diferente de parir que não as duas do modelo tecnocrático: um parto normal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea. Além disso, Osava (*apud* TEDESCO *et al.*, 2004) levanta a questão de que as representações do parto são estruturadas pelos sujeitos de acordo com a classe social da clientela. Desta forma, o parto estaria mais relacionado a um ato “instintivo” para as mulheres das classes populares, e mais relacionada a um ato “cultural” para as mulheres das classes mais elevadas. Ou seja, o tipo de parto também é uma marca do *status* social da mulher.

Estudo específico sobre as mulheres de Belo Horizonte, realizado por Perpétuo, Bessa e Fonseca (1998), avança que o alto grau da hospitalização e medicalização do parto, a ausência de uma equipe obstétrica composta por outros profissionais e a “banalização” da intervenção cirúrgica no parto explicariam a resignação da mulher à cesárea, mesmo que isso contrarie sua vontade.

Um estudo mais recente (LEAL *et al.*, 2007), financiado pela Agência Nacional de Saúde e ainda não publicado, buscou identificar os fatores relacionados com a escolha da via de parto pela mulher, nos serviços privados de saúde, considerando três momentos diferentes da gestação: início da gravidez, final da gravidez e hora do parto. No início da gravidez, apenas 30% das mulheres referiram preferir uma cesárea, sendo que a preferência pelo parto normal se relacionou positivamente com a escolaridade da mulher, com a posse de informação sobre os tipos de parto, com a preferência do parceiro pelo parto normal e com o medo da cesárea. No final da gravidez, a proporção se inverteu e 70% das mulheres já referiam ter decidido pela cesárea – indicando grande influência do que acontece (ou não acontece) durante o pré-natal nesta mudança – seja por escolha própria, compartilhada com o médico ou apenas do médico. Na hora do parto, 88% das mulheres foram submetidas a uma cesariana, sendo que 92% delas foram realizadas antes da mulher entrar em trabalho de parto. Não foi possível avaliar a indicação médica de 10% dessas cirurgias por absoluta falta de informação no prontuário médico. Nas restantes, avaliou-se que em 92% as indicações foram inadequadas em função da ausência de uma prova de trabalho de parto. Além disso, identificou-se que o manejo ao trabalho de parto, quando este ocorreu, foi inadequado, mantendo-se práticas condenadas pela OMS – ficar restrita ao leito sem poder se movimentar, hidratação venosa (soro) de rotina, utilização excessiva de anestesia peridural – e baixa

incorporação de práticas consideradas benéficas: estímulo à deambulação, presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, ingestão de líquidos no trabalho de parto.

A partir da crítica ao modelo do parto excessivamente medicalizado e aos procedimentos cuja eficácia não está baseada em evidência ou que já foram considerados ineficazes pelas evidências acumuladas até então, surge um movimento em prol da “humanização” do parto (SERRUYA, 2003; TORNQUIST, 2003; DINIZ, 2005), a ser discutido a seguir.

2.2.3 Modelo humanizado de assistência ao parto

Em essência, humanizar o parto e o nascimento é um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que pare, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (WAGNER, 2001). O conceito de humanização é amplo e polissêmico, e envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover parto e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, que ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos e evitem intervenções desnecessárias, e que sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal (BRASIL, 2001; SERRUYA, 2003; TORNQUIST, 2003; DINIZ, 2005). O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, na assistência ao parto, na maioria das vezes segurança e expectância são uma e a mesma coisa, sendo o modelo tecnocrático muito mais ritualístico do que científico.

Para Davis-Floyd (2001), é possível identificar três modelos de assistência à saúde, sendo que cada modelo compreende 12 aspectos, quais sejam:

a) modelo tecnocrático: a separação corpo e mente; a idéia do corpo como máquina; o paciente como objeto; a alienação do paciente pelo profissional; diagnóstico e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica; padronização da assistência; autoridade e responsabilidade apenas do profissional e não do paciente; supervalorização da tecnologia (alta tecnologia/baixo contato); intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo e a morte percebida como fracasso; sistema dirigido para o lucro; e intolerância com outras modalidades de assistência;

b) modelo humanístico: conexão corpo e mente; o corpo como um organismo; o paciente como um sujeito relacional; conexão e cuidado entre profissional e paciente; diagnóstico e tratamento de dentro para fora e de fora para dentro; equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; informação, decisão e responsabilidade divididos entre profissionais e pacientes; tecnologia contrabalaneada com humanismo (alta tecnologia/alto contato); foco na prevenção; a morte percebida como um resultado possível; assistência motivada pela compaixão; e abertura a outras modalidades de assistência;

c) modelo holístico: unidade corpo-mente-espírito; o corpo como um sistema energético ligado a outros sistemas energéticos; assistência à pessoa completa em todo o seu contexto de vida; a unidade essencial entre profissional e “cliente” (e não mais paciente); diagnóstico e tratamento de dentro para fora; assistência individualizada; autoridade e responsabilidade são inerentes ao indivíduo; tecnologia a serviço do indivíduo (baixa tecnologia/alto contato); criação de condições de saúde e bem estar a longo prazo; a morte é uma etapa do processo; assistência motivada pela cura; e prática de diversas modalidades de assistência.

A classificação da autora é instigante porque, para ela, o modelo humanístico não rompe completamente com a lógica do modelo tecnocrático. Apesar de seus avanços em relação ao modelo tecnocrático, a ruptura real e realmente inovadora seria a do modelo holístico.

Em termos da assistência, o modelo humanístico propõe devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico, social e afetivo. Nesse sentido, preconiza-se que a mulher tenha pelo menos um acompanhante de sua escolha em todo o processo do pré-parto, parto e puerpério, que tenha liberdade de movimentação, que possa receber métodos não farmacológicos para alívio da dor, que tenha privacidade e a presença constante de um profissional capacitado para acompanhar o parto, que possa escolher a posição de parir, que seja a primeira a ver e pegar em seu bebê, e que tenha seu medo e sua dor percebidos como legítimos e integrantes do processo. E, de maneira mais radical, humanizar significa vislumbrar o parto como uma experiência de prazer e de gozo feminino²⁴. Reconhecendo a grande distância entre a prática atual de assistência ao parto e a proposta de humanização, e a dificuldade em se ter uma imagem clara deste tipo de parto, sugerimos a leitura do ANEXO D

²⁴ Médicos obstetras brasileiros como Ricardo Jones (RS) e Paulo Batistuta (ES) vêm trabalhando nesta linha. O obstetra e professor universitário Paulo Batistuta elaborou uma exposição de fotos intitulada “Parto: uma dimensão do gozo feminino”, de partos realizados na lógica do modelo humanístico, que pode ser conferida no endereço eletrônico <<http://www.paulobatistuta.com.br/>>.

no qual se encontra o relato que uma mulher fez de seu parto, realizado nos moldes da política de humanização do parto.

A forma como esta nova perspectiva de assistência ao parto tem informado as políticas públicas no Brasil será discutida a seguir.

2.3 O parto como política, a política do parto

Compactuando com a premissa de Tornquist (2004) – de que linguagem e cultura estão visceralmente envolvidas com a dimensão biológica e simbólica na vida humana, e que é ilusório pensar em um fenômeno corporal apenas em sua dimensão orgânica – constata-se que parto e nascimento são eventos a um só tempo biológicos, culturais, individuais e políticos.

Conforme discutido anteriormente, um dos eventos mais importantes na mudança da lógica da atenção ao parto e nascimento, resultante do avanço da medicalização do parto, é a institucionalização do parto no ambiente hospitalar. Até meados do século XIX, gravidez e parto eram acontecimentos da esfera privada, partilhados por mulheres no espaço doméstico. A medicalização do parto e da gestação transformou tais eventos em objetos do conhecimento e da prática médica (CHACHAM, 1999; SERRUYA, 2003). Ou seja, em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas. Nesse contexto, o parto tem sido cada vez mais um campo tanto de disputa política (*politics*) quanto de políticas públicas (*policies*).

Entretanto, 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 (MARTIN, 2006; TORNQUIST, 2004).

Wagner (2001) identifica pelo menos três modelos de assistência ao parto: um modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia, centrado no médico e que marginaliza as

obstetrizes (USA, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica, Brasil urbano²⁵); o modelo humanizado, com obstetrizes autônomas e empoderadas e baixas taxas de intervenção (Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos); e um modelo misto (Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto foi bem sucedido e, atualmente, o atendimento ao parto é predominantemente medicalizado e hospitalar. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), apenas 3,2% dos nascimentos no País ocorreram fora do ambiente hospitalar, em 1999 e, se consideradas as outras instituições de saúde, esse valor diminuiu para 1,3% (LEAL e VIACAVA, 2002). Entretanto, a institucionalização do parto por si só não foi capaz de garantir a saúde materna. A manutenção dos altos índices de morbidade e mortalidade materna em ambientes hospitalares tem sido relacionada com um modelo de assistência ao parto que pratica intervenções excessivas²⁶, muitas delas sem comprovação de benefícios e outras comprovadamente danosas ou ineficazes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997; WAGNER, 2001).

A discussão sobre humanização do parto também está na interface da luta pela garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. O conceito de direitos reprodutivos nasceu no início da década de 1980 como estratégia discursiva das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva. No plano internacional, o Ciclo de Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), da década de 1990, foi fundamental para a consolidação do conceito de Direitos Reprodutivos. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – realizada na cidade do Cairo, em 1994 – incorporou, no seu documento final de consenso, a seguinte definição para direitos reprodutivos:

Os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (*apud* ALVES, 2004, p. 3).

²⁵ A autora não faz referência ao Brasil rural, onde ainda persiste a atuação de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2000).

²⁶ Entre as intervenções realizadas desnecessariamente ou sem indicação precisa, estão: raspagem dos pelos pubianos (tricotomia); aplicação de enema; indução e/ou aceleração do parto com ocitocina; realização de episiotomia (corte do períneo pelo médico) em todos os partos vaginais; realização do parto com a mulher em posição horizontal; restrição de líquidos, de alimentos e da movimentação durante o trabalho de parto; rotura de membrana; aplicação da manobra de Kristeller; e proibição de acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

O documento final da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, 1995, reafirmou o conceito e foi além, adotando a posição de que os direitos humanos das mulheres incluem o livre exercício da sexualidade, sem coerção, discriminação e violência (CORRÊA, 2001).

O paradigma do direito reprodutivo rejeita a reprodução como um dever ou um destino feminino, demandando a garantia de que a escolha da mulher por “reproduzir” ou “não reproduzir” não resulte em risco de vida ou em danos à sua saúde (DINIZ, 2000). Os direitos reprodutivos trazem para o debate público temas considerados da esfera privada (gestação, parto, morte materna, contracepção, aborto) e, até então, impossíveis de serem problematizados em sua perspectiva política e de cidadania. Os Estados e os governos são chamados a garantir estes direitos por meio da elaboração de legislação e implantação de políticas específicas. Tais direitos diferem dos civis ou direitos de liberdade – garantidos quando o Estado não intervém – e se assemelham aos sociais ou direitos de poderes – exigem uma intervenção do Estado para sua efetivação (BOBBIO, 1992).

Desde 2000, com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o Estado brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, vem ampliando suas normativas com relação à atenção à gestação e parto, buscando consolidar um novo paradigma baseado na humanização. A portaria nº. 1067, de 06 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, é explícita neste sentido:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas. (BRASIL, 2005)

Na descrição acerca do que seja uma “assistência qualificada e humanizada” à mulher no pré-parto e parto, a referida Portaria destaca, entre outras: 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 promover uso restrito de episiotomia.

Em suma, considerando as Portarias, Normas e Manuais de Procedimentos elaborados pelo Ministério da Saúde nos últimos 10 anos, é correto afirmar que o Estado brasileiro incorporou o paradigma da humanização do parto como estratégia privilegiada tanto para reduzir os índices de morte materna quanto para garantir a saúde materna (REDESAÚDE, 1999; LEÃO, 2000, 2003; BRASIL, 2002; SERRUYA, 2003; SERRUYA, LAGO e CECATTI, 2004; SANTOS e ARAÚJO, 2006; JORNAL DO CNS, 2006).

A seqüência argumentativa do presente capítulo pode ser sintetizada da seguinte maneira: em termos de acesso, a assistência à saúde no Brasil foi marcada pela exclusão, no seu início, e pela diferenciação, mais recentemente. Em termos de modelo de assistência, privilegiou-se a perspectiva curativa e hospitalar. Em termos de financiamento, constituiu-se de um híbrido público e privado. Em termos de ações e serviços há uma marca do *status* social do/a usuário/a. Em termos de atuação governamental, o sistema privado resiste às normativas e regulamentações estatais. Tal estrutura complexa se relaciona com o modelo de assistência ao parto praticado hegemonicamente no País, qual seja, um modelo exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado. No Brasil, o modelo tecnocrático de assistência ao parto realiza a plenitude de suas duas possibilidades legítimas – um parto “normal” intervencionista e traumático e o excesso de cesarianas – na dualidade público e privado. Enquanto os serviços públicos, aos quais têm acesso a população de menor ou nenhum poder aquisitivo, oferecem às suas mulheres o parto normal traumático, os serviços privados, com os quais os usuários estabelecem uma relação de consumidor, oferecem a cesariana como uma marca de diferenciação e de “modernidade”. O acirramento da disputa pelo modelo de assistência ao parto, com a legitimação pública do modelo humanizado, ocorre no mesmo momento em que se acirram as pressões do Estado para regular a saúde suplementar e no qual se busca fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde. Tal *timing* não seria mera coincidência. Não seria possível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar toda a lógica de assistência à saúde no Brasil.

Entretanto, a assistência ao parto se relaciona intimamente com a lógica do processo de trabalho do profissional de saúde e da organização hospitalar – que não é só uma, mas muitas, dependendo do hospital e da forma como ele se insere no sistema –, o que será discutido no Capítulo 2.

3 INSTITUIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E PROFISSÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Conforme descrito no capítulo anterior, as políticas e normativas do governo brasileiro, atualmente, se pautam pela perspectiva de um modelo humanizado de assistência ao parto. Entretanto, os embates para a implementação de tais políticas e normativas têm sido inúmeros. Implementação é entendido aqui como a continuação do jogo político, após a elaboração de uma política, agora com outros meios e em cenários diferentes (MENY e THOENIG, 1992; DEUBEL, 2002). Ou seja, as dificuldades na implementação de políticas públicas não se resumem a problemas administrativos ou técnicos.

Ao discutir o marco analítico da implementação, Meny e Thoenig (1992) caracterizam a execução de uma política pública como as atividades individuais ou organizativas que transformam condutas a partir de um marco prescritivo estabelecido por uma autoridade pública competente. De tal forma, a execução teria duas faces: uma orientação normativa, que pode incluir a mudança social, e um sistema de ação e seus atores. Ainda segundo os autores, ao se executar uma nova política coloca-se em movimento uma perturbação, uma mudança do que estava posto até então, tanto na burocracia quanto na esfera societária. Neste processo de mudança social, tanto o destinatário como o executor são elementos-chave. Por isso, a análise deve confrontar o processo de execução (se refere à teoria ou prescrição normativa) com a estrutura de execução (se refere à realidade dos fenômenos, à “vida como ela é”). A execução é função de três fatores principais: as características do programa, o comportamento dos executores e a reação do grupo alvo.

Pensar as políticas de humanização do parto a partir desta perspectiva analítica parece profícuo. São muitas as perturbações propostas por esta nova normativa, tanto para os agentes (no caso as organizações e os/as profissionais que atuam na cena do parto) quanto para as “pacientes” (no caso, as gestantes e suas famílias).

Como, no Brasil, o parto médico-hospitalar e tecnocrático se tornou hegemônico, propor um modelo de assistência ao parto que desloque a atenção tecnocrática para a atenção humanizada significa mudar profundamente o processo de trabalho dos/as profissionais de saúde que atendem o parto, que devem abandonar todo um conjunto de crenças e valores nos procedimentos que os orientam para criar lealdade com um outro referencial de crenças e valores. Além disso, os hospitais se organizam em torno do modelo tecnocrático, o que compreende desde aspectos referentes à sua área física – divisão dos espaços do pré-parto, parto e puerpério, tal qual uma linha de montagem – até administrativos – como por exemplo

o tipo de contrato de trabalho e de remuneração por procedimentos que estabelecem com o corpo clínico. Por outro lado, as próprias gestantes e suas famílias esperam por um parto, mesmo que normal, intervencionista e tecnológico, sendo que o parto sem intervenção é associado à idéia de uma medicina pobre e/ou para pessoas pobres (CASTRO, 2003). A crença de que a tecnologia médica é boa em si mesma, e que o mal só pode advir do não uso desta tecnologia, e nunca do seu uso excessivo ou sem indicação precisa, está bastante impregnada em nossa cultura (HOTIMSKY e SCHRAIBER, 2005). Considerando estes aspectos, não é inesperado que haja um grande conflito para a implantação das políticas de humanização do parto.

Retomando a idéia de que a execução é função das características do programa, do comportamento dos executores e da reação do grupo alvo, sobre as políticas de humanização do parto pode-se dizer que, apesar do programa buscar fundamentação na medicina baseada em evidências, contar com apoio político de movimentos sociais (como o movimento feminista e o movimento pela saúde da mulher) e se basear em um diagnóstico da situação, ele tem que enfrentar as expectativas dos executores e do grupo alvo, que estão em um sentido contrário ao da política. Soma-se a isso o fato de que, no Brasil²⁷, por ser o parto um evento predominantemente hospitalar, pensar os conflitos e as dificuldades da implantação da política de humanização do parto chama à cena um outro ator, ou seja, a própria organização onde ele ocorre.

Ainda pensando na especificidade das políticas de humanização do parto no Brasil, e do terceiro ator chamado à cena da implementação – a organização hospitalar – é preciso considerar que o Brasil tem um sistema dual de assistência à saúde: público e privado. Esta dualidade, ainda que inicialmente baseada no tipo de financiamento, se estende a toda uma lógica da atenção que resulta em práticas e procedimentos muito diferentes na assistência à saúde, em geral, e ao parto, em particular. Já em 1972, Dias *et al.* identificaram que as práticas de uso de fórceps e de realização de cesáreas eram mais comuns em hospitais privados do que nos públicos. Outros estudos confirmam que hospitais privados tendem a ser mais intervencionistas (CHACHAM e PERPÉTUO, 1996; D'ORSI *et al.*, 2005) e a usar mais medicamentos durante a assistência ao parto (PERINI, MAGALHÃES e NORONHA, 2005).

Por outro lado, mesmo que as burocracias públicas engendrem distorções e disfunções na execução de políticas, há mecanismos formais para controlar e monitorar, de alguma forma, a implementação das mesmas (conselhos locais e municipais de saúde, ouvidorias,

²⁷ Diversos países adotam modelos diferentes, e o exemplo mais ilustrativo é o da Holanda, onde uma percentagem significativa dos partos é domiciliar (VILLA *et al.*, 1999).

etc.). O mesmo não ocorre nos serviços privados que, em tese, seriam controlados pelo “mercado”. Ou seja, uma parte significativa de mulheres, normalmente as de classe mais alta, acaba sendo exposta a intervenções de maior risco para a saúde, sem que o Estado consiga (ou tente) regular o setor.

Frente a este quadro, uma perspectiva mais pessimista poderia fazer crer que – da mesma forma que as grandes esperanças de Washington são destruídas em Oakland (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973 *apud* SUBIRATS, 1994)²⁸ – as políticas de Brasília para a humanização do parto encontram inúmeras resistências para reverberar no nível local, e estariam destinadas ao fracasso. Mas, não é bem assim. Uma observação preliminar indica que não há homogeneidade na resposta às políticas de humanização do parto, e diferentes organizações hospitalares respondem de maneira própria às normativas da política nacional. Ou seja, nossa hipótese é de que o *implementation gap* – diferença que existe entre a decisão e a realidade de sua aplicação (DEUBEL, 2002, p. 107) – nas políticas de humanização do parto varia, em um mesmo município, dependendo da organização que se observa.

Partindo da proposta de Meny e Thoenig (1992), na qual o processo de execução – no presente caso, a implementação das políticas e normativas de humanização do parto – é função de três fatores principais (características do programa, comportamento dos executores e reação do grupo alvo), escolhemos explorar o comportamento dos executores, aqui identificados como a organização hospitalar e o profissional obstetra, aspectos que abordaremos de maneira aprofundada.

Sobre organização hospitalar, nos interessa apresentar um conceito que comporte a diversidade de manifestações deste tipo de organização, e abordar como se constitui a rede hospitalar no Brasil²⁹, principalmente na perspectiva de sua diversidade, heterogeneidade e relação com o SUS. Para discutir o profissional praticante da obstetrícia (médico e enfermeira³⁰), retomaremos o conceito sociológico de profissão, suas particularidades frente à medicina e enfermagem, e as especificidades do exercício da obstetrícia.

²⁸ Subirats (1994) se refere ao trabalho pioneiro de Pressman e Wildavsky, *Implementation*, acerca da implementação de uma política pública de ajuda à população de Oakland. Frente à constatação do fracasso deste programa federal, Pressman e Wildavsky concluíram que o surpreendente era que programas federais chegassem a funcionar de alguma forma.

²⁹ Conforme discutido no primeiro capítulo, por décadas a assistência à saúde no Brasil foi centrada no modelo curativo e “hospitalocêntrico”.

³⁰ Quando, no texto, for feito o uso de “médico”, no masculino, e de “enfermeira”, no feminino, não se trata de uma reprodução automática e acrítica dos estereótipos relacionados a cada profissão, mas um registro calculado desta diferença.

Por fim, em uma tentativa de costurar os diversos fios dessa trama – política de assistência ao parto, organização hospitalar e *ethos* profissional – buscaremos ferramentas analíticas no novo institucionalismo.

3.1 A organização hospitalar

O surgimento dos hospitais, em período imediatamente anterior à Idade Média, está relacionado com razões religiosas, assistencialistas e caritativas, bem como com a segregação social do doente (MARINHO, 2004). Por muito tempo o hospital foi lugar de morrer.

Atualmente, tendo se tornado uma instância de cura, os hospitais possuem múltiplas funções sociais e há diferentes motivações para sua constituição: eles podem se originar do sentido do “dever cristão” de atender uma população sem recursos financeiros para acessar um serviço privado; ou podem se fundar na necessidade de um campo de prática para estudantes de medicina; ou ainda com o objetivo de ser uma empresa lucrativa; entre outros. O “hospital” não é uma categoria passível de generalização ampla e irrestrita, pois trata-se da materialização de sentidos, de objetivos, de valores e de procedimentos diversos.

Os hospitais são organizações sociais complexas, e podem ser analisados a partir de múltiplos e diferenciados enfoques: porte (número de leitos), vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outras (CALVO, 2002). Tal complexidade se exprime na dificuldade em definir o “hospital”. Uma definição possível é de que se trata de organização que “(...) provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para pacientes enquanto estes são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, em processo que visa, em última instância, restaurar suas condições de saúde.” (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007, p. 872).

No Brasil, a assistência instrumentalizada e medicalizada da saúde, centrada na organização hospitalar, era uma tendência que se tornou hegemônica após o golpe militar de 1964, com concentração dos serviços nas grandes cidades do Sul-Sudeste. A saúde coletiva, a atenção básica e as estratégias preventivas e promotoras de saúde foram relegadas ao segundo plano até que o modelo entrou em crise. Conforme discutido no capítulo anterior, ao final dos anos de 1970 a proposta de reorganização da saúde resultou na elaboração do Sistema Único de Saúde. Na construção de um sistema de saúde baseado nas premissas da equidade, universalidade e integralidade, a ser realizado a partir de uma rede assistencial descentralizada

e hierarquizada³¹, uma tarefa nada banal é conectar a extensa e diversificada malha hospitalar brasileira.

O primeiro Cadastro ou Censo Hospitalar foi realizado sob a orientação da Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde, entre 1941 e 1942, e recenseou 1.234 organizações públicas, filantrópicas e privadas, que ofereciam um total de 116.669 leitos (ALMEIDA, 1944). Tais organizações prestavam a seguinte assistência: 84 organizações e 24.322 leitos para pacientes psiquiátricos; 64 organizações e 5.561 leitos para tuberculosos; 35 organizações e 18.345 leitos para doentes de lepra; 885 hospitais gerais com 60.167 leitos; 54 maternidades com 2.126 leitos; 31 hospitais infantis com 1.814 leitos; 81 hospitais diversos (isolamento, pronto-socorro, otorrino, convalescentes, etc.) com 4.334 leitos. O estado de São Paulo concentrava 310 hospitais e 36.075 leitos.

Em 1971, 84% dos hospitais brasileiros e 66% dos leitos eram particulares e o perfil de atendimento dos hospitais já mostrava grandes mudanças com relação ao quadro de 30 anos antes: estabilização do número de hospitais de tuberculose, redução dos hospitais de leprologia e aumento dos hospitais de pediatria e de neuropsiquiatria (GONÇALVES, 1977).

A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005 identificou 7.155 estabelecimentos com internação no Brasil. Embora o número de estabelecimentos privados (62%) permaneça maior que o de públicos, o setor privado apresentou taxa de crescimento anual negativa em todas as regiões, enquanto o setor público apresentou um aumento que vem se intensificando nos últimos anos (IBGE, 2006). Tais mudanças podem ser atribuídas a dois movimentos paralelos: por um lado o aumento do investimento em organizações públicas e, por outro, a diminuição do interesse privado em concorrer nesse mercado. Além disso, o Estado é o principal comprador dos serviços de internação: entre a totalidade dos estabelecimentos com internação, 79% prestam atendimento ao SUS; especificamente no setor privado, 68% dos estabelecimentos com internação atendem ao SUS (IBGE, 2006).

Com relação ao número de leitos, observa-se uma tendência de queda: o número de leitos havia passado de 443.888, em 1976, para 544.357, em 1992, e declinou para 443.210, em 2005. Do total de leitos para internação, em 2005, 34% eram públicos e 66% privados. Dentro da esfera pública, 17.189 são leitos federais, 61.699 são estaduais e 70.078 são municipais. Dos leitos privados, 82,1% pertencem a estabelecimentos que informaram prestar atendimento ao SUS. A queda de leitos no setor privado ocorreu em todas as regiões e a perda

³¹ Em uma rede assistencial hierarquizada, a porta de entrada no sistema é a unidade básica de saúde, da qual se espera alta resolutividade. Se e quando for o caso, o indivíduo será referenciado para serviços de média ou alta complexidade.

anual no período 2002/2005 foi de 3,2%. No setor público, houve um crescimento de 1,8% no mesmo período (IBGE, 2006). Além disso, entre 1995 e 2005, observa-se queda de mais de 20 pontos percentuais nos gastos do Ministério da Saúde com atenção de média e alta complexidade, que inclui assistência hospitalar e a média e alta complexidade ambulatorial (CARVALHO, 2007). Tanto a queda no número de leitos hospitalares quanto no recurso gasto com esta categoria de assistência parecem refletir a tendência mundial de substituição da hospitalização pela atenção ambulatorial³² (MARINHO, 2004; CARVALHO, 2007), bem como o sucesso da priorização e do aumento de cobertura da atenção básica e de procedimentos preventivos (CARVALHO, 2007).

No Brasil, entre os 7.155 estabelecimentos com internação, 4.397 (62%) realizam partos, sendo 1.781 públicos (40%), 503 privados (12%) e 2.113 (48%) privados que atendem ao SUS. Ou seja, 60% dos estabelecimentos com internação que realizam partos são privados, com ou sem SUS (IBGE, 2006). A seguir, buscamos caracterizar os principais segmentos dos estabelecimentos com internação no Brasil.

3.1.1 A composição da rede hospitalar brasileira

No Brasil, a assistência médico-hospitalar se inicia com a fundação das Santas Casas de Misericórdia, organizações ligadas à Igreja Católica, com finalidades caritativas e filantrópicas – o mais antigo hospital no Brasil é a Santa Casa de Santos, fundada por Braz Cubas, em 1543 (ALMEIDA, 1944). As Santas Casas de Misericórdia foram criadas em Portugal em 1498 com o objetivo de proporcionar auxílio espiritual e material aos necessitados, tendo sido um modelo amplamente difundido nas colônias portuguesas (MARQUES, 2005). Até meados do século XX, as Santas Casas foram as principais prestadoras de serviços hospitalares no País.

As Santas Casas integram, junto com outros hospitais privados sem fins lucrativos, o setor hospitalar filantrópico, responsável atualmente por cerca de um terço dos leitos existentes no País, constituindo-se em importante prestador de serviços tanto para o SUS quanto para a saúde suplementar. Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”,

³² Exemplo recente seria o da desospitalização psiquiátrica no Brasil.

concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Os hospitais filantrópicos apresentam grande participação no volume de internações do SUS, além de expressiva capilaridade e interiorização no território nacional, sendo que o setor hospitalar filantrópico é o único prestador do SUS relevante para municípios do interior. Por outro lado, também oferece serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte (PORTELA *et al.*, 2004).

A partir da década de 1930, com a criação do sistema de previdência, intensificado na década de 1950, as organizações hospitalares privadas com fins lucrativos tomaram corpo e ganharam poderio econômico, tornando-se um importante vendedor de serviços hospitalares ao governo federal, prestando assistência altamente especializada, de alto custo e de baixo impacto sobre a saúde coletiva. Quando a compra de serviços hospitalares privados chegou ao ponto de saturação, foram construídos imensos hospitais federais e contratados profissionais de saúde a baixos salários, para atendimentos emergenciais. No processo de implementação do SUS, a rede hospitalar federal do Centro-Sul do País foi repassada para as mãos de governos municipais, nem sempre preparados, naquele momento, para assumir tal responsabilidade (MARINHO, MORENO e CAVALINI, 2001).

Entre 1997 e 1998, os hospitais privados (com e sem fins lucrativos) “contratados” pelo SUS foram responsáveis por aproximadamente 1/3 das internações e consumiram 28% dos recursos do SUS. Entretanto, já se observava uma importante ampliação da rede própria, especialmente dos hospitais reaparelhados pelos municípios, na ótica de descentralização e municipalização (MARINHO, MORENO e CAVALINI, 2001).

Um outro modo de organização hospitalar são os Hospitais Universitários. Um hospital universitário é uma organização caracterizada por ser:

(...) (a) um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) prover treinamento universitário na área de saúde; (c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população. (MÉDICI *apud* MACHADO e KUCHENBECKER, 2007, p. 872).

Considerando a heterogeneidade de organizações hospitalares de ensino existentes no Brasil, que abarcam múltiplas atribuições, vínculos e atores no seu funcionamento, são considerados hospitais universitários “típicos” os federais, ou seja, aqueles financiados e gerenciados tanto pelo Ministério da Educação (MEC) – uma vez que integram o sistema das

Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) – quanto pelo da Saúde (MARINHO, MORENO e CAVALINI, 2001; MACHADO e KUCHENBECKER, 2007). Atualmente, há 45 hospitais universitários vinculados às IFES³³, responsáveis por cerca de 3% dos leitos e 12% do total de procedimentos realizados pelo SUS, com concentração de atos de alta complexidade. A identidade organizacional do Hospital Universitário está intimamente ligada à sua “vocação” para o ensino e a pesquisa (MACHADO e KUCHENBECKER, 2007).

Entretanto, muitas críticas têm sido feitas ao modelo de ensino praticado pelos Hospitais Universitários, caracterizado por valorizar a tecnologia (onde o paciente é quase um insumo a mais) e a especialização, fragmentar o processo de trabalho e formar médicos incapazes de atuar em uma clínica integral (CAMPOS, 1999; FERREIRA *et al.*, 2000; TAVARES, 2007). Apesar de financiado com o dinheiro público, tal modelo de formação tem conflitado com as demandas da saúde pública, e a distância entre a academia e a prestação real dos serviços de saúde parece contribuir para a crise do setor da saúde. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Ministério da Saúde, lançado em 03 de novembro de 2005, é uma tentativa de integrar o ensino de medicina às necessidades da saúde pública.

Em suma, na perspectiva do financiamento, a rede hospitalar brasileira é composta por organizações filantrópicas ou privadas sem fins lucrativos, organizações privadas com fins lucrativos, hospitais universitários e organizações públicas (federais, estaduais e municipais). Na perspectiva da vinculação com o SUS, há os hospitais públicos, os privados que prestam serviços ao SUS e os privados que só atuam na saúde suplementar, ou seja, como “uma alternativa opcional e desvinculada da assistência pública de caráter universal” (MENICUCCI, 2007, p. 109). Entre os hospitais que prestam serviços ao SUS, é possível observar uma “especialização” na sua inserção na rede assistencial. Assim, os hospitais privados com fins lucrativos que atuam no SUS o fazem, preferencialmente, em especialidades (clínica psiquiátrica, por exemplo) onde possam ser ofertados atendimentos de qualidade e complexidade relativamente baixas. Os hospitais universitários realizam procedimentos de elevado custo e alta complexidade. Os filantrópicos e os públicos apresentam complexidade similar, mas os filantrópicos custam mais caro (MARINHO, 2004).

Por fim, ainda segundo Marinho (2004), é surpreendente que haja hospitais privados, já que há grandes incentivos para que a firma lucrativa não participe do mercado, ou ofereça serviços em níveis menores que o ótimo, ou pratiquem preços excessivos. Entre os motivos

³³ Informação disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CGHU/lista_hus.pdf>.

que poderiam afastar a firma lucrativa do mercado, estão: a necessidade de assistir pessoas sem poder aquisitivo, o que reduz possibilidade de lucro; o fato dos hospitais de ensino e pesquisa terem custos proibitivos para empresas lucrativas; a possibilidade de situações de emergência e de calamidade exigir a manutenção de capacidade ociosa; e o fato de que muitas situações de emergência em saúde são catastróficas em termos de custo (MARINHO, 2004).

Para o autor, o principal motivo para a permanência do setor privado na atenção hospitalar é que existem consumidores heterogêneos – sendo que há aqueles que demandam esses serviços por diversos motivos, inclusive ideológicos e para reforço do *status* social –, bem como terapias e condições de atendimento também heterogêneas. Além disso, o desempenho dos hospitais sem fins lucrativos depende da concorrência dos hospitais com fins lucrativos, e vice-versa. O que parece implícito nesta afirmativa é que o que alimenta a oferta, além da demanda, seria a concorrência entre ofertas diferentes, o que possibilitaria aprendizado mútuo, bem como criação e incorporação de novos valores em ambos os tipos de organização.

Também sobre organizações hospitalares, há que se apresentar, mesmo que superficialmente, as formas de remuneração dos serviços hospitalares, visto que há uma relação entre remuneração e modelo de assistência, como discutiremos a seguir.

3.1.2 Remuneração dos serviços hospitalares

Segundo Andreazzi (2003), de modo geral, há três formas de remuneração de serviços de saúde, incluindo os hospitalares: *ex post* ou pós-pagamento, quando o pagamento ocorre após a produção efetiva do serviço; *ex ante* ou pré-pagamento, na qual é calculado um valor prévio independente da produção, com base em critérios variados; e os esquemas mistos em que, a partir de uma lógica de base, introduzem-se elementos das outras formas para corrigir ou promover determinados objetivos gerenciais.

O pós-pagamento tem sido utilizado tanto para os hospitais que atendem ao SUS quanto nas relações entre seguradoras privadas e seus credenciados, mas em modalidades diversas: Pagamento Prospectivo por Procedimento, no SUS, e Taxas por Casos Relacionados por Serviços, na saúde suplementar (ANDREAZZI, 2003).

O modelo de Pagamento Prospectivo por Procedimento é usado para remunerar serviços hospitalares prestados ao SUS, tanto por hospitais públicos quanto privados –

exceção aos hospitais federais com verba própria e recursos orçamentários (como a Rede Sarah, por exemplo). A Tabela de Procedimentos, implantada no início da década de 1980, integrava o então denominado Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). O valor financeiro estabelecido para cada procedimento foi calculado, na época, a partir de análise das contas apresentadas pelos hospitais durante seis meses. Com a implantação do Sistema Único de Saúde, o SAMHPS foi renomeado SIH (Sistema de Informações Hospitalares) e continua sendo utilizado como base para o pagamento de hospitais (CARVALHO, 2007). O principal instrumento de pagamento é a AIH, ou Autorização de Internação Hospitalar. Já o modelo de Taxas por Casos Relacionados por Serviços, que tem sido usado na saúde suplementar, segue a lógica anterior, mas de forma menos sofisticada, ou seja, para cada serviço estabelece-se um preço global.

O modelo de pagamento por procedimentos (*fee-for-service*) tem sido alvo de inúmeras críticas: não considera os esforços dos agentes nem os resultados obtidos; há pouca relação entre o custo e o valor pago – em particular os valores estabelecidos pelas tabelas do SUS, que não guardam relação com os custos e penalizam os prestadores privados, com ou sem fins lucrativos, que não contam com aportes suplementares de recursos governamentais; e apresenta potencial para distorções e iatrogenia.

O pagamento por procedimentos incentiva o hospital a manter o seu custo de tratamento abaixo do preço estabelecido em tabela, o que pode ser feito tanto aumentando a eficiência quanto utilizando menos recursos do que seria adequado. Além disso, os diagnósticos contidos nas tabelas acabam possuindo diferentes taxas de lucro. Assim, quanto mais invasivo e de mais alta tecnologia for um procedimento, mais alto seu valor na tabela e maior seu potencial de ser lucrativo, de forma que se estimula o desperdício, o intervencionismo e os investimentos irracionais e acrícos em tecnologia, mais voltados ao aspecto mercadológico do que à eficiência e resolutividade dos serviços hospitalares (ANDREAZZI, 2003; FIGUEIREDO, 2007), bem como da saúde pública. Para exemplificar tal afirmação tem-se o estudo da Planisa³⁴, citado por Carvalho (2007), que apurou que o SUS paga cerca de R\$ 52.000,00 por um transplante de fígado, quando seu custo é de R\$ 16.000,00; por outro lado, paga apenas R\$ 120,00 para tratamento de uma crise hipertensiva, quando seu custo é de cerca de R\$ 660,00.

³⁴ A PLANISA – Planejamento e Organização de Instituições de Saúde – é uma empresa privada, com sede em São Paulo, que atua na área de consultoria, administração e capacitação de executivos em gestão das organizações de saúde.

No caso da obstetrícia, um estudo bastante detalhado é o de Raimundini *et al.* (2003), que analisou os custos dos procedimentos de parto normal e de parto cesáreo, em 2001, em dois hospitais universitários, um no Paraná e outro em Minas Gerais. O custo do parto normal variou de R\$ 486,00 à R\$ 535,00, e do parto cesáreo de R\$ 753,00 à R\$ 780,00. Atualmente, o valor pago pelo SUS para o parto varia de R\$ 315,81 – parto normal – a R\$ 689,84 – cesariana em gestante de alto risco (BRASIL, 2005a). Ou seja, considerando apenas a tabela do SUS, o valor do pagamento não cobre os custos do procedimento.

Buscando avançar no modelo de remuneração dos serviços hospitalares, e em resposta à crise crônica dos hospitais de ensino, os Ministérios da Saúde e da Educação alteraram a forma de certificação e de financiamento desses estabelecimentos, reintroduzindo a modalidade de orçamentação global, com repasses fixos mensais. O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, lançado em 2004, prevê a “contratualização” das unidades assistenciais por meio da celebração de contrato, no qual são incluídas metas e indicadores de qualidade e de produção de serviços. No final de 2005, foi proposto o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, nos mesmos moldes. Considerando que em junho de 2004 os hospitais de pequeno porte já haviam sido submetidos a processo semelhante e que os hospitais psiquiátricos são objetos de políticas adequadas às suas especificidades, apenas os estabelecimentos privados lucrativos contratados pelo SUS, não contemplados em outras categorias, continuam a ser remunerados por produção de serviços, sem quaisquer recursos adicionais (CARVALHO, 2007). Os novos modelos de contratualização propostos pelo SUS mudam a prática do pós-pagamento para a do pré-pagamento. Tal fato pode significar que o potencial iatrogênico do modelo de remuneração por procedimento possa diminuir nos hospitais atingidos pelo programa de contratualização e permanecer inalterado nos hospitais privados com fins lucrativos que atendem ao SUS. Os impactos efetivos resultantes da mudança do modelo de pagamento dos serviços hospitalares ainda estão para ser verificados.

3.2 Medicina e enfermagem: profissão e *ethos* profissional

Na organização hospitalar, a assistência é prestada fundamentalmente pelas categorias médicas e da enfermagem (incluindo aqui enfermeiros com graduação universitária e os de nível técnico). Com relação à assistência ao parto, como vimos no capítulo anterior, enquanto

no século XX ela foi se tornando um ato estritamente médico, no raiar do século XXI a enfermeira obstétrica é chamada de volta à cena. Por isso, nos interessa aprofundar no *ethos* destas profissões e entender sua relação com o modelo de assistência ao parto.

Uma explicitação do conceito sociológico de “profissão” se faz necessária tanto para introduzir a discussão sobre *ethos* profissional quanto para entender algumas desigualdades e hierarquias entre medicina e enfermagem. Estaremos abordando estas profissões porque, enquanto o modelo tecnocrático da assistência ao parto é essencialmente centrado na figura do médico obstetra, as políticas de humanização do parto passaram a legitimar a enfermeira obstetra na condução do trabalho de parto e parto normal sem complicações.

Uma importante preocupação da sociologia das profissões é diferenciar “profissão” de “ocupação” (MACHADO, 1996; COELHO, 1999), uma tarefa nada banal na busca de se construir uma categoria analítica. A partir da revisão realizada por Machado (1996), pode-se dizer que profissão é uma ocupação que apresenta domínio sobre um corpo de conhecimentos teóricos e práticos complexos, a ser transmitido no curso de um longo processo de aprendizado e treinamento, e que funda a autoridade do profissional frente ao “leigo” e sua autonomia. Além disso, profissões se organizam em corporações que atuam no sentido de garantir a auto-regulação (tanto técnica quanto eticamente) e a regulação do mercado, incluindo a manutenção do monopólio. Para além da definição estanque de “ocupação” e “profissão”, é preciso reconhecer que há uma gradação que leva de uma até a outra, ou seja, um processo de profissionalização. A comparação entre medicina e enfermagem pode ser bastante ilustrativa para este argumento, como veremos a seguir.

O vocábulo grego *ethos* possui duas acepções originais: na primeira, *ethos* pode ser entendido como “costume”, e na segunda, como “hábito” (RIBEIRO, 2003). Segundo Geertz (1989), *ethos* se refere aos aspectos morais e estéticos de uma cultura, seus elementos valorativos; por outro lado, os aspectos cognitivos e existenciais foram designados pelo termo “visão de mundo”. Entretanto, a relação entre *ethos* e visão de mundo é circular e dialética, ou seja, os indivíduos retiram conclusões normativas a partir de premissas factuais e conclusões factuais a partir de premissas normativas.

Buscando aprofundar o sentido de *ethos* dado por Geertz, Caniello (2003) propõe que tal conceito tem identidade com a noção de *Volksgeist* (espírito de um povo), que está sempre traspassado pelo “espírito do tempo” (*Zeitgeist*). Em suma, o *ethos* tanto impõe limitações e constrangimentos aos indivíduos de determinada cultura quanto, a longo prazo, poderá revelar dinamismos e mudanças, permanências e recorrências. Ou seja,

(...) o *ethos* guarda a marca da estrutura que conforma a tradição de um povo, seu “espírito”, mas também comporta os influxos da ação dos sujeitos e das pressões conjunturais que interagem com essa estrutura em um determinado tempo histórico. Em uma palavra, considero o *ethos* como a matriz e a moeda dos processos sociais, pois é a resultante de uma dupla dialética entre a estrutura e a agência e entre a tradição e a mudança. (CANIELLO, 2003, p. 32)

Para nossos objetivos, *ethos* será utilizado para se pensar a prática profissional. As categorias profissionais passam por complexos processos de legitimação social e elaboram um *ethos* próprio, ou seja, características e tradições que permitem ao indivíduo se reconhecer e ser reconhecido como pertencente àquela comunidade profissional. Trata-se do intento de construir uma imagem, um vocabulário, uma vestimenta, uma prática e uma visão de mundo e de seu objeto de atuação profissional que garanta o “sucesso”, ou seja, o reconhecimento de ser um bom profissional tanto frente aos seus pares quanto frente ao resto da comunidade social mais ampla.

3.2.1 Hierarquias e desigualdades entre medicina e enfermagem

Para Machado (1996) – partindo do suposto que uma das manifestações mais singulares das profissões consiste em definir realidades, em recriar o mundo do leigo – a profissão por excelência seria a medicina, que ocupa o lugar de paradigma dos projetos profissionais pelos seguintes motivos: possui um corpo de conhecimentos complexo, fechado e específico; monopoliza um mercado com demanda ilimitada e legalmente protegido; a atividade do médico é individual e de responsabilidade intransferível, sendo o trabalho coletivo pouco desenvolvido; e a autonomia é crucial para o seu cotidiano de trabalho.

Por outro lado tem-se a enfermagem, que pode ser vista como em processo de profissionalização. Mesmo tendo os atributos que definem uma profissão – os indivíduos praticam a ocupação em tempo integral e vivem de sua remuneração; há compromisso com normas e modelos apropriados e identificação com os colegas e a profissão; há corporações que tratam de regular a atuação profissional e o monopólio do mercado de trabalho; há um corpo de conhecimentos teóricos e práticos a ser formalmente transmitido; há um código de ética e uma busca de confiabilidade social; e a ocupação adquire autonomia (MOORE *apud* MACHADO, 1996) –, a enfermagem ainda não estaria no mesmo estágio de profissionalização que a medicina.

Entre os aspectos que distanciam medicina e enfermagem no grau de profissionalização, podemos citar a autonomia, que se manifesta mais claramente quando analisamos o mercado de trabalho. De fato, a enfermagem ainda disputa o mercado de trabalho com profissionais de nível técnico. Segundo dados de Mercadante (2002), em 1999 os médicos detinham 428.808 postos de trabalho e os enfermeiros, 70.175. Tal desproporção resulta do fato de que a maior parte do trabalho em enfermagem realizado nos estabelecimentos de saúde não está a cargo de enfermeiros universitários, mas de categorias auxiliares de menor escolaridade formal. A meu ver, o não monopólio de mercado da enfermagem está relacionado, de certa maneira, com sua dificuldade em estabelecer tanto a singularidade do serviço ofertado quanto a legitimidade do seu corpo de conhecimentos teóricos e práticos, o que será melhor argumentado no decorrer deste capítulo.

Ainda com relação à relevância da autonomia para a medicina e a enfermagem, outra manifestação do grau de importância desse atributo para as duas profissões se relaciona com um modelo liberal de prática profissional. A prática liberal de uma profissão permite ao profissional controlar a produção, a distribuição e a determinação do preço final dos serviços que presta. Em última instância, credita-se à prática liberal a garantia do exercício autônomo e livre de constrangimentos da profissão. Na discussão acerca da profissão médica, uma das questões centrais tem sido o processo recente de mudança de uma atuação autônoma e liberal para o aumento do assalariamento da categoria e da burocratização do processo de trabalho (SCHRAIBER, 1995; BONELLI e DONATONI, 1996; MACHADO, 1996; VECINA NETO e MALIK, 2007). A enfermagem, por sua vez, passa ao largo desse debate, já que nunca foi uma profissão liberal. Suas principais questões se referem à busca de identidade para uma profissão tipicamente feminina e desprestigiada na relação hierárquica e desigual com a medicina (LOPES, 1996; FONSECA, 1996; LOPES e LEAL, 2005).

Além disso, as diferenças no grau de atuação autônoma e liberal de ambas as profissões também se manifestam nas formas de contrato e remuneração do trabalho. Enquanto o médico se forma para a atuação liberal (o consultório), a enfermeira está, quase sempre, vinculada a uma organização. As principais exceções, no caso da enfermagem, acontecem quando profissionais se colocam no mercado liberal para cuidados domésticos de bebês, idosos ou doentes. Moto contínuo, enquanto a remuneração do trabalho médico é principalmente na forma de pós-pagamento por ato médico, a remuneração da enfermeira é assalariada.

Sem desconsiderar o processo histórico de cada “profissão” – especialmente sem desconsiderar que a enfermagem surge para ser uma atividade de auxílio à medicina e a ela

subordinada – um aspecto a ser observado na discussão sobre o grau de profissionalização de ambas as atividades é a questão de gênero. Enquanto a enfermagem é uma “profissão no feminino” (LOPES, 1996, p. 55), a medicina foi, por muito tempo, uma profissão no masculino, até porque as mulheres estavam proibidas de ingressar no ensino superior. No Brasil, apesar da existência de Faculdades de Medicina desde 1808, a primeira médica brasileira (Maria Augusta Generoso Estrela) precisou se formar em Nova York, em 1881. Foi a Reforma Leôncio de Carvalho, de 1879, que permitiu o ingresso de mulheres nos cursos superiores³⁵. Cem anos depois, no final da década de 1970, as mulheres representavam apenas 11% dos médicos (FERREIRA *et al.*, 2000). Mas, mesmo com o aumento do ingresso de mulheres no curso de medicina, elas continuam restritas a algumas especialidades, tais como dermatologia ou pediatria. As especialidades mais valorizadas, como a cardiologia e a neurocirurgia, por exemplo, permanecem como tipicamente masculinas.

O que se observa com a medicina e a enfermagem é que a conformação do mercado de trabalho está intimamente articulada com as questões de gênero, que também se articulam com o *ethos* de ambas as profissões a partir das seguintes dualidades: medicina/qualificação e enfermagem/qualidade; medicina/tratar e enfermagem/cuidar.

A medicina se apresenta como um corpo complexo e extenso de conhecimentos técnicos e científicos que precisa ser apreendido por meio de um longo processo de qualificação que inclui, no mínimo, a graduação universitária e a residência médica. Uma vez formado, o médico “tratará” dos seus pacientes. Por sua vez, a enfermagem é vista como a transferência do trabalho feminino e doméstico, entendido como uma habilidade “natural” para o cuidado, para o espaço hospitalar – e, por isso, a enfermeira universitária ainda concorre com a técnica de nível médio no mercado de trabalho. À enfermeira basta ter as qualidades femininas para “cuidar”³⁶ dos seus pacientes (LOPES, 1996; FONSECA, 1996; LOPES e LEAL, 2005).

A enfermagem nasce como um serviço organizado de maneira caritativa. É uma atividade associada à figura da mulher-mãe curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher, o que resultou na sua tardia profissionalização (LOPES e LEAL, 2005). Mas, mesmo formalizada como profissão, espera-

³⁵ A primeira mulher médica formada no Brasil, Rita Lobatto Velho Lopes, graduou-se na Faculdade de Medicina da Bahia, em dezembro de 1887.

³⁶ Espera-se da profissional da enfermagem qualidades percebidas como intrinsecamente femininas na nossa cultura – subordinação, paciência, abnegação, pureza, docilidade, entre outras (FONSECA, 1996) – em detrimento de outras mais relevantes para o exercício autônomo de uma profissão, tais como inteligência e criatividade.

se que nela ingressem preferencialmente mulheres, já que elas são “naturalmente preparadas” para esta atividade. E, de fato, a enfermagem se mantém como uma profissão majoritariamente feminina. Com esta constatação, retomo o argumento de que o não monopólio de mercado da enfermagem está relacionado, também, com sua dificuldade em estabelecer tanto a singularidade do serviço ofertado (no sentido de que muitas categorias podem exercê-lo) quanto a legitimidade do seu corpo de conhecimentos teóricos e práticos (no sentido da não necessidade de um treinamento formal para sua aquisição). Ou seja, trata-se de uma quase “profissão” cuja condição necessária e suficiente para sua execução é que o “profissional” seja uma mulher.

Tanto o *ethos* da medicina quanto o da enfermagem compactuam de uma mesma imagem de mulher construída no Iluminismo, conforme discutimos no capítulo anterior. O discurso científico acerca da mulher e de sua “natureza”, que tinha por motivação política justificar as desigualdades da nova ordem social, prendeu a mulher à sua biologia, principalmente à gestação e maternidade, e ao espaço doméstico. A diferença é que no caso da medicina, a mulher construída pelo Iluminismo é a paciente, e no caso da enfermagem ela é a profissional. Entretanto, as maneiras através das quais a enfermeira percebe sua paciente é uma pergunta em aberto, não investigada até onde minha revisão pode alcançar.

3.2.2 As especificidades da obstetrícia

Em termos formais, a obstetrícia é uma especialidade que pode ser exercida tanto por médicos quanto por enfermeiras³⁷. De fato, como vimos no primeiro capítulo, a “arte de partejar” nunca foi um monopólio médico. Enquanto especialidade, a obstetrícia possibilita novos olhares sobre profissionalização e *ethos* profissional da medicina e da enfermagem.

O que se apresenta, ao analisarmos ambas as profissões pelo recorte da obstetrícia, é que o que era vantagem se torna desvantagem e vice-versa. No caso da medicina, dois aspectos relacionados com a obstetrícia impactam negativamente a profissão. Afirmamos anteriormente que a medicina ocupa o lugar de paradigma dos projetos profissionais porque possui um corpo de conhecimentos complexo, fechado e específico; monopoliza um mercado

³⁷ Com relação à especialidade da obstetrícia, há uma interessante diferença, digna de nota, entre o médico e a enfermeira: enquanto o médico só pode ser obstetra, substantivo, a enfermeira também é obstétrica, adjetivo. Obstétricos também são os instrumentos usados no parto. Agradeço à Deise Mesquita por essa importante contribuição.

com demanda ilimitada e legalmente protegido; a atividade do médico é individual e de responsabilidade intransferível, sendo o trabalho coletivo pouco desenvolvido; e a autonomia é crucial para o seu cotidiano de trabalho. Pois bem, no caso da obstetrícia, o corpo de conhecimentos não é exclusivo da medicina. Antes da constituição da medicina obstétrica, as parteiras eram as depositárias do conhecimento da “arte de partejar” e, atualmente, as obstetizas e as enfermeiras obstétricas³⁸ também reivindicam um saber formal sobre o parto. Com relação ao mercado, no caso da obstetrícia não há uma demanda ilimitada; ao contrário, a queda constante e permanente da fecundidade das mulheres tem diminuído sensivelmente este mercado, o que tanto aumenta a competição quanto diminui o interesse do médico pela especialidade³⁹. Por fim, com a implementação de modelos mais humanizados de assistência ao parto, este vem deixando de ser um ato individual, sobre o qual o médico detém completa autonomia, para se tornar um trabalho de equipe.

Por outro lado, no caso da enfermagem, a obstetrícia tem se mostrado uma importante área de *expertise* e de mercado de trabalho, no Brasil. Entre as medidas normatizadas pelo Ministério da Saúde, visando promover a humanização da assistência ao parto, está o reconhecimento da atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto normal sem complicações. Para implementar tal assistência, o Ministério da Saúde tem financiado cursos de capacitação; introduziu pagamento, pelo Sistema Único de Saúde, de parto assistido por enfermeira obstetra; e criou os Centros de Parto Normal (CPN), unidades privilegiadas de atuação desta profissional em partos sem distócia (complicações na evolução do trabalho de parto). Ou seja, o exercício da obstetrícia tem oferecido à enfermagem uma valorização do seu corpo de conhecimentos técnicos e práticos bem como uma expansão do mercado de trabalho, inclusive liberal, por meio da assistência ao parto domiciliar.

Em termos de profissionalização e mercado de trabalho, a obstetrícia⁴⁰ tem o potencial de ser cada vez menos interessante para a medicina ao mesmo tempo em que cresce sua relevância dentro da enfermagem.

³⁸ “Com relação à capacitação profissional de obstetizas e enfermeiras obstétricas, historicamente coexistem dois tipos de programas educacionais: o modelo europeu, ou via direta, com o ingresso em cursos de obstetrícia anexos às escolas médicas ou de enfermagem, e o americano, em que a habilitação formal na área de obstetrícia é concebida como uma especialidade da enfermagem. Diversos países mantêm essas duas modalidades de formação, e o modelo americano representa uma tendência mundial. A via direta tradicionalmente é a mais encontrada na Europa, mas tem sido objeto de interesse crescente em vários países.” (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002, p. 449-450).

³⁹ Segundo dados do site da UNIMED BH, há 554 médicos ginecologistas obstetras cooperados. Por outro lado, a UNIMED BH realiza 600 partos/mês. Ou seja, cerca de 1 parto/mês por obstetra cooperado.

⁴⁰ Apesar da Ginecologia e Obstetrícia ser a quarta especialidade médica mais numerosa da medicina, conforme dados do Conselho Federal de Medicina disponibilizados no site <http://www.portalmedico.org.br/>, a prática da ginecologia tende a prevalecer sobre a da obstetrícia.

Com relação ao *ethos* profissional, a obstetrícia é bastante reveladora da distância entre a prática profissional e os atos da medicina e da enfermagem. O médico ginecologista obstetra – ou médico da mulher – guarda importantes particularidades: é o homem culto e cientista, e ao mesmo tempo piedoso e protetor, aquele para o qual a anatomia, a fisiologia e a alma da mulher não guardam segredos (MARTINS, 2005; MARQUES, 2005). A medicina da mulher, nascida da necessidade de justificar a desigualdade de gêneros a partir de um discurso científico, adota uma prática de assistência normativa e domesticadora de corpos percebidos como instáveis e defeituosos. Desta forma, o modelo tecnocrático de assistência ao parto é a expressão de duas imagens articuladas: a imagem do médico, dotado da tecnologia e imbuído da boa intenção, e da mulher incapaz, submissa, objetificada, fragmentada, presa a um corpo e a uma fisiologia patológica e imperfeita.

Assim, de maneira geral, se por um lado os médicos obstetras percebem o parto como um processo potencialmente patológico e que demanda intervenções a fim de se manter o controle sobre a mulher e o nascimento, as enfermeiras vêem o parto como processo fisiológico a ser realizado com pouca ou nenhuma intervenção, onde o bem-estar geral das parturientes e suas emoções devem ser considerados (DAVIM e BEZERRA, 2002; ANGULO-TESTA *et al.*, 2003; SODRÉ e LACERDA, 2007). A própria forma como o profissional nomeia a sua assistência ao parto é um importante sinal dessa diferença: o médico “faz” ou “conduz” o parto, enquanto a enfermeira o “assiste” (neste caso, quem faz o parto é a parturiente).

Relembramos que, conforme apontamos no capítulo anterior, entre as práticas preconizadas na política de “assistência qualificada e humanizada” à mulher no pré-parto e parto, estão o respeito à privacidade e escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; o fornecimento de todas as informações e explicações que as mulheres desejarem; a permissão para a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; o estímulo às posições não-supinas (deitadas) durante o trabalho de parto; o oferecimento de métodos alternativos e não farmacológicos para alívio da dor; e o uso restrito de episiotomia. Nesta nova lógica, que busca devolver à mulher o lugar de “dona” do seu parto, tornando a assistência menos invasiva e mais expectante, pode-se afirmar que, pelo menos em tese, seria mais fácil o exercício do modelo humanizado pela enfermagem do que pela medicina, quando se considera a formação e o *ethos* profissional. Entretanto, o profissional atua majoritariamente no ambiente hospitalar – excetuam-se as casas de parto e o parto domiciliar – e aqui uma relação complexa se estabelece. É o espaço dessa relação que nos propomos olhar, buscando ferramentas no novo institucionalismo.

3.3 Políticas de assistência ao parto e novo institucionalismo

Retomando o ponto inicial do presente capítulo, a argumentação buscou estabelecer parâmetros para a compreensão do jogo político da implementação das políticas de humanização do parto a partir dos executores organizacionais (hospitais) e individuais (obstetras) da política. A seguir, o texto propõe utilizar o novo institucionalismo como instrumento de análise da relação entre organizações e indivíduos, e destes com as políticas de humanização do parto.

Os estudos organizacionais nasceram das profundas transformações geradas pelo capitalismo industrial, quando se acreditava que a promessa Iluminista da cientificidade e da racionalidade se materializava nas organizações modernas. Contemporaneamente, é reconhecido que qualidade, racionalidade, eficiência, ética e objetividade não são virtudes inerentes às organizações (REED, 2006). Tal constatação levou neo-institucionalistas sociológicos a defender que as formas e os procedimentos utilizados pelas organizações modernas, para além de sua suposta motivação para a eficácia, devem ser vistas como práticas culturais (HALL e TAYLOR, 2003).

O objetivo expresso das organizações é prover a comunidade de bens e serviços. Entretanto, sendo a organização uma arena na qual se disputam legitimidades, poderes, interesses e valores, seu objetivo menos explícito é o de reproduzir a si mesma reproduzindo instituições. Assim, em uma analogia que não é original, enquanto a organização é o time, a instituição são as regras do jogo.

Instituição, apesar de não ser um conceito pacificado, é fundante e fundamental na sociologia para a compreensão da ação social, seja ela individual, coletiva ou organizacional. Especificamente nas análises organizacionais, mas não apenas nelas, estão subentendidos dois modelos distintos de ator social: o racional e o institucional. No modelo racional, os indivíduos estão permanentemente envolvidos em cálculos de custo e benefício das diferentes alternativas de ação, e o comportamento segue critérios de maximização de utilidade. No modelo institucional, os indivíduos aceitam e seguem normas sociais, sem reflexão, resistência ou questionamento, unicamente baseados em seus interesses particulares (TOLBERT e ZUCKER, 2006). Tolbert e Zucker (2006) propõem que tais modelos não sejam tratados como opostos e excludentes, e sim como pólos de um *continuum* de processos de tomadas de decisões e comportamentos, que podem ser mais ou menos racionais, dependendo de fatores diversos.

Na presente dissertação, o modelo de assistência ao parto está sendo considerado uma prática institucionalizada que, por sua vez, legitima outras instituições (os hospitais, a medicina, a imagem Iluminista da mulher). Desta forma, o que as novas políticas de assistência ao parto objetivam, em última instância, é produzir um processo de reinstitucionalização (JEPPERSON, 1991), ou seja, a mudança de uma forma institucionalizada (modelo tecnocrático) para outra (modelo humanizado), organizada em torno de princípios e regras diferentes. Neste sentido, buscamos elaborar uma reflexão sobre como a política de assistência ao parto é percebida e executada, ou não, em diferentes organizações hospitalares e por diferentes categorias profissionais. No caso da humanização do parto, o jogo político da implementação precisa enfrentar instituições poderosas no imaginário social.

Segundo Immergut (1998) e Bell (2002), o novo institucionalismo difere do velho ao rejeitar a tese de que o comportamento observado (como a pessoa vota, por exemplo) pode ser o dado básico para a análise política. O novo institucionalismo, ao se contrapor às perspectivas behavioristas, defende que para compreender a ação individual e coletiva é preciso analisar as mediações entre as estruturas sociais e os comportamentos individuais, ou seja, as “instituições” (HALL e TAYLOR, 2003).

Entretanto, o novo institucionalismo não é uma corrente teórica homogênea e suas três vertentes (histórico, da escolha racional e sociológico) divergem nas respostas às suas duas principais questões: (1) como se constrói a relação entre instituição e comportamento; (2) como se explica o processo pelo qual as instituições surgem ou se modificam (HALL e TAYLOR, 2003; THÉRET, 2003). De fato, se existe uma analogia para descrever a questão principal do institucionalismo esta é o dilema do ovo e da galinha: o que vem primeiro, as instituições ou os indivíduos? Questão presente na própria gênese da sociologia, ainda não respondida, e que por isso mesmo continua se reproduzindo com novas roupagens.

O institucionalismo da escolha racional enfatiza o caráter instrumental e estratégico do comportamento dos indivíduos, sendo que as instituições reduzem a incerteza em relação à ação dos outros, na medida em que oferecem uma certeza mais ou menos grande quanto ao comportamento presente e vindouro dos atores. Neste caso, as instituições são o resultado intencional, quase contratual, e funcional da estratégia de otimização de ganhos e redução de custos de transação, por parte dos agentes. A permanência da instituição resulta do fato de ela oferecer mais benefícios aos atores interessados do que as formas institucionais concorrentes.

Por seu turno, o institucionalismo sociológico – surgido no quadro da teoria das organizações – apresenta um enfoque cultural e enfatiza a dimensão rotineira do

comportamento e o papel da visão de mundo do ator na interpretação das situações. Ou seja, o comportamento jamais é plenamente estratégico ou calculado. A instituição corresponde aos sistemas simbólicos, esquemas cognitivos e modelos morais sobre os quais é baseada a interpretação e a ação dos sujeitos, e sua manutenção ou mudança depende do grau de legitimidade que lhe é conferido pelo ambiente cultural mais amplo.

Já o institucionalismo histórico mistura os dois enfoques, e os atores tanto calculam com base em seus interesses quanto possuem diferentes visões do mundo, correspondentes a suas posições e contextos sociais. Os interesses seriam construídos politicamente; cálculo e cultura se combinam. As instituições, ao mesmo tempo em que constroem, fornecem os meios para a libertação das cadeias sociais. As instituições existem para regular os conflitos inerentes à diferenciação de interesses e assimetria de poder.

Pensando no conceito de “instituições”, Prates (2000) identifica uma outra diferença entre o novo e o velho institucionalismo, qual seja: enquanto o velho institucionalismo utiliza o conceito sociológico de instituição para organizações concretas, para os novos institucionalistas o conceito sociológico de instituição só se aplica aos sistemas de procedimentos e controles normativos de natureza macro-social. No velho institucionalismo, as organizações formais teriam duas faces: uma econômica, com ênfase na dimensão racional da ação instrumental, e outra como sistema de ação social, com ênfase nas dimensões normativas e de personalidade. A partir de um processo de “institucionalização organizacional”, o arcabouço formal das organizações é preenchido por valores e moralidade, de tal forma que uma organização institucionalizada passa a agir em seu próprio nome, adquire *status* de realidade e se comporta como ator estratégico. Assim como o ator individual, o ator organizacional possui um caráter distintivo e uma identidade própria, capazes de desenvolver ações estratégicas em seu ambiente. A atribuição de *status* político às instituições organizacionais permite vê-las como focos estratégicos de articulação de identidades e interesses, participando da definição que qualifica o participante legítimo das decisões políticas. Segundo Prates (2000), negar tal fato é um empobrecimento teórico.

Porém, esta perspectiva não está de todo perdida no novo institucionalismo. Para Prates (2000), na concepção de “instituição”, é possível vislumbrar duas vertentes no novo institucionalismo: a primeira utiliza ambiente, setor ou campo organizacional como unidades de análise do comportamento organizacional, não havendo espaço para se pensar a organização como unidade de análise e ator político; a segunda reconhece o caráter macro-societal das realidades institucionais, mas busca identificar seus efeitos no nível micro da organização. Como proponho pensar o hospital como uma unidade de análise, passemos

direto para a segunda vertente do novo institucionalismo, que Prates denomina de “abordagem contextual interpretativa”. Uma das proposições que informam esta vertente é a de que, nas sociedades pós-industriais, a “institucionalização de mitos, travestidos de princípios racionais de administração” (PRATES, 2000, p. 132) é elemento essencial da vida organizacional. Desta feita, as práticas organizacionais resultariam da tensão entre as normas culturais institucionalizadas pelos mitos e as normas técnicas de eficiência.

Ainda nesta perspectiva, a tomada de decisão nas organizações complexas é regulada tanto por normas, valores e regras de natureza simbólica quanto por interesses, experiência prática e nível de satisfação. Para Prates (2000), esta vertente do novo institucionalismo seria subsidiária do modelo neo-weberiano da Sociologia das Organizações, segundo o qual as atividades organizacionais não podem ser explicadas por uma dicotomia formal/informal, pois resultam de uma associação entre elas: as organizações são sistemas que operam em alguns setores como burocracias fechadas, baseadas em rotinas e impessoalidade, e em outros como ambientes abertos à negociação e regidos por fatores não racionais. Tal modelo busca identificar micro-cenários de ação de seus membros sem perder de vista as dimensões estruturais da organização. Por isso estas abordagens do novo institucionalismo privilegiam a dimensão simbólica das instituições e as dimensões da vida cotidiana das organizações. Na abordagem contextual interpretativa, o conceito de instituição “põe em evidência as realidades de natureza simbólica que legitimam e viabilizam os arranjos e regras de comportamento organizacional, que dão sentido de ordem às atividades cotidianas de seus membros” (PRATES, 2000, p. 139). Como programa de investigação, busca-se articular uma ênfase descritiva do micro-contexto organizacional com uma interpretação macro-institucional do comportamento organizacional.

Pensando em organizações hospitalares, como dissemos anteriormente, há diferentes motivações para se fundar uma: um hospital pode se originar do sentido de “dever cristão” de assistir uma população carente, da necessidade de um campo de prática para estudantes de medicina, ou com o objetivo de ser uma empresa lucrativa, entre outros. Por isso, uma descrição do micro-contexto organizacional é fundamental para se compreender lógicas particulares e identidades organizacionais, já que “hospital” é a materialização de sentidos e objetivos, de valores e procedimentos diversos. Por outro lado, considerando o modelo tecnocrático de assistência ao parto como uma norma cultural institucionalizada, uma pergunta pertinente seria como diferentes modelos de assistência ao parto se relacionam com as diferentes formas de organização hospitalar, e vice-versa. Outra questão seria qual o papel de diferentes organizações hospitalares – seja facilitando seja dificultando – na

implementação das políticas de humanização do parto. E ainda caberia investigar qual o papel das categorias profissionais que atendem ao parto (médicos e enfermeiros) e qual sentido conferem às suas práticas e ações, na assistência ao parto.

Na busca por avançar nesta análise, vamos começar com uma mirada sobre as grandes organizações que atendem ao parto, em Belo Horizonte.

4 PARIR E NASCER EM BELO HORIZONTE

O presente capítulo busca apresentar e analisar como a assistência ao parto e nascimento se organiza em Belo Horizonte. Um panorama geral sobre a evolução das características do parto e do nascimento no município, considerando o período de 1996 a 2004, foi sintetizado na TABELA 2. Os dados mostram que, desde 1999, o município registra, por ano, uma média de 55 óbitos de gestantes para cada 100.000 nascidos vivos. Apesar desta razão de morte materna ser metade da nacional, os números são muito superiores ao desejável⁴¹. Observa-se, ainda, uma tendência de queda na fecundidade: entre 1996 e 2004 o número de nascidos vivos na cidade decresceu em cerca de 20%. Os índices de cesárea do município estão em quase 50%, com leve crescimento ao longo do período, e a ocorrência de prematuridade mostra uma tendência de aumento, o que tem sido associado à prática de cesárea eletiva, ou seja, aquela realizada com dia e hora marcada, antes do início do trabalho de parto.

TABELA 2
Informações sobre partos e nascimentos – Belo Horizonte: 1996-2004

Condições	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Número de nascidos vivos	41.166	43.401	40.957	40.040	38.626	35.960	32.601	34.180	32.917
Taxa Bruta de Natalidade	19,7	20,6	19,3	18,7	17,3	15,9	14,3	14,8	14,1
% de partos hospitalares	98,6	99,7	99,8	99,8	99,7	99,7	99,8	99,7	99,8
% com prematuridade	6,9	6,5	6,2	7,1	8,0	7,7	8,3	9,2	9,4
% de partos cesáreos	45,0	44,1	42,8	41,7	43,0	43,6	44,6	47,4	47,8
% de mães de 10-19 anos	16,3	17,0	17,6	17,0	16,9	16,1	15,0	14,1	13,9
% de mães de 10-14 anos	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Razão de Morte Materna*	-	53	66	54	54	50	55	79**	27,4**

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Cadernos de Informações de Saúde, SINASC/DataSUS e Comitê de Prevenção da Morte Materna em Belo Horizonte (2004).

OBS: Dados referentes apenas às mulheres residentes em Belo Horizonte.

* Número de mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos.

** Tanto a Razão de Morte Materna de 2003 (muito alta) quanto a de 2004 (muito baixa) se mostraram atípicas. As investigações dos óbitos maternos ocorridos em 2005 e 2006 mostraram um retorno para a razão de cerca de 55/100.00 nascidos vivos.

⁴¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde, a razão de morte materna não deve ser superior a 20 gestantes para cada 100.000 nascidos vivos.

Partindo da constatação de que as organizações hospitalares se tornaram absolutamente hegemônicas na assistência ao parto em Belo Horizonte, o presente capítulo busca aprofundar nas características dos grandes hospitais/maternidades que oferecem esse serviço. As informações coletadas e sistematizadas a seguir mostram um campo diverso e heterogêneo, no qual coexistem organizações com identidades e características as mais diversas.

Na primeira parte do presente capítulo, os dados do SINASC, de 2005, serão usados para criar e justificar uma tipologia que objetiva agregar tais organizações a partir de uma lógica que não fosse só do modelo de financiamento (SUS ou privado, com ou sem fins lucrativos), mas que pudesse falar de uma diversidade maior das organizações. Na segunda parte, apresentamos, individualmente, as dez organizações hospitalares investigadas na presente dissertação. Buscou-se recuperar um pouco da história de cada uma delas, bem como identificar mudanças significativas ao longo do tempo de sua existência. Por fim, será feita uma análise do modelo de assistência ao parto recuperando a tipologia proposta na primeira parte do capítulo.

4.1 O parto em Belo Horizonte: panorama segundo o modelo organizacional

Por meio dos dados do SINASC de Belo Horizonte, de 2005 (dados mais recentes disponíveis para consulta), tem-se o registro, naquele momento, de 46.315 nascidos vivos no município, sendo que, destes, apenas 78 nasceram em local ignorado ou fora de um estabelecimento de saúde. Considerando apenas os grandes hospitais e maternidades, ou seja, aqueles que realizavam mais de 1.000 partos/ano, tem-se que 14 estabelecimentos concentraram 93% dos nascidos vivos de Belo Horizonte.

Os dados dos nascidos vivos destes 14 maiores estabelecimentos foram agrupados de acordo com o local do nascimento, com o objetivo de se identificar possíveis especificidades nas características da mãe e do parto dos nascidos vivos, segundo a organização onde ocorreu o nascimento. A tipologia buscou privilegiar uma lógica que não fosse só do modelo de financiamento (SUS ou privado, com ou sem fins lucrativos), mas que pudesse falar de uma diversidade maior das organizações. Foi criada, então, a tipologia apresentada no QUADRO 1, que agrupou os estabelecimentos de saúde conforme as categorias do “modelo organizacional”.

QUADRO 1
Identificação das 14 maiores maternidades de Belo Horizonte, em 2005, segundo as categorias do modelo organizacional.

Categorias do modelo organizacional	Definição	Maternidades e respectiva % de partos sobre o total do município
Filantrópico	Hospitais privados, sem fins lucrativos, com quase 100% dos partos pagos pelo SUS.	Hospital Sofia Feldman – 15% Santa Casa de Misericórdia – 5% Hospital Evangélico – 4%
Público	Hospitais públicos de gestão federal, estadual e municipal.	Maternidade Odete Valadares – 9% Hospital das Clínicas – 7% Hospital Odilon Behrens – 4% Hospital Júlia Kubitschek – 4%
Privado com SUS	Hospitais privados, com fins lucrativos e contratados pelo SUS.	Mater Clínica – 15% Hospital Santa Lúcia – 8% Maternidade Octaviano Neves – 7%
Privado sem SUS	Hospitais exclusivamente privados e com fins lucrativos.	Maternidade Santa Fé – 4% Hospital Mater Dei – 4% Hospital Life Center – 3%
Cooperativa	Hospitais exclusivamente privados, com fins lucrativos e próprios de uma operadora de saúde.	Hospital Unimed BH – 4%

A TABELA 3 mostra as características das mães dos nascidos vivos (residência, cor/raça, idade, escolaridade), segundo o modelo organizacional do local de nascimento, enquanto a TABELA 4 revela as características da gravidez e do parto (tipo de gravidez, idade gestacional e tipo de parto) dos nascidos vivos, segundo o modelo organizacional do local de nascimento.

TABELA 3
Características da mãe (residência, cor/raça, idade e escolaridade) dos nascidos vivos (NV), segundo a categoria do modelo organizacional do local do parto – Belo Horizonte, 2005.

Características da mãe	Modelo organizacional									
	Filantrópico (N=11.208)		Público (N=11.123)		Privado com SUS (N=10.388)		Privado sem SUS (N=8.877)		Cooperativa (N=1.694)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local de residência										
BH	8.092	72,20	7.863	70,69	4.944	49,52	6.174	69,55	985	58,15
Outro município	3.116	27,80	3.260	29,31	5.444	50,48	2.703	30,45	709	41,85
Cor/Raça										
Branca	2.308	20,59	1.904	17,12	71	0,68	5.815	65,51	1.073	63,34
Não-branca	8.827	78,76	5.578	50,15	6.767	65,14	1.239	13,96	612	36,13
Ignorado	73	0,65	3.641	32,73	3.550	34,17	1.823	20,54	9	0,53
Idade*										
Até 19 anos	2.209	19,72	2.090	18,81	1.902	18,31	270	3,05	68	4,03
De 20 a 34 anos	8.005	71,47	7.755	69,78	7.637	73,53	6.392	72,12	1.339	79,28
Mais de 35 anos	987	8,81	1.269	11,42	847	8,16	2.201	24,83	282	16,70
Escolaridade**										
Nenhuma	65	0,58	100	0,91	22	0,21	1	0,01	1	0,06
Até 7 anos	4.050	36,20	4.796	43,45	4.746	45,83	600	6,77	120	7,16
De 8 a 11 anos	6.603	59,02	5.642	51,11	5.199	50,20	4.386	49,52	1.059	63,15
12 ou mais anos	469	4,19	500	4,53	389	3,76	3.870	43,69	497	29,64

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Gerência de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

* Foram excluídos 39 ignorados; ** Foram excluídos 203 ignorados.

Com relação ao local de residência da mãe, as maiores frequências de gestantes residentes em Belo Horizonte ocorrem no Filantrópico e no Público. A categoria Privado com SUS se destaca do resto, com relação à percentagem de mulheres não residentes em Belo Horizonte, muito em função de nela estarem incluídos os hospitais localizados geograficamente em regiões limítrofes do município: a Mater Clínica estava localizada em Venda Nova – divisa com os municípios de Santa Luzia e Vespasiano – e o Hospital Santa Lúcia, no Barreiro – divisa com os municípios de Ibirité, Betim e Contagem. A categoria Cooperativa também apresenta uma alta taxa de gestantes não residentes em BH, possivelmente usuárias do plano de saúde residentes na região metropolitana.

De todos os dados da mãe, o de pior qualidade é o registro de cor/raça, principalmente nas Públicas e nas Privadas com SUS. Como era de se esperar, as mulheres não brancas estão concentradas nos estabelecimentos financiados pelo SUS, sejam eles Filantrópicos, Públicos ou Privados com SUS.

As mães com menos de 20 anos também se concentram nos estabelecimentos financiados pelo SUS, sejam eles Filantrópicos, Públicos ou Privados com SUS. Os Privados sem SUS e a Cooperativa chegam a ter de 5 a 6 vezes menos nascidos vivos de mães adolescentes do que os financiados pelo SUS.

Com relação à escolaridade, os estabelecimentos financiados pelo SUS concentram mulheres com até 11 anos de estudo, e apenas 4% das suas usuárias têm mais de 12 anos de estudo. Por outro lado, entre os de financiamento estritamente privado, há uma certa diversidade: nos Privados sem SUS, 44% das mulheres têm mais de 12 anos de estudo, enquanto a Cooperativa fica em uma posição intermediária, com 30% de mulheres na mesma situação.

Já a TABELA 4 mostra que, quando se compara a idade gestacional dos nascidos vivos segundo o modelo organizacional, observa-se que os Privados com SUS apresentam as menores taxas de nascidos vivos com menos de 36 semanas. Os dados fazem sentido porque a organização privada com fins lucrativos contratada pelo SUS, em Belo Horizonte, atendia apenas partos de baixo risco e não possuíam CTI neonatal nem adulto, estruturas muito dispendiosas de se manter.

TABELA 4
Características da gravidez e do parto (idade gestacional, tipo de gravidez e tipo de parto) dos nascidos vivos (NV), segundo a categoria do modelo organizacional do local do parto – Belo Horizonte, 2005.

Características da gravidez e do parto	Modelo organizacional									
	Filantrópico (N=11.208)		Público (N=11.123)		Privado com SUS (N=10.388)		Privado sem SUS (N=8.877)		Cooperativa (N=1.694)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade gestacional*										
Menos de 31 semanas	205	1,83	486	4,38	26	0,25	170	1,92	33	1,96
De 32 a 36 semanas	752	6,72	1.575	14,20	200	1,93	784	8,86	120	7,13
De 37 a 41 semanas	10.195	91,12	8.971	80,86	10.148	97,75	7.893	89,16	1.520	90,31
De 42 ou + semanas	37	0,33	62	0,56	8	0,08	6	0,07	10	0,59
Tipo de gravidez**										
Única	11.007	98,22	10.642	95,69	10.339	99,54	8.576	96,61	1.636	96,63
Dupla	190	1,70	447	4,02	46	0,44	257	2,90	57	3,37
Tripla ou mais	9	0,08	32	0,29	2	0,02	44	0,50	0	0,00
Tipo de parto***										
Vaginal	8062	71,97	6993	62,88	6317	60,81	1751	19,73	443	26,23
Cesáreo	3140	28,03	4128	37,12	4071	39,19	7123	80,27	1246	73,77

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Gerência de Epidemiologia e Informação, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

* Foram excluídos 102 ignorados; ** Foram excluídos 7 ignorados; *** Foram excluídos 20 ignorados.

Esta escolha dos Privados com SUS pelos partos de baixo risco aparece novamente quando se analisa o tipo de gravidez: os estabelecimentos desta categoria concentram a maior percentagem de gravidez única entre todos os 5 tipos de modelo organizacional. A maior frequência de gravidez tripla ou mais ocorre nos Privados sem SUS, o que pode ser um indicativo da maior ocorrência de gravidez resultante de reprodução assistida, um procedimento ainda pouco disponível para classes populares.

Por fim, na análise dos dados relativos à via de parto – os mais usados na literatura para diferenciar o modelo de assistência entre estabelecimentos financiados pelo SUS e os não financiados pelo SUS (ROCHA, ORTIZ e FUNG, 1985; FABRI *et al.*, 2002; YAZLLE *et al.*, 2001) – observa-se que entre os estabelecimentos financiados pelo SUS, os Filantrópicos apresentam as menores taxas de cesáreas. Já os Privados com SUS – que atendem mais partos de baixo risco, de gravidez única e à termo (parto que ocorre entre a 37^a. e a 42^a. semana de gestação) – apresentam taxas de cesáreas (40%) incompatíveis com as características de sua clientela. Entre os estabelecimentos não financiados pelo SUS, observa-se uma tendência da Cooperativa realizar menos cesáreas que os Privados sem SUS.

Neste primeiro momento, os dados do SINASC agrupados segundo as categorias previamente definidas e apresentados nas tabelas acima, demonstram a consistência da tipologia “Modelo Organizacional”, que será usada posteriormente na análise do modelo de assistência. Os dados confirmam que características obstétricas e da usuária, quando

agrupadas segundo as categorias previamente elencadas, corroboram o argumento de que grandes classificações como SUS/não-SUS ou público e privado escondem outras especificidades do modelo organizacional que podem impactar o modelo de assistência. Assim, se as organizações financiadas pelo SUS (sejam públicas, privadas com fins lucrativos ou privadas sem fins lucrativos) se assemelham quando se trata de alguns aspectos sociais da clientela que atendem (idade, escolaridade e cor/raça da gestante), elas se diferenciam no que diz respeito às características obstétricas desta mesma clientela, ou seja, nas taxas de cesáreas e na frequência de bebês nascidos de gravidez única e à termo. Por outro lado, os dados do SINASC mostram também que há diversidade entre os exclusivamente privados, com a Cooperativa se apresentando em uma posição intermediária entre organizações financiadas pelo SUS (Públicos e Filantrópicos) e os Privados sem SUS.

Fica evidenciada, assim, a relevância do modelo organizacional quando se trata de assistência ao parto. Ocultas pelas duas dicotomias – Público ou Privado e SUS ou Não-SUS – usadas para se pensar a saúde no Brasil, encontram-se nuances que precisam ser mais bem exploradas. Há particularidades na estrutura física (porte e complexidade), no custeio, na relação com o trabalho médico e na identidade organizacional que impactam o modelo de assistência prestada e os resultados perinatais obtidos, conforme se aprofundará a seguir.

Em princípio, estas 14 organizações seriam o universo da pesquisa. Entretanto, a situação em 2007 se mostrou diferente de 2005⁴². Assim, entre os Filantrópicos, o Hospital Evangélico deixou de ser credenciado pelo SUS e de realizar partos. A categoria Privado com SUS não existe mais, pois as duas maternidades nesta condição – Mater Clínica e Hospital Santa Lúcia – foram descredenciadas do SUS e não fazem mais partos. Entre os Privados com SUS, o Hospital Life Center não mais realiza partos. Desta forma, o universo de 14 grandes maternidades em Belo Horizonte, em 2005, foi reduzido para 10 organizações em 2007. Uma

⁴² De fato, uma análise da série temporal de dez anos do SINASC (dados não apresentados), de 1995 até 2005, mostra uma complexa dinâmica no campo organizacional da assistência hospitalar ao parto em Belo Horizonte. Em 1995 havia 18 grandes hospitais/maternidades em Belo Horizonte que realizavam, cada um, mais de 1.000 partos/ano. Destes, 11 não existem mais ou fazem pouco ou nenhum parto: a Casa de Saúde São Sebastião (fechada em 1996); o Hospital Maternidade Santa Paula (fechado em 1997); a Maternidade Ernesto Gazzoli (fechada em 1999); a Maternidade Frederico Ozanam (fechada em 2000); a Policlínica Renascença (fechada em 2001); o Hospital Felício Rocho (não faz partos desde 2005); o Hospital Dom Bosco (fechado em 2005); o Hospital Evangélico (não faz partos desde 2006); o Hospital Santa Lúcia (não faz partos desde 2006); a Mater Clínica (fechada em 2007); e o Hospital Belo Horizonte (faz uma quantidade residual de partos). Também neste período, foram inaugurados dois novos hospitais privados com atendimento ao parto (Hospital Life Center, em 2002, e Hospital Dia e Maternidade UNIMED, em 2004) – sendo que um deixou de fazer partos em 2005 (Hospital Life Center) – bem como uma nova maternidade pública, no Hospital Risoleta Tolentino Neves, em 2007. Tais mudanças não estão no escopo da presente dissertação mas, entre outros motivos, se devem também à queda na fecundidade e às ações governamentais de controle e avaliação dos serviços disponíveis.

nova maternidade pública foi inaugurada em agosto de 2007, mas não foi incluída na pesquisa por ainda estar iniciando suas atividades.

Além da redução no número de maternidades, também ocorreu uma redução nas categorias de modelo organizacional definidas anteriormente, de 5 para 4, pois já não há mais hospitais Privados com SUS realizando partos em Belo Horizonte. Ou seja, além de sua rede própria, a prefeitura só mantém convênio para parto com duas maternidades filantrópicas.

A seguir, apresentamos as 10 organizações hospitalares que compõem o escopo da presente dissertação.

4.2 Os grandes hospitais/maternidade de Belo Horizonte: história e características

Inaugurada em 1897, Belo Horizonte é uma capital tardia quando comparada a outros centros urbanos como Salvador, Rio de Janeiro, Recife e São Paulo. Praticamente toda a sua história está contida no século XX. A história da obstetrícia e da ginecologia, em Belo Horizonte, está ligada de maneira indelével à do médico Hugo Furquim Werneck, que aqui se instalou em 1906 (MARQUES, 2005). Afinado com o movimento europeu de substituição das parteiras por médicos, Werneck defendia o hospital como espaço privilegiado para o atendimento à gestante.

Atualmente, o município conta com dez grandes hospitais/maternidade. Esta subseção tem por objetivo recuperar um pouco da história de cada uma delas, suas principais mudanças ao longo do tempo e algumas de suas características. O objetivo desta parte descritiva é promover uma aproximação com as particularidades de cada uma das grandes maternidades de Belo Horizonte, bem como com sua identidade organizacional.

As informações que se seguem foram obtidas por meio de três fontes: o site oficial da organização, quando este existia; o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e a entrevista realizada com diretores/as destas organizações⁴³. As principais características destas organizações estão sintetizadas no QUADRO 2.

⁴³ Informações sobre a entrevista com os/as diretores/as estão nas notas metodológicas da Introdução.

QUADRO 2
Características das 10 maiores maternidades em funcionamento em Belo Horizonte – 2007

Nome da organização	Santa Casa de Misericórdia	Hospital das Clínicas	Hosp. Odilon Behrens	Mat. Odete Valadares	Maternidade Santa Fé	Hospital Júlia Kubistchek	Mat. Octaviano Neves	Hospital Sofia Feldman	Hospital Mater Dei	Hospital da UNIMED
Data de inauguração	1916	1928	1944	1955	1957	1958	1964	1977	1980	2004
Tipo de Organização	Filantrópico	Universitário	Público municipal	Público estadual	Privado/S.A.	Público estadual	Privado/S.A.	Filantrópico	Privado/S.A.	Privado/cooperativa
Porte	Extra grande	Grande	Grande	Grande	Pequeno	Grande	Médio	Médio	Grande	Médio
Atendimentos	Hospital Geral	Hospital Geral	Hospital Geral	Maternidade com especialidade	Maternidade	Hospital Geral	Maternidade com especialidade	Maternidade com especialidade	Hospital Geral	Hospital Geral
Risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco	Parto de baixo risco e alto risco
Residência médica	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Clientela	SUS, convênio e particular	SUS, convênio e particular	SUS	SUS	Convênio e particular	SUS	Convênio e particular	SUS	Convênio e particular	Convênio e particular
Total de leitos (A)	698	467	406	145	50	368	82	65	320	102
Leitos de maternidade (B)	58	33	37	33	50	36	32	65	20	15
A/B	12	14	11	4	1	10	2,5	1	16	7
ONA*	Não	Não	Não	Não	Em processo	Não	Em processo	Não	ONA 3	ONA 3
Hospital Amigo da Criança**	Sim, 2004	Sim, 2007	Não	Sim, 1999	Não	Não	Não	Sim, 1995	Não	Não
Prêmio Galba de Araújo***	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim, 1998	Não	Não

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Questionário Administrativo aplicado às maternidades e entrevistas realizadas com seus diretores.

* ONA (Organização Nacional de Acreditação): organização não governamental objetiva promover a implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde. Uma organização hospitalar pode ser acreditada em 3 níveis: nível 1 (acreditada); nível 2 (acreditada plena); nível 3 (acreditada com excelência). Maiores informações podem ser encontradas em www.ona.org.br.

** Hospital Amigo da Criança: título concedido a estabelecimentos de saúde que são referência em amamentação. Um dos critérios para obtenção do título é a taxa de cesárea do hospital. Os hospitais com o título recebem um valor maior do SUS pelos partos que realizam.

*** Prêmio Galba de Araújo: prêmio concedido pelo Ministério da Saúde a maternidades que atuam na perspectiva da humanização do parto. Um dos critérios para concorrer ao prêmio é permitir a realização de parto de baixo risco por enfermeira obstétrica.

4.2.1 Santa Casa de Misericórdia

O primeiro hospital de Belo Horizonte foi a Santa Casa de Misericórdia. Em 1898, um grupo de 46 personalidades da nascente capital formou a Associação Humanitária da Cidade de Minas, com o objetivo de construir um hospital que pudesse atender a parcela carente da população. O primeiro pavilhão do hospital foi inaugurado em 1903. A maternidade da Santa Casa de Misericórdia, denominada Hilda Brandão em homenagem à esposa do então presidente do estado Júlio Bueno Brandão, foi fundada em 25 de junho de 1916, pelo Dr. Hugo Werneck.

Atualmente, o Grupo Santa Casa de Belo Horizonte é formado pelo Complexo Hospitalar José Maria Alkmim – que agrega o Hospital Emygdio Germano, ou Hospital Central (dentro do qual se localiza a maternidade Hilda Brandão) –, e o Hospital São Lucas. O Hospital Central é um hospital filantrópico sem fins lucrativos que destina 90% dos seus leitos ao SUS, atendendo a 32 especialidades médicas (aos pacientes da saúde suplementar é reservada a Ala C do Hospital Central). Por sua vez, o Hospital São Lucas⁴⁴, inaugurado em 1922 com o objetivo de gerar receitas e suprir os setores deficitários da Santa Casa, presta atendimento direcionado apenas a pacientes da rede suplementar (particulares e convênios).

A Maternidade Hilda Brandão funcionou no mesmo local durante 90 anos, uma casa localizada na Rua Álvares Maciel. Em 2006, a maternidade foi re-inaugurada no 11º andar do Hospital Central, após um investimento de R\$2,3 milhões que a modernizou e ampliou sua capacidade de 200 para 350 partos/mês.

A maternidade da Santa Casa foi, até 1936, campo de formação dos ginecologistas e obstetras que estudavam na Faculdade de Medicina, fundada em 1911. Entretanto, com a morte do Dr. Hugo Werneck, a disputa por sua sucessão na Faculdade de Medicina rompeu com essa integração de anos entre a Faculdade de Medicina e a Santa Casa⁴⁵ (MARQUES, 2005) e resultou na criação do Hospital de Ginecologia da Faculdade de Medicina, em 1939.

Entre outros, com o objetivo de enfrentar sua crise financeira, o Grupo Santa Casa lançou, em 1996, o Santa Casa Saúde, um plano de assistência à saúde. Em 2003, quando a crise se tornou mais aguda, o hospital reforçou seu investimento em aprimorar um novo modelo gerencial e administrativo. Entre outras ações, há um movimento da organização em

⁴⁴ Em 2005, realizou apenas 127 partos e não integra o estudo.

⁴⁵ O sucessor natural do Dr. Werneck era o Dr. Lucas Machado. Apesar de ter assumido o lugar do Dr. Werneck na Santa Casa, o Dr. Lucas Machado não passou no concurso para a cátedra de ginecologia da Faculdade de Medicina, que foi ocupada pelo Dr. Clóvis Salgado (MARQUES, 2005).

direção à formalização do trabalho médico. Nos primórdios da capital (e do hospital), os médicos que atendiam na Santa Casa o faziam de maneira caritativa e gratuita. Esta lógica do trabalho voluntário e caritativo – que atende à disponibilidade do médico, mas não necessariamente à necessidade da organização e do paciente – ainda se faz presente na realidade da Santa Casa. Em termos práticos, há uma dificuldade de formar equipes permanentes e comprometidas, bem como de normalizar regras e protocolos.

4.2.2 Hospital das Clínicas

O embrião do Hospital das Clínicas se iniciou em 1928, a partir do agrupamento de algumas clínicas ao redor da Faculdade de Medicina. Em 1955, o complexo hospitalar passou a se chamar Hospital das Clínicas (HC). Atualmente, o Hospital das Clínicas é campo de ensino para os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia dos alunos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O Hospital das Clínicas é formado por um edifício central, o Hospital São Vicente de Paulo, e sete prédios anexos para atendimento ambulatorial: o ambulatório Bias Fortes (policlínicas e doenças profissionais), o anexo Osvaldo Costa (dermatologia), o ambulatório São Vicente (pediatria), o ambulatório Carlos Chagas (ginecologia, planejamento familiar, pré-natal e obstetrícia), o hospital Borges da Costa (oncologia e quimioterapia), o hospital São Geraldo (fonoaudiologia, oftalmologia e otorrinolaringologia) e o Centro de Treinamento e Referência de Doenças Infectoparasitárias Orestes Diniz. Integrado ao Sistema Único de Saúde, o hospital universitário tem 95% dos pacientes provenientes do SUS, sendo o restante de 5% oriundos de convênios ou particulares.

Por suas particularidades como espaço tanto de ensino quanto de assistência, o hospital apresenta um quadro de recursos humanos com vínculos e inserções diversificadas, o que torna a administração do processo de trabalho médico bastante complexa⁴⁶.

⁴⁶ Segundo informações do site do Hospital das Clínicas, o quadro de recursos humanos do hospital comporta: Funcionários UFMG, Funcionários FUNDEP; Bolsistas; Cruz Vermelha; Autônomos; Docentes; Estudantes; Residentes; e Estagiários. O médico docente, por exemplo, tem um regime de trabalho de professor, com férias escolares. Os médicos que estão na categoria de funcionários da UFMG têm uma remuneração diferenciada dos que estão na categoria de funcionários da FUNDEP. E tem ainda os médicos voluntários, que buscam a organização por motivos diversos.

Desde 1999, o Hospital das Clínicas vem implementando um projeto de reorganização administrativa e gerencial, por meio do qual foram criadas 22 Unidades Funcionais. Elas são responsáveis, juntamente à Direção, pelo processo de planejamento e gerência do HC/UFMG, incluindo a captação e alocação de recursos. Segundo o site do HC, as palavras que orientam esta proposta administrativa são “descentralização”, “planejamento participativo” e “modernização”. Os setores de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia formam uma Unidade Funcional.

4.2.3 Hospital Municipal Odilon Behrens

O Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) foi construído na década de 1940, pelo então prefeito de Belo Horizonte, Juscelino Kubitschek. Em 1973, o HMOB foi transformado em autarquia, de acordo com a Lei 2.311, de 22 de julho. No início da década de 1990, o HMOB firmou convênio com o SUS e iniciou o processo de universalização do atendimento à saúde, depois de prestar, por longo tempo, assistência apenas aos servidores públicos municipais.

Atualmente, o Hospital Municipal Odilon Behrens é um grande complexo hospitalar e o único hospital próprio da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Trata-se de um hospital geral com pronto-socorro, ambulatório, hospital-dia e internação domiciliar. Sua maternidade é referência em gravidez de alto risco, oferecendo 40 leitos de berçário de alto risco e 20 leitos de CTI infantil e neonatal. Presta assistência exclusivamente aos pacientes do SUS.

4.2.4 Hospital Júlia Kubitschek e Maternidade Odete Valadares

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) é uma rede de hospitais públicos criada em 1977. A FHEMIG mantém 23 unidades, sendo nove situadas no interior do estado e 12 na capital, além do MG Transplantes. A atual direção da FHEMIG foi empossada em 2004 e vem implementando mudanças administrativas e gerenciais. O atual modelo de gestão articula metas com acordos internos de resultados.

Dois hospitais da rede FHEMIG prestam assistência ao parto em Belo Horizonte: a Maternidade Odete Valadares (integrante do Complexo de Especialidades) e o Hospital Júlia Kubitschek (integrante do Complexo de Hospitais Gerais), atendendo exclusivamente pelo SUS.

A Maternidade Odete Valadares (MOV) foi inaugurada em 1955, após 11 anos de construção, tendo com uma de suas principais motivações o atendimento às esposas dos pracinhas que lutaram na Segunda Guerra Mundial.

Ao longo de sua existência, a maternidade apresentou diversas vinculações institucionais: entre 1956 e 1971, esteve ligada à Santa Casa de Misericórdia e, como ela, atendia aos partos das mulheres “indigentes”⁴⁷; de 1971 à 1976, ficou subordinada à Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR); em 1977, passou a integrar a Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) e, posteriormente, o INAMPS; finalmente, em 1991, passa a compor a FHEMIG.

Desde sua fundação até os anos de 1980, a MOV foi exclusivamente uma maternidade. Posteriormente, seu atendimento em ginecologia foi se ampliando. Atualmente, a MOV é referência estadual para gestantes de alto risco, e oferece os seguintes serviços: pré-natal, parto e pós-parto; assistência ao recém-nascido de risco com CTI neonatal; ginecologia especializada e tratamento das patologias do trato genital inferior; cirurgias ginecológicas e uroginecológicas; banco de leite humano; serviço de urodinâmica, entre outros. Há dois anos a Maternidade não atende mais aos casos de câncer ginecológico (mama e colo de útero), todos referenciados para o Hospital Alberto Cavalcanti, a unidade da FHEMIG especializada em oncologia.

O Hospital Júlia Kubitschek (HJK) foi inaugurado em 1958 exclusivamente para o tratamento de tuberculose, e posteriormente ampliou seu atendimento a outras patologias pulmonares. Em 1967, com a unificação dos Institutos de Previdência, o HJK passa a ser vinculado ao INAMPS e, posteriormente, à FHEMIG. No final dos anos de 1980, o hospital foi reformado e reequipado e passou a funcionar como hospital geral de abrangência regional, mantendo a referência em tisiopneumologia e em cirurgia torácica.

A criação do serviço de maternidade no Hospital Júlia Kubitschek está relacionada com mudanças ocorridas em dois outros hospitais da cidade: o fechamento do atendimento de urgência realizado pela Santa Casa e o fechamento das clínicas básicas (pediatria,

⁴⁷ “Indigente” é um termo de cunho pejorativo usado para identificar as pessoas que não estavam vinculadas ao INPS. A assistência à saúde prestada aos “indigentes” não era percebida como um direito, e sim como uma benesse. A figura do “indigente” é superada após a Constituição Federal de 1988, quando a saúde se tornou direito de todos e dever do Estado.

ginecologia e clínica geral) do Hospital Sarah Kubitschek, no início da década de 1990⁴⁸. Desta forma, a maternidade do Hospital Júlia Kubitschek foi inaugurada com os recursos humanos e equipamentos da maternidade do Hospital Sarah Kubitschek, e com os recursos humanos da Santa Casa. Em termos de área física, a maternidade não foi planejada dentro da estrutura hospitalar e sempre ocupou espaços adaptados.

4.2.5 Maternidade Santa Fé e Hospital Maternidade Octaviano Neves

Tanto a Maternidade Santa Fé quanto o Hospital Maternidade Octaviano Neves surgiram a partir de diferentes grupos de médicos obstetras que se reuniram para fundar tais hospitais. Segundo um dos diretores entrevistados:

(...) [o hospital] se originou de uma necessidade que os médicos sentiam, na época, de ter um local de trabalho. Não se pensou em criar uma empresa, pensou-se em criar um local de trabalho. Por quê? Porque os outros hospitais existentes na época ou eram hospitais gerais ou eram hospitais cujo movimento era grande e os médicos já tradicionais tinham ou detinham um grande número de leitos vinculados a eles. O [hospital] São Lucas era, na época, o hospital de eleição da população de Belo Horizonte. Era um hospital que era procurado pela classe A, e quem era o detentor do maior número de casos era o Dr. X. Ele era o principal médico de Belo Horizonte, e a obstetrícia ficava muito vinculada a ele e a outros profissionais da época. Os mais novos não tinham preferência na hora de internar as suas pacientes, tinham dificuldades. Então, um grupo se reuniu e resolveu fazer uma maternidade. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

Ou seja, tais hospitais surgiram da necessidade que os obstetras sentiam de ter um local de trabalho. Apesar de terem iniciado suas atividades como prestadores de serviços para Institutos de Previdência, atualmente ambas as organizações atendem exclusivamente pacientes da saúde suplementar.

Fazendo 50 anos em 2007, a Maternidade Santa Fé começou como uma “casa de parto” de propriedade de cinco médicos. Inicialmente, a maternidade funcionava em uma casa. Com o passar do tempo, as cotas iniciais foram sendo divididas para a inserção de novos profissionais como proprietários. Atualmente, o hospital é uma sociedade anônima de propriedade de 100 médicos e funciona em um prédio próprio. Um pouco mais recente, mas com história semelhante, o Hospital Maternidade Octaviano Neves foi criado por um grupo

⁴⁸ Por essa ocasião, foi criada a Rede Sarah e todos os hospitais Sarah Kubitschek passaram a atender apenas morbidades do aparelho locomotor (www.sarah.br).

de quatro médicos, e passou a funcionar a partir de 1964. Atualmente são 24 proprietários, organizados como uma sociedade anônima. O hospital iniciou suas atividades em um prédio alugado, e posteriormente foi transferido para o prédio próprio no qual está localizado atualmente.

A inauguração desses dois hospitais em Belo Horizonte consolidou a medicalização do parto na cidade:

Antigamente, como os obstetras eram poucos, eles tinham as suas parteiras; então elas ficavam no hospital atendendo os clientes do dr. Fulano, do dr. Beltrano. Até, às vezes, a parteira nem era do médico, era do hospital. O médico só ia para o hospital na hora de fazer o parto ou fazer a cesárea. Elas é que cuidavam. Nós mudamos esse aspecto. Aqui nunca teve parteira. Sempre, todos os atendimentos, independentemente do que fosse, era feito por médicos. E com isso nós ganhamos a confiança de outros médicos que, ao invés de ter sua paciente acompanhada por parteiras, preferiam que elas fossem acompanhadas pelo colega que estivesse no plantão. Era muito comum, a gente recebia um telefonema “olha, estou mandando uma paciente você examina e acompanha para mim”, a gente acompanhava e o médico vinha e fazia o parto. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

Além da exclusão definitiva da parteira do ambiente hospitalar, tais hospitais têm uma importância grande na implantação, difusão e consolidação da oferta e do uso da anestesia peridural no parto, no município, fato citado por mais de um diretor entrevistado.

Apesar da origem semelhante, tais hospitais fizeram escolhas diferentes para continuar no mercado. A Maternidade Santa Fé se firmou como um hospital exclusivo no atendimento integral à mulher, mantendo uma maternidade de baixo risco. Por outro lado, o Otaviano Neves optou por agregar novas especialidades ao hospital – clínica médica, senil crônico, cirurgias de médio e pequeno porte – além de atender partos de alto risco.

4.2.6 Hospital Sofia Feldman

O Hospital Sofia Feldman foi idealizado por José de Souza Sobrinho⁴⁹, um fotógrafo aposentado, para atender a demanda da sua comunidade, no Bairro Tupi. O hospital foi construído em esquema de mutirão, com apoio da Sociedade São Vicente de Paulo (SSVP), com terreno e projeto arquitetônico doados. O ambulatório foi inaugurado em 1972 e, cinco

⁴⁹ Apesar de ser uma pessoa muito católica (seu apelido era “Zé Católico”), ele foi capaz de conversar e articular com pessoas de outros credos e crenças, como evangélicos e comunistas, para efetivar a construção e a manutenção do hospital.

anos depois, o hospital já estava funcionando. No início o hospital era mantido por doações dos pequenos comerciantes do bairro Tupi. Em 1988, o hospital desvinculou-se da SSVP, transformando-se em Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS)⁵⁰. Em 1994, foi criada a ACAU – Associação de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman – com o objetivo de vocalizar os interesses dos usuários e pleitear soluções para as necessidades do hospital, além de exercer o controle social e o voluntariado. O hospital é filantrópico e atende exclusivamente aos pacientes do SUS.

O hospital começou com a maternidade no início de 1980, timidamente e, atualmente, é a maior maternidade de Belo Horizonte em número de partos realizados. Desde o início da sua maternidade, o hospital atua com enfermeiras obstétricas na assistência direta à parturiente. Em 2001, o hospital inaugurou em suas dependências o Centro de Parto Normal (CPN), o primeiro de Minas Gerais e o único de Belo Horizonte.

4.2.7 Hospital Mater Dei

Inaugurado em 1980, o Hospital Mater Dei – uma sociedade anônima de propriedade de uma família – nasceu com a proposta de ser um hospital geral de complexidade média. Foi ampliado em 1996, com um novo prédio anexo de 18 pavimentos. Atualmente, o Mater Dei é um hospital geral de alta complexidade, privado, que atende exclusivamente pacientes da medicina suplementar. Entre seus procedimentos estão transplante e neurocirurgia.

4.2.8 Hospital Dia e Maternidade UNIMED

O Hospital Dia e Maternidade UNIMED, inaugurado em 2004, é o primeiro hospital próprio da Unimed-BH, uma cooperativa médica que atua no mercado da Saúde Suplementar. Uma importante motivação para sua construção foi conhecer o “negócio hospital”, ou seja, compreender quais os custos envolvidos com a prestação do serviço hospitalar (procedimentos e materiais), de forma a tornar mais transparente a relação com

⁵⁰ O rompimento com a Sociedade São Vicente de Paulo foi precipitado pela intenção da SSVP em proibir que o hospital prescrevesse métodos contraceptivos. Por decisão da comunidade, foi criada a FAIS.

outros prestadores da cooperativa. Inicialmente, o hospital foi planejado para ser um hospital de baixa complexidade, para a realização de partos e outros procedimentos sem internação, com foco em vídeo-laparoscopia.

A perspectiva inicial do hospital não permaneceu por muito tempo. Por necessidade da cooperativa em acessar um maior número de leitos tanto para UTI adulto quanto para pacientes clínicos crônicos (que têm um custo alto para o hospital e uma remuneração baixa pelo plano de saúde, basicamente de medicamentos), estes serviços foram criados no hospital. Em decorrência, o hospital passou a atender gestação de alto risco. Desta forma, o hospital é um regulador da demanda dos conveniados. Atendendo apenas os usuários da UNIMED-BH, o hospital já realiza um terço dos partos da cooperativa.

4.2.9 Maternidades em Belo Horizonte: alguns aspectos da identidade organizacional

Observando a partir de uma linha temporal os dez grandes hospitais/maternidades existentes atualmente, em Belo Horizonte, pode-se identificar claramente uma marca da época da inauguração de cada organização na sua identidade atual. As organizações mais antigas são públicas ou filantrópicas, voltadas para mulheres de classes populares e sem o objetivo de ser um negócio lucrativo. Tal característica é tanto um retrato da relutância das mulheres em serem hospitalizadas na hora do parto, quanto do caráter incipiente do mercado hospitalar privado. Conforme discutido no Capítulo 1, no início do processo de medicalização do parto, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu entre as elites e as classes médias urbanas. As mulheres pobres que ainda tinham alguns recursos recorriam às parteiras. Somente as que se viam na miséria e no abandono recorriam às enfermarias dos hospitais. A assistência se caracterizava pela marca da caridade e da benesse.

Em Belo Horizonte, o crescimento do mercado privado da assistência hospitalar ao parto, dirigido às mulheres da elite e das classes médias – bem como a consolidação da institucionalização do parto – é sentido mais fortemente a partir do final da década de 1950, quando grupos de médicos criaram novas maternidades para o atendimento dessa população. Mesmo assim, ainda não havia uma grande preocupação com aspectos administrativos ou gerenciais. Somente após a década de 1980 Belo Horizonte assiste à criação de maternidades privadas nas quais uma perspectiva gerencial e empresarial mais moderna está colocada

como questão. Tal afirmativa se baseia, inclusive, na relação dos hospitais privados com a acreditação hospitalar – um sistema de avaliação e de certificação da qualidade de serviços de saúde, realizado voluntariamente pelas próprias organizações. Entre os hospitais Privados sem SUS, apenas os dois mais recentes são acreditadas com excelência (ONA 3) pela ONA. Os dois mais antigos estão iniciando as adequações necessárias para iniciar o processo de acreditação:

A gente está passando por um processo de acreditação, e na primeira fase do processo, que chama nível um do processo, ele é de nível de segurança. O hospital tem que atender todas as legislações da ANVISA [Agência Nacional de Vigilância Sanitária]. Então vamos ter que ter uma reforma maior para adequar. (Gerente de hospital privado sem SUS)

Outra maneira de nos aproximarmos da identidade da organização é por meio da sua missão declarada, ou seja, o conjunto de decisões que definem o propósito maior de uma organização. No QUADRO 3 são apresentadas as missões de cada uma das organizações descritas acima, exceto o Hospital Odilon Behrens, para o qual não conseguimos identificar, junto às fontes pesquisadas, nenhuma missão claramente definida.

É possível identificar, pela missão da organização, a sua prioridade. Por exemplo, a missão do Hospital das Clínicas não deixa dúvidas que seu compromisso é com “o ensino, a pesquisa e a extensão”, sendo que a “assistência à comunidade” aparece submetida a este objetivo maior. Já no caso do Hospital Júlia Kubitschek, sua origem como um hospital de fisiologia permanece como fundamental em sua missão, ser “referência estadual para as doenças pulmonares”; a maternidade é um “anexo” sem relevância na missão do hospital.

Analisando a missão de cada hospital/maternidade, uma primeira distinção entre organizações com e sem fins lucrativos é a frequência com que a palavra “*qualidade*” é citada pelas missões das primeiras (3 das 4), mas não aparece entre as missões das segundas. Por outro lado, as organizações sem fins lucrativos estão envolvidas, em graus diferentes, com formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde. De fato, nenhum hospital com fins lucrativos possui residência médica credenciada⁵¹.

⁵¹ A Residência Médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, que também criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A expressão “Residência Médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (Fonte: Portal do MEC).

QUADRO 3
Missão dos maiores hospitais/maternidades de Belo Horizonte – 2007

Organização	Missão
Santa Casa de Misericórdia	Promover o bem-estar social por meio do atendimento integral e humanizado à saúde, valorizando nossos profissionais e desenvolvendo educação e pesquisa.
Hospital das Clínicas	Desenvolver com eficácia, eficiência e de forma equilibrada e indissociável, o ensino, a pesquisa e a extensão, incluindo a assistência à comunidade, na área de saúde.
Maternidade Odete Valadares	Prestar assistência integral à saúde da mulher e ao neonato, também funcionando como Hospital Escola, oferecendo oportunidades de capacitação e aprimoramento para profissionais da área de saúde.
Hospital Santa Fé	Atenção integral à mulher com qualidade.
Hospital Júlia Kubitschek	Atuar como referência de urgência e hospitalar à população da região na qual está inserido e referência estadual para as doenças pulmonares em nível ambulatorial e hospitalar, assim como servir de espaço de aprendizado e aprimoramento de recursos humanos do setor saúde dentro dos princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade e da administração pública de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, comprometido com valores éticos de humanização e de gestão participativa buscando a qualidade e a segurança da assistência prestada ao usuário.
Maternidade Octaviano Neves	Prestar assistência médico-hospitalar de qualidade valorizando e reconhecendo as pessoas com ética e foco na melhoria contínua de resultados.
Hospital Sofia Feldman	Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo.
Hospital Mater Dei	Compromisso com a qualidade pela vida.
Hospital Dia e Maternidade da UNIMED BH	Assistência segura e humanizada com gestão dos impactos ambientais, garantindo sustentabilidade e satisfação das partes interessadas.

Fonte: sites oficiais das organizações, exceto em relação ao Hospital Sofia Feldman, cuja missão foi obtida diretamente do Planejamento Estratégico da organização.

A proposta de uma assistência “*humanizada*” é claramente explicitada na missão de apenas 3 hospitais: 1 Filantrópico, 1 Público e 1 Privado sem SUS. A “*mulher*” como destinatária preferencial dos serviços da organização aparece na missão de 3 hospitais – 1 Público, 1 Privado sem SUS e um Filantrópico –, exatamente aqueles com a assistência prevalente em maternidade.

4.3 Organizações hospitalares e suas particularidades na assistência ao parto

Após esta apresentação inicial, os hospitais não serão mais tratados individualmente, e sim inseridos nas categorias previamente definidas, quais sejam: Filantrópica, Pública, Privada sem SUS e Cooperativa. Cada uma destas organizações apresenta uma trajetória particular, que resiste a reducionismos e generalizações, mas o exercício a seguir é o de identificar aspectos organizacionais mais gerais que possam impactar, positiva ou negativamente, as políticas de humanização do parto. Os aspectos destacados para análise foram: localização geográfica, porte e complexidade, custo hospitalar do parto, relação de trabalho e remuneração do profissional da medicina e da enfermagem.

4.3.1 Localização geográfica

Primeiro, é interessante notar que as dez grandes maternidades em funcionamento apresentam uma distribuição geográfica bastante concentrada na área central da cidade, conforme pode ser observado pelo mapa do ANEXO F⁵², em especial as Privadas sem SUS. Apenas duas, uma Pública e uma Filantrópica, estão localizadas em áreas mais periféricas de Belo Horizonte⁵³. Em parte isso se deve à época de fundação destas organizações – metade das quais existe há mais de 50 anos – quando a cidade também era menor. Mas, por outro lado, observa-se que o equipamento hospitalar se concentra no entorno das duas faculdades de medicina da cidade, possivelmente para facilitar o acesso e o trabalho do médico⁵⁴.

O resultado de tal concentração geográfica é uma iniquidade grande na distribuição desse recurso na cidade, obrigando as mulheres a percorrer grandes distâncias, muitas vezes de ônibus, para acessar a maternidade. Este já seria, na avaliação de alguns gerentes de maternidades, o primeiro aspecto de um atendimento “desumanizado” à gestante:

(...) se você coloca uma mulher aqui em uma ambulância e leva ela para o hospital X, você está fazendo humanização? Não! Você pega essa mulher e põe ela para poder andar não sei quantos quilômetros, sentindo contração e coloca ela lá,

⁵² Agradeço ao Dr. Henrique Leite a sugestão de localizar em um mapa a posição de cada maternidade.

⁵³ Em meados de 2007 mais uma maternidade pública foi inaugurada em região mais periférica do município, no bairro Venda Nova, o Hospital Risoleta Tolentino Neves.

⁵⁴ Comunicação pessoal da professora Maria José Moraes Antunes.

totalmente fora da casa dela. E depois ela vai ter que pegar um ônibus, com um neném, com o marido, e vai ter que ir para a casa dela lá em Contagem. (Gerente de hospital público)

Além disso, em função da dificuldade de acesso, não raro gestantes em final da gravidez que buscam a maternidade com queixas de dores ou desconforto, normais desta fase da gravidez, são internadas precocemente. Já internadas, elas são submetidas à cascata de intervenções desnecessárias com o objetivo de induzir e acelerar um parto que ainda não estava na hora de acontecer.

4.3.2 Porte e complexidade

Com relação à distribuição de leitos, os 10 hospitais somados oferecem 2.703 leitos, sendo 379 de maternidade, em uma relação de 6:1. O maior hospital é um Filantrópico (698 leitos) e o menor é um Privado sem SUS (50 leitos).

O número de leitos define o porte do hospital: pequeno, até 50 leitos; médio, de 51 a 150 leitos; grande, de 151 a 500 leitos; e extra grande, acima de 500 leitos (CALVO, 2002). Considerando o critério de Calvo, os hospitais/maternidades investigados estão assim divididos: um hospital Filantrópico de porte extra grande; seis hospitais de grande porte (quatro Públicos e dois Privados sem SUS); dois de médio porte (um Privado sem SUS e um Filantrópico); e um Privado sem SUS de pequeno porte.

A proporção entre os leitos totais e os leitos de maternidade, em cada hospital, é um dado acerca da relevância do atendimento ao parto no contexto hospitalar e apresenta relação direta com o porte do hospital. Assim sendo, para um hospital Privado sem SUS de pequeno porte, bem como para o hospital Filantrópico de médio porte, tem-se uma relação de 1 para 1 entre os leitos hospitalares e os leitos destinados ao parto, ou seja, a organização destina todos os seus leitos para gestantes. Já nos hospitais de maior porte e maior complexidade, a relação entre leitos hospitalares e leitos de maternidade chega à 16 para 1, ou seja, o parto é um evento periférico para os hospitais de porte grande e de porte extra-grande. O parto ser um evento periférico, dentro da estrutura hospitalar, pode ser positivo ou negativo para a implantação de políticas de humanização da assistência ao parto. Pode ser negativo quando a organização, em função da pouca relevância do parto em termos do movimento financeiro e de ocupação do hospital como um todo, não tem interesse em investir nas mudanças

necessárias para a humanização. Por outro lado, pode ser positivo quando a organização, pelo mesmo motivo, não interfere diretamente com a gestão da maternidade, e as práticas assistenciais ali desenvolvidas ficam à cargo da discricionariedade do diretor da maternidade. O risco da segunda situação é a personalização da assistência e menor ou nenhuma garantia de continuidade das ações com a mudança da diretoria.

Com relação à complexidade hospitalar, a classificação em baixa, média e alta complexidade de ações é bastante discutida, não havendo consenso sobre a inclusão dos hospitais nessas categorias (CALVO, 2002). No contato com os hospitais/maternidades, não foi investigada diretamente a complexidade do hospital, mas esta foi aproximada por duas outras categorias: quais os atendimentos eram oferecidos pela organização (exclusivamente maternidade, maternidade com outra especialidade, ou hospital geral); e qual o risco obstétrico⁵⁵ aceitável para ser atendido naquela organização (baixo risco ou baixo risco e alto risco). Desta forma, foram consideradas maternidades de alta complexidade aquelas localizadas em hospitais gerais e que ofereciam atendimento a gestantes de baixo e alto risco, enquanto as organizações que mantinham sua atuação primordialmente como maternidade e com atendimento apenas de gestantes de baixo risco foram classificadas como de média complexidade.

Primeiro, observou-se que nenhuma das organizações investigadas funcionava exclusivamente como maternidade: seis se classificaram como hospitais gerais (uma Privada sem SUS, uma Filantrópica, três das Públicas e uma Cooperativa) e as quatro restantes se identificaram como uma “maternidade com outras especialidades” (uma Pública, uma Filantrópica e duas Privadas sem SUS). Todas as maternidades inseridas em hospitais gerais, bem como metade das “maternidades com outra especialidade”, atendiam à gestante de alto risco, ou seja, 8 das 10 grandes maternidades atendem tanto gestantes de alto risco quanto gestações de risco habitual. Apenas uma Privada sem SUS e uma Filantrópica, que não contavam com UTI adulto, não recebiam gestantes de alto risco. Ou seja, dos dez maiores hospitais/maternidades de Belo Horizonte, oito podem ser considerados de alta complexidade e dois de média complexidade.

Considerando que, na maioria das vezes, a gestação se desenvolve dentro da normalidade e que muitas situações de risco potencial podem ser resolvidas ou controladas com o pré-natal, observa-se um desequilíbrio entre oferta e demanda por serviços de alto

⁵⁵ Em uma gestação pode haver risco para a mãe, para o bebê ou para ambos. Os riscos podem advir de fatores sociais (como escolaridade e estado civil), ocupacionais ou médicos propriamente ditos (doenças pré-existentes ou ocasionadas pela gravidez). A categoria “risco” é fundamental na construção do significado do parto para diferentes categorias profissionais, o que será abordado no próximo capítulo.

risco. Ou seja, pode-se dizer que há sobre oferta de serviços de alto risco quando o esperado é que esta situação seja de exceção: cinco entre as seis maternidades SUS-BH (quatro públicas e duas filantrópicas) e três entre as quatro maternidades privadas (sem SUS e cooperativa), oferecem leitos para gestantes de alto risco. Pode-se sugerir que, entre os públicos, a super oferta do alto risco no hospital seria uma forma do sistema compensar a suposta baixa qualidade do pré-natal da rede básica de saúde. O problema é que esse argumento não explica a super oferta do leito de alto risco no privado, onde, a princípio, a oferta e a qualidade do pré-natal não são uma questão:

Alguns incrédulos [com o parto humanizado] dizem “mas também, é só filet, é só paciente sem problema!”. Aí eu pergunto para eles: “quantas pacientes com pré-eclampsia você já teve no seu consultório particular, quantos descolamento de placenta, quantas bolsa rota, prematura?”. Filet é a sua paciente, que se alimenta direto, faz pré-natal, hidroginástica, ioga, toma vitamina, faz 15 ultrassons, faz todos os exames. (médico obstetra, 33 anos)

Além disso, a tendência de que maternidades sejam incluídas como mais um serviço do hospital geral gera desconforto mesmo entre diretores dessas organizações, que entendem tal conformação como um equívoco:

Maternidade é maternidade, é um perfil diferente. A maternidade não se insere [dentro de um hospital geral] porque o paciente não está doente, não adianta querer colocar em uma estrutura de hospital geral. A não ser que eu crie um bloco independente, com entrada independente, portaria independente; um outro hospital dentro da mesma estrutura, mas com tudo diferente... A estrutura [de uma maternidade] tem que ser mais simples mesmo, não se precisa de grandes complexidades e equipamentos, porque ou é parto normal ou é cesárea, e os dois procedimentos são simples. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

O quadro que se desenha com as informações acerca do número total de leitos, relação total de leitos com total de leitos de maternidade, e a complexidade da organização é que o parto, além de ter se tornado um evento hospitalar, está cada vez mais circunscrito a organizações de grande porte, de alta complexidade e que oferecem diversos outros atendimentos⁵⁶.

Pode-se argumentar que uma organização destinada exclusivamente ao atendimento obstétrico correria o risco de se tornar insolvente, tendo em vista a baixa remuneração destinada ao procedimento. Desta forma, a inclusão de maternidades dentro de hospitais

⁵⁶ Em termos proporcionais, considerando a distribuição dos partos entre as 10 maternidades que foram investigadas, 31% foram realizados nas duas organizações de média complexidade (uma Filantrópica e uma Privada sem SUS), enquanto 69% ocorreram em organizações de alta complexidade (dados do SINASC de 2005).

gerais seria uma maneira de garantir a continuidade da assistência. À princípio, tal argumento parece legítimo. Entretanto, é preciso cotejar esta premissa com o fato de que os altos custos e o risco de insolvência também se relacionam com o fato de as organizações buscarem oferecer, cada vez mais, uma estrutura de alta complexidade para um procedimento de baixa complexidade. O fato é que identifica-se um paradoxo na relação entre oferta e demanda, ou seja, o parto tem-se realizado predominantemente em organizações que ofertam muita tecnologia quando tal procedimento, na maioria das vezes, prescinde dela.

4.3.3 Custo hospitalar do parto

Conforme já discutido anteriormente, o parto hospitalar não é um procedimento de alto valor financeiro para o hospital, nem pela Tabela do SUS, conforme apresentado no capítulo anterior, nem pelas tabelas da saúde suplementar – sem desconsiderar que diferentes operadoras podem pagar valores diferentes⁵⁷. Soma-se a isso o fato de que todos os 10 hospitais/maternidades investigados tinham uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, ou seja, estavam equipados com uma tecnologia de atendimento ao recém-nascido de risco que torna a assistência ao parto mais onerosa e ainda mais deficitária. Segundo o gerente de uma maternidade Filantrópica, enquanto o hospital não tinha UTI Neonatal, era possível se manter financeiramente. Quando passou a atender bebê de alto risco, nunca mais o hospital deixou de ser deficitário. Segundo suas palavras: “a vaca foi para o brejo”.

Entre os hospitais pesquisados, não foi possível obter a informação acerca do custo global do parto para todas as organizações, mas as informações colhidas indicam que o parto – se não é um evento de alto retorno financeiro – também não é um procedimento de alto custo hospitalar. Entre os gerentes dos hospitais públicos, nenhum soube informar os custos do parto. Já entre os gerentes dos hospitais privados, tanto com quanto sem fins lucrativos (Filantrópicos), esta informação foi mais fácil de ser obtida; quando o gerente não informou, foi porque ele não quis e não porque ele não soubesse.

De qualquer forma, o custo do parto normal variou de R\$ 580,00 a R\$ 2.850,00, e do parto cesáreo de R\$ 650,00 a R\$ 2.850,00, segundo declaração dos gerentes, sendo que há

⁵⁷ Segundo um dos diretores de hospital Privado sem SUS, cada operadora tem a sua tabela, mas uma boa parte dos convênios paga aos hospitais, excluindo os honorários médicos, em média de R\$ 750,00 a R\$ 800,00, considerando tanto parto normal quanto cesáreo.

uma tendência, não completamente linear, de o custo aumentar na medida em que aumenta a complexidade do hospital. O fato de não termos tido acesso aos custos de todas as organizações investigadas impede análises comparativas mais profundas, mas revela outros aspectos bastante relevantes. O (des)conhecimento acerca de custos de procedimentos hospitalares está relacionado, entre outras coisas, com o grau de profissionalismo da gestão do hospital. Nesse sentido, é patente a dificuldade dos hospitais públicos em avançar neste aspecto. Como conseqüência, entre outras, observamos que os gerentes de maternidades privadas (com ou sem fins lucrativos) são muito mais críticos e sensibilizados para os impactos da alta tecnologia médica sobre o modelo de assistência ofertado, principalmente porque a sobrevivência da organização depende de sua saúde financeira, o que não tem sido o caso dos hospitais públicos.

Em suma, o potencial lucrativo do parto, para o hospital, é baixo⁵⁸, principalmente quando se trata de um hospital geral, de maior complexidade, e que realiza outros procedimentos bem mais vantajosos em termos financeiros⁵⁹. Tal constatação levantou uma nova questão: por que hospitais gerais de alta complexidade mantêm suas maternidades, a despeito do baixo retorno financeiro dessa decisão? Em uma lógica puramente racional e voltada para a eficiência das organizações, o esperado seria que os hospitais gerais de alta complexidade fechassem suas maternidades:

(...) [se pudesse mudar alguma coisa no hospital] eu fechava o hospital. Não compensa o risco. Com o capital que tem empatado aqui, em qualquer outro negócio você teria melhores resultados com muito menos trabalho. (...) Vários hospitais já fecharam a maternidade, não compensa, qualquer outra atividade é mais rentável do que a obstetrícia. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

Assim, a manutenção de maternidade em um hospital geral de alta complexidade se explica por seus aspectos práticos, profissionais e simbólicos, entre eles, fortalecer a marca e a imagem pública do hospital, permitir a manutenção da residência médica reconhecida em ginecologia e obstetrícia e sustentar a reificação da técnica/tecnologia como o substrato fundamental e indispensável da assistência em saúde. É a esse último ponto que vou me ater.

⁵⁸ O mesmo não pode ser dito para o médico obstetra, já que seu ganho financeiro com um parto é muito variável. Discutiremos este ponto no próximo capítulo.

⁵⁹ O caso do Hospital Life Center ilustra bem este argumento. Inaugurado em maio de 2002, em Belo Horizonte, tratava-se de um Hospital Geral com Maternidade. Nos seus dois primeiros anos, a maternidade registrou um total de 60 nascidos vivos por ano. Em 2004, foram 318 nascidos vivos e, em 2006, 1.042. Apesar do crescimento constante no número de partos do hospital, no final de 2006 a organização tomou a decisão de fechar a maternidade, por sua característica de ser deficitária, e o Life Center se tornou um Hospital Geral sem Maternidade.

A questão a ser problematizada, a partir desta forma que a organização adquiriu, é como uma aparente vantagem – a mulher ser atendida em uma organização de alta complexidade e ter à disposição todos os recursos e equipamentos tecnológicos necessários à assistência de alta complexidade – pode se tornar uma desvantagem no caso do parto, que é um evento fisiológico que, na maioria das vezes, não se relaciona com uma situação de morbidade. O que hospitais de alta complexidade oferecem, via de regra, não é um atendimento voltado para o parto fisiológico. Ao contrário, quanto maior o grau da patologia e a necessidade de utilização da alta tecnologia, maior a vantagem financeira de um procedimento médico:

Os planos de saúde gastam fortunas com neném no CTI. Se houvesse um pré-natal muito bem feito, um protocolo bastante rígido em procurar satisfazer condições que evitassem a prematuridade, teria muito menos prematuros, ou seja, muito mais econômico e muito mais saudável, por que não é saudável um bebê prematuro. Mas o investimento não está aqui, está na ponta, no CTI. Nenhum hospital quer fazer um projeto de um pré-natal protocolado porque isso envolve mudança de conduta médica, mudança de cultura. É mais fácil fazer um CTI onde você ganha um tanto de dinheiro como o neném internado. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

Um outro exemplo, citado por um diretor entrevistado, reflete o mesmo paradoxo, ou seja, as desvantagens de se oferecer assistência de baixa complexidade em um hospital de alta complexidade. Apesar de não se tratar de uma situação da obstetrícia, o reproduzimos aqui por seu potencial ilustrativo:

A operadora contratou 30 leitos para colocar pacientes de clinica médica. São pacientes considerados crônicos, são pacientes que sistematicamente estão se re-internado, são pacientes idosos que pouca coisa você pode fazer por eles. Mas, na medida em que internam em hospitais gerais, eles seguem toda a rotina do hospital, então é uma bateria de exames, uma medicação de alto custo. Para racionalizar esse atendimento, a operadora concentrou esse atendimento aqui, o paciente fica conhecido, ele vai e volta para casa, e você reduz muito os custos da operadora com esse tipo de atendimento. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

Em suma, um hospital de alta complexidade se legitima por sua qualidade em atender as complicações e em oferecer recursos tecnológicos avançados. A incorporação de tecnologias de alto custo é muito vantajosa para organizações de saúde porque permite que a sua lucratividade não dependa apenas do fator trabalho (ANDREAZZI, 2003). Entretanto, em função de seu alto custo, para que uma tecnologia se torne disponível para quem precisa, quem não precisa também tem que usar e pagar por ela.

4.3.4 Relação de trabalho e remuneração do profissional médico

Muitos aspectos estão envolvidos na relação entre o profissional médico e a organização hospitalar e há que se reconhecer a existência de conflitos, principalmente originados da disputa entre gestão hospitalar e autonomia do médico. O fato é que quanto mais a organização busca implantar uma racionalidade administrativa, com foco inclusive na sobrevivência financeira, maior é o embate com a autonomia do médico:

O grande avanço é o prontuário eletrônico (...). Tem uma série de vantagens: você pode padronizar condutas, padronizar medicamentos, colocar o pessoal dentro dos protocolos, o próprio sistema te bloqueia. (...) Por exemplo, é uma luta para receitar medicamento não padronizado, tem que entrar, tem que justificar, é mais difícil. O médico desiste. Acaba indo no outro mesmo que é padronizado e o resultado é o mesmo ou até melhor. O médico tem que parar de trabalhar como pessoa única, e aprender a seguir protocolo. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

O contrato de trabalho e a forma de remuneração do corpo clínico é um campo interessante de análise sobre a relação entre o profissional e a organização, bem como as possibilidades de influência desta relação sobre o trabalho médico. Quando a prestação de cuidados médicos à saúde dependia quase exclusivamente do fator trabalho, predominava a forma liberal de organização do mercado, vínculos formais frouxos entre o profissional e o cliente e os preços eram auto-regulados pelas corporações médicas. Formas assalariadas de trabalho médico, vinculadas a uma organização, são mais recentes (ANDREAZZI, 2003). Ainda segundo Andreazzi (2003), há três formas de remunerar o trabalho médico: pós pagamento, pré pagamento e remuneração do tempo de serviço.

No pós pagamento, a remuneração ocorre após a realização efetiva dos serviços e sua modalidade mais tradicional é o pagamento por produção de serviços (*fee-for-service*). É o modo mais freqüente de relacionamento entre os usuários que pagam diretamente ao médico e entre o seguro privado e seus credenciados. Diz a teoria dos incentivos que o que está implícito nessa forma de remuneração é a superprodução de serviços, uma vez que a renda do profissional depende diretamente do volume dos atos realizados. Mais recentemente, tem-se discutido a modificação desse modelo, a exemplo do que vem ocorrendo com os hospitais, para pagamento prospectivo por diagnóstico ou por pacote de serviços⁶⁰, um pagamento global por caso ou grupo de casos tratado.

⁶⁰ Um exemplo seria o PPO (Procedimento Padronizado em Obstetrícia) da UNIMED-BH, por meio do qual o obstetra é remunerado pelo conjunto do pré-natal e parto, desde que tenha feito a captação precoce da paciente.

No modelo do pré-pagamento, o profissional recebe uma quantia pré-determinada, independente da sua produção de serviços. Em geral, esta é calculada tendo em vista o grupo de pessoas que atende (também chamado de pagamento *per capita*). O modelo se adapta melhor a médicos de recorte generalista.

Na remuneração do tempo de serviço, tanto por meio de assalariamento quanto de formas precárias de relações de trabalho, o profissional dedica parte de seu tempo, que é o fator remunerado, para a atenção aos pacientes. A diferença entre o assalariamento e as outras formas mais precárias é que nestas não há os benefícios sociais advindos da relação formal de trabalho (férias, aposentadoria, apoio à invalidez, etc.). Neste modelo, a remuneração independe da produção de serviços. Alguns sistemas têm preconizado a associação de incentivos ligados à produtividade dentro do método de remuneração por tempo de trabalho – combinação de salário com pagamento por ato.

As formas de remuneração do trabalho médico são substantivamente diferentes entre serviços públicos e privados. Entre as maternidades Públicas, os contratos de trabalho podem ser celetista, estatutário, contrato administrativo ou contrato de emergência e o valor pago ao médico é pré-fixado por plantão, independente da produção. Nas organizações Filantrópicas (privado sem fins lucrativos), tem-se celetistas e contratos de emergência, também pagos por plantão e independente de produção. Já entre os hospitais Privados sem SUS e na Cooperativa, o médico pode ser cooperado ou autônomo, sendo que em ambos os casos a sua renda é variável, pós-pagamento e dependente da sua produção. Essas variações nos modelos de contrato e de remuneração têm sido apontadas como importantes variáveis na compreensão do modelo de assistência à saúde, cada uma delas com potencial de gerar diferentes iatrogenias na relação médico-paciente (ANDREAZZI, 2003).

O aspecto liberal e autônomo da medicina resulta da relação entre o contrato de trabalho, a remuneração do médico e a forma como a própria medicina é praticada. O modelo ideal de medicina autônoma e liberal é praticado, em sua plenitude, na medicina privada ou suplementar. Neste caso, tanto no contrato quanto na remuneração, a relação entre o médico e o paciente prevalece sobre aspectos da organização. Os constrangimentos na atuação do médico são de ordem gerencial e administrativa, e não por conta da prática assistencial.

Por outro lado, na medicina pública, onde prevalece o assalariamento e a inserção do médico em uma organização maior do que ele, a relação prevalente é entre a organização e o paciente. Neste caso, os constrangimentos à ação do médico advêm dos protocolos e das normativas das políticas públicas, bem como do trabalho em equipe. Em termos gerenciais,

os constrangimentos estão mais restritos às limitações por falta ou escassez de recursos físicos e materiais.

A permissão, ou não, de acompanhante para a gestante durante o trabalho de parto e o parto é exemplar para a compreensão do exposto acima. Em todas as maternidades Públicas e Filantrópicas, a presença do acompanhante é considerada um direito da gestante ao qual a organização e a equipe de assistência, inclusive o médico, têm que se adaptar. Por outro lado, nas Privadas sem SUS, incluindo a Cooperativa, a presença do acompanhante usualmente aparece combinada com alguma condição – ser o pai ou um adulto com parentesco direto – e depende da autorização ou anuência do médico, ou seja, é menos um direito da mulher e mais uma benesse do médico, uma decisão vinculada à autonomia assistencial de cada profissional, individualmente.

A tendência observada é que o médico do setor privado atua sozinho, com maior autonomia assistencial e menos compromisso com a organização, mas está cada vez mais constrangido pela gestão empresarial do hospital. Por sua vez, o médico do setor público e filantrópico integra uma equipe, tem menos autonomia e mais compromisso com a organização e o constrangimento na sua atuação se origina mais das políticas públicas do que da gestão administrativa.

Soma-se a esses constrangimentos um novo, advindo tanto em função da sobre-oferta de profissionais médicos no mercado de trabalho quanto da consolidação de uma medicina cada vez mais tecnológica e de alta complexidade, que só pode ser oferecida por organizações hospitalares. Neste sentido,

O cliente migrou do médico para a instituição. Você tinha um médico e procurava o seu médico. Agora, procura-se o hospital. O médico, como tem muito médico, muita faculdade, o médico virou quase que uma *commodity* (...) Os clientes, agora, têm um plano de saúde e um livrinho lá com os [nomes dos] médicos. Geralmente eles não sabem quem é médico, e procuram a instituição. A segurança não está mais no médico, está na instituição. Isso é notável. Aqui, em um levantamento que fizemos na semana passada, em 2007 houve um aumento de 40% das pacientes que procuraram o plantão. Isso é um retrato direto de que cada vez mais as pessoas procuram a instituição e não o médico. Aí a gente entra em um conflito monstruoso de interesses e de vaidades. Eu, como diretor do hospital, minha função é cada vez mais valorizar a instituição. O médico tem de deixar os egos e perceber que tem que trabalhar cada vez mais para a instituição do que para ele mesmo, ele não vai sobreviver sozinho. (Gerente de maternidade Privada sem SUS)

Ou seja, se esta tendência se confirmar, a principal instituição de assistência à saúde no imaginário coletivo deixará de ser o médico para ser cada vez mais o hospital.

4.4 Humanização do parto e modelo organizacional

Quantificar ou qualificar a humanização da assistência ao parto em um hospital não é tarefa fácil, já que a proposta de humanização do parto é uma proposta de 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. Na forma como a atual dissertação foi concebida, a mudança efetiva do paradigma não foi objeto de investigação.

O nosso objetivo foi identificar a presença, em cada organização investigada, de práticas assistenciais que podem ser consideradas mais emblemáticas na humanização do parto, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005): inserção da *doula* no acompanhamento do pré-parto; permissão de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto; uso de métodos alternativos de alívio da dor (banho, bola de parto, escada de Ling, massagem e deambulação); e realização de parto sem complicações por enfermeiras obstétricas. A presença de tais práticas não atesta, definitivamente, que a assistência seja humanizada na sua concepção ideal, mas são um importante indício de um processo de mudança da lógica de assistência ao parto. A síntese dos achados, para as dez maiores maternidades de Belo Horizonte, está no QUADRO 4.

Tanto a *doula* quanto o acompanhante de livre escolha da mulher se caracterizam como diferentes tipos de suporte à gestante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Os estudos sobre o impacto da presença constante de uma pessoa de suporte ao lado da parturiente indicam redução da taxa de cesarianas, da analgesia e de medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto, da utilização de ocitocina, bem como o aumento da satisfação materna com a experiência vivida (BRÜGGEMANN, PARPINELLI e OSIS, 2005). A *doula* é uma mulher leiga, sem experiência técnica na área da saúde, mas treinada para dar apoio à gestante durante o trabalho de parto. O apoio da *doula* pode ser classificado em 4 categorias: suporte emocional, ou seja, encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; suporte físico, oferecendo medidas de conforto como massagens; suporte de informações, com orientações, instruções e conselhos; e defesa de direitos da mulher, do casal ou da família frente aos profissionais do hospital (LEÃO e BASTOS, 2001).

QUADRO 4
Ocorrência de práticas de humanização do parto nas dez maiores maternidades de Belo Horizonte – 2007

Modelo Organizacional	Doula	Acompanhante de livre escolha da mulher	Métodos alternativos para alívio da dor	Parto por enfermeira obstétrica
Privados sem SUS				
Hospital 1	Não	Sim, no quarto e com autorização do médico. Não, na enfermaria.	Não	Não
Hospital 2	Não	Sim, no quarto e com autorização do médico. Não, na enfermaria.	Não	Não
Hospital 3	Não	Sim, parente direto e adulto.	Não	Não
Públicos				
Hospital 4	Não	Sim	Não	Não
Hospital 5	Sim	Sim	Bola de parto	Não
Hospital 6	Sim	Sim	Banho, massagem, deambulação	Não
Hospital 7	Sim	Sim	Deambulação	Não
Filantrópicos				
Hospital 8	Sim	Sim	Deambulação, banho	Esporadicamente
Hospital 9	Sim	Sim	Bola, escada de Ling, banho, deambulação, massagem	Sim
Cooperativa				
Hospital 10	Não	Sim, com autorização do médico.	Não	Não

Fonte: Questionário Administrativo aplicado às maternidades.

Nenhum hospital Privado sem SUS tem experiência com as *doulas*. No entendimento dos diretores entrevistados, as clientes que usam a saúde suplementar não teriam demanda nem interesse de que uma mulher leiga e desconhecida participasse do parto. Houve até um gerente que não sabia o que era a *doula*, e tinha um entendimento de que se tratava de parteira leiga que tinha por função prestar assistência direta à gestante, em substituição ao profissional de saúde.

Por outro lado, a *doula* comunitária é um projeto da prefeitura de Belo Horizonte que tem sido implementado em quase todos os hospitais Filantrópicos e Públicos, a exceção de um hospital Público. Neste caso, dois são os argumentos usados pelo gerente do hospital para a não inserção da *doula*, um de ordem administrativa e outro de ordem assistencial. O argumento de ordem administrativa é o de que não há como efetuar o gasto financeiro necessário para comprar vale-transporte para a *doula*⁶¹. O de ordem assistencial é de que a *doula* não é uma tecnologia tão importante na qualidade da assistência, e que outras prioridades deveriam ser observadas.

⁶¹ O trabalho da *doula* é voluntário. O único compromisso da organização é fornecer o vale transporte para que ela possa se locomover, sem custos, de casa para o hospital.

Com relação à permissão do acompanhante de livre escolha da mulher, apesar de algumas dificuldades e particularidades, tal prática já está bastante disseminada entre as organizações. As organizações Privadas sem SUS ainda vinculam esta presença à anuência do obstetra. Já nas organizações públicas, o acompanhante é visto como um direito da mulher e não como uma concessão do médico. Entretanto, na fala dos diretores é possível escutar uma diferença sutil, mas significativa, entre tolerar e estimular a presença do acompanhante:

A gente mantém, todo dia de manhã, uma reunião com os acompanhantes, como é que eles foram recebidos, como eles viram a assistência, o resultado da assistência. (...) O médico trata a mulher de uma maneira. Se tiver um acompanhante ao lado dela, principalmente se for o marido, ele não tem mais espaço para tratar com todo o poder absoluto. O fator mais importante para a humanização, que eu acredito, é este de ter acompanhante. (Gerente de hospital filantrópico)

Um aspecto importante que interfere, mas não determina, a política da organização com relação ao acompanhante é a estrutura física da maternidade. Em dois hospitais Privados sem SUS, à gestante atendida na enfermaria não é permitido o acompanhante, sob o argumento da “falta de privacidade”, ou seja, como os leitos nas enfermarias não têm divisórias entre eles, não seria adequada a presença de homens. Nos hospitais públicos, em que todos os leitos são enfermarias, este não tem sido o impedimento, já que todos adotaram a política de individualizar o leito por meio de recursos diversos, como cortinas ou divisórias de compensado.

Nenhum hospital Privado sem SUS oferece métodos alternativos para alívio da dor, por motivos diversos, entre eles: o fato de que a mulher atendida na saúde suplementar nem experimenta o trabalho de parto, em função da cesárea com data marcada (LEAL *et al.*, 2007); o fato de o hospital não ter estrutura física disponível para tais práticas, pois seu interesse é circular o leito e não mantê-lo muito tempo preso a um procedimento de baixo retorno financeiro; e, por fim, o fato de a analgesia ser percebida como um avanço substantivo e indispensável na assistência ao parto, bem como de manutenção da identidade de algumas organizações:

A paciente já chega no hospital na hora de ir para a sala de cesárea (...) Para eu ter toda essa parafernália [técnicas alternativas para alívio de dor] eu tinha que duplicar a capacidade instalada do hospital. Trabalho de parto normal, em primípara, por exemplo, pode durar 12 horas. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

Não sei se não acreditamos nisso [métodos alternativos de alívio de dor]. A gente tem uma experiência aqui de muitos e muitos anos, mais de 20 anos [com a peridural]. Acho que a primeira peridural feita em Belo Horizonte foi feita aqui, neste hospital. (Gerente de hospital Privado sem SUS)

Entre os hospitais Públicos e Filantrópicos, o oferecimento de métodos alternativos para alívio da dor não é homogêneo, havendo investimentos em graus diferentes nas diversas organizações.

A presença de enfermeiras obstétricas atuando no parto sem complicações é bastante rara. Apesar de muitas das organizações relatarem possuir enfermeiras com especialidade em obstetrícia no seu quadro de pessoal, isso não garante sua atuação no parto. Em um hospital Privado sem SUS, por exemplo, a tarefa da enfermeira obstétrica é o estímulo ao aleitamento materno. Apenas um hospital Filantrópico tem uma política clara de estimular e garantir que as enfermeiras obstétricas atuem na equipe obstétrica e assistam ao parto normal sem complicações.

O que se observa globalmente é que as ações de humanização do parto têm que vir em conjunto. Quando uma organização escolhe não oferecer uma prática mais humanizada, aumenta consideravelmente a sua chance de não oferecer nenhuma, ou de oferecer de maneira precária. Se tal organização for um hospital de alta complexidade, a mudança do modelo tecnocrático para o humanizado fica ainda menos possível, porque há uma necessidade organizacional e institucional de manutenção da alta tecnologia como o principal produto mercadológico e simbólico do hospital.

Em resumo, considerando as quatro práticas de humanização do parto investigadas, observa-se que os hospitais Privados sem SUS e a Cooperativa só permitem a presença do acompanhante no parto, assim mesmo a partir de critério do médico. Soma-se a isso o fato de dois destes hospitais terem se tornado hospitais de alta complexidade nos quais a gestante e a maternidade representam uma parcela menor do seu movimento e do seu faturamento e, possivelmente, do seu interesse. Na identidade destes hospitais, a medicina de alta tecnologia é o principal produto a ser ofertado.

Os hospitais públicos estão em uma posição intermediária, mas não homogênea, com alguns casos mais “humanizados” do que outros. Todos os hospitais públicos são organizações de grande porte e de alta complexidade, com um corpo clínico fechado e gerentes antigos na função, o que gera estruturas pesadas e lentas, sobre as quais mudanças políticas em outras esferas de governo (como no caso dos hospitais da FHEMIG, cuja gestão depende da orientação do governo estadual) geram uma insegurança na orientação de longo prazo da organização:

(...) [o hospital] fica ao bel prazer de quem chega lá [na FHEMIG], dos interesses. Cada hora que muda a FHEMIG, demora uns seis meses para pessoa tomar pé do que está acontecendo. Mudam-se as direções todas dos hospitais e mudam-se os

rumos das políticas de saúde. Não existe um planejamento que diga: “daqui a dez anos a maternidade vai estar assim, porque é assim que estamos planejando”.
(Gerente de hospital público)

Por fim, os hospitais filantrópicos apresentam mais flexibilidade para as práticas assistenciais previstas na humanização do parto. As organizações privadas sem fins lucrativos que atendem ao SUS se colocam em uma situação intermediária entre as tipicamente privadas e as tipicamente públicas. Por um lado, apresentam a maior autonomia administrativa das organizações privadas, quando comparadas com as públicas (um exemplo é a gestão sobre pessoal, pois por não serem tratadas como funcionários públicos há mais autonomia na contratação e na demissão). Por outro lado, por fazerem parte do fluxo de assistência do SUS, se comprometem com as normativas governamentais e os modelos de assistência da saúde pública. De fato, entre as dez maiores maternidades de Belo Horizonte, apenas uma organização filantrópica não só oferece todas as práticas de humanização investigadas como é pioneira em diversas dessas práticas, presentes na organização antes mesmo das normativas governamentais, a exemplo da assistência ao parto sem complicações por enfermeira obstétrica e da atuação de *doulas* comunitárias.

O próximo capítulo abordará a estratégia elaborada pelo poder público de Belo Horizonte para monitorar e avaliar a implementação da política de humanização do parto nas organizações hospitalares do município. Por fim, o capítulo discutirá a humanização do parto na perspectiva do profissional da obstetrícia, e os constrangimentos presentes no seu cotidiano para as práticas humanizadas.

5 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: CONSTRANGIMENTOS E POTENCIALIDADES

No capítulo anterior, foram apresentados os grandes hospitais/maternidades de Belo Horizonte e enfatizados os aspectos organizacionais relacionados ao modelo de assistência ao parto. Neste último capítulo, partindo do suposto que o hospital está colocado em uma posição intermediária entre a política de humanização do parto e a prática dos profissionais, as questões exploradas a seguir são duas: a primeira diz respeito à relação do Estado – no caso, o município de Belo Horizonte por meio da Secretaria Municipal de Saúde – com as diferentes organizações hospitalares e seus instrumentos de regulação; a segunda trata mais especificamente da relação entre as organizações e os profissionais da obstetrícia, e destes com sua prática profissional.

Na primeira parte do capítulo trataremos da Comissão Perinatal, instância criada dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para monitorar e regular a qualidade da assistência à saúde materno-infantil. Nesta seção, serão abordados: a história a Comissão Perinatal e suas principais mudanças ao longo do tempo; as atividades atuais da Comissão; e a relação da Comissão com os hospitais que atendem ao parto em Belo Horizonte. Na segunda parte serão discutidos os constrangimentos que se apresentam no cotidiano dos profissionais da obstetrícia, médicos e enfermeiros, e sua relação com as práticas de humanização do parto.

Nossa pretensão é fechar a triangulação entre política pública, organização hospitalar e profissional que presta assistência ao parto, apontando os aspectos que possam determinar ou limitar as mudanças propostas pelas normativas da humanização do parto no âmbito das organizações hospitalares, conforme discutido no Capítulo 3.

5.1 Comissão Perinatal: espaço de negociação, espaço de governabilidade

Para Mercadante (2002), o modelo original do SUS concede protagonismo ao município, revertendo a lógica da centralização federal que marcou o período da ditadura militar. À Secretaria Municipal são confiadas a gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde, seu planejamento, organização, controle e avaliação. Além disso, o poder

municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades da iniciativa privada.

O município de Belo Horizonte⁶² possui uma instância governamental com o objetivo de elaborar estratégias para melhorar, conjuntamente, a qualidade da assistência à mulher e à criança e enfrentar a morbi-mortalidade materna e perinatal no seu território. A Comissão Perinatal foi criada em 1994, a partir do Projeto Vida, da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Sua ação inicial foi voltada para a assistência básica e para a organização da atenção ao pré-natal e ao puerpério em todos os Centros de Saúde da cidade (PORTO, 2003). Ainda em 1994, o planejamento familiar foi implantado em toda a rede municipal de saúde, antecipando a ação nacional, só regulamentada em 1996 (MAIA e CHACHAM, 2002).

Em 1996 a Comissão foi formalmente constituída, em caráter permanente, e integrada à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde por meio da portaria SMSA/SUS-BH 014/96, de 03 de maio de 1996. Segundo a portaria, a finalidade da Comissão é:

(...) estudar os aspectos assistenciais à gestante e ao recém-nascido de risco, em Belo Horizonte, e, especificamente: (1) levantar os recursos existentes nas unidades de obstetrícia, públicas, contratadas e conveniadas, nas áreas ambulatorial e hospitalar, com vistas à atualização do cadastro; (2) estudar e propor critérios básicos para a política assistencial da especialidade, tendo em vista a desconcentração e descentralização do atendimento ambulatorial e hospitalar; (3) acompanhar, controlar e avaliar a rede de assistência obstétrica e neonatal, com vistas à operacionalização e à melhoria do sistema; (4) produzir relatórios técnicos periódicos; (5) propor à Superintendência Operacional de Saúde/Secretaria Estadual de Saúde-MG, através da Secretaria Municipal de Saúde-SMSA/SUS-BH, a realização de Auditoria Assistencial Especial, quando houver distorções; (6) desenvolver outras atividades afins. (BELO HORIZONTE, 1996, grifo da autora)

Em dezembro do ano seguinte à formalização da Comissão, foi constituído o Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materna de Belo Horizonte, por meio da portaria SMSA/SUS-BH 023/97, com o objetivo de investigar todos os óbitos maternos de mulheres residentes em Belo Horizonte, identificar possíveis falhas na assistência e sugerir medidas para sua prevenção (DIAS e PERILLO, 2002).

Desde então, a Comissão vem ampliando sua composição e consolidando seu poder de ação dentro da SMSA e frente à rede de assistência obstétrica, ou seja, às organizações hospitalares que atendem ao parto.

Com relação à sua composição, nota-se um movimento de ampliação, diversificação e institucionalização dos seus integrantes. Na portaria 014/96, que constituiu a Comissão, sua

⁶² No nosso levantamento, só identificamos outras duas Comissões Perinatais, uma no município do Rio de Janeiro e a outra na região metropolitana de Goiânia.

composição se limitava a membros da Secretaria Municipal de Saúde, um representante da Federação dos Hospitais Filantrópicos, um representante da Associação dos Hospitais e o Diretor da Maternidade Odete Valadares. Em 2002, a composição e estrutura da Comissão passam por uma mudança formal substantiva, por meio da portaria SMSA/SUS-BH 010/2002 (retificada pelas portarias SMSA/SUS-BH 019/2002 e SMSA/SUS-BH 022/2002): sua vinculação institucional à Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar é explicitada pela primeira vez; sua composição é identificada apenas por instituições, e não mais nominalmente por pessoas, com estabelecimento das formas de escolha do representante, seu prazo de mandato e critérios de substituição; e os Comitês de Mortalidade Materna e de Mortalidade Perinatal e Infantil passam a integrar a Comissão Perinatal. As atribuições da Comissão são atualizadas e passam a ser:

Avaliar a assistência pré-natal, ao parto, ao recém-nascido, ao puerpério e à criança menor de um ano no município, relacionadas com as causas de mortalidade materna, perinatal e infantil; Elaborar propostas e orientar as ações de organização de assistência qualificada à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de 1 ano no município, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, perinatal e infantil por causas evitáveis; Monitorar a assistência oferecida à gestante, ao recém-nascido, à puérpera e à criança menor de 1 ano no município, relacionadas com as causas de mortalidade materna, perinatal e infantil; Divulgar aos órgãos competentes e à sociedade em geral os resultados do trabalho realizado, bem como as recomendações para a execução das intervenções consideradas necessárias. (BELO HORIZONTE, 2002, grifos da autora).

A vinculação da Comissão Perinatal à Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar lhe confere mais poder e legitimidade na negociação com os hospitais privados (com e sem fins lucrativos) contratados pelo SUS. O atendimento hospitalar representa o maior dispêndio financeiro do Fundo Municipal de Saúde, e o poder público não dispõe de todos os equipamentos e serviços necessários, na sua rede própria, para a prestação dessa assistência. Por isso, cabe à gestão pública uma regulação da contratação e do conveniamento, com o objetivo de permitir acesso equânime e de qualidade, e garantir a probidade no uso do dinheiro público (BELO HORIZONTE, 2005). Neste sentido, os dois princípios norteadores da Gerência de Regulação e Atenção Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde são (OLIVEIRA, 2003):

a) regulação assistencial: regular a oferta de serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde, de modo a promover equidade e integralidade, ou seja, priorizar o acesso aos serviços por critérios de necessidade, garantindo um atendimento adequado a cada problema de saúde;

b) regulação dos recursos públicos: regular o uso dos recursos públicos para que sejam utilizados segundo os princípios do direito administrativo (legalidade, eficiência, moralidade, impessoalidade e publicidade).

Com relação à sua composição atual, a Comissão Perinatal é constituída por representantes de gerências internas da secretaria, dos hospitais que prestam assistência ao parto pelo SUS e de organizações do movimento social, totalizando 25 membros, conforme sistematizado no QUADRO 5.

QUADRO 5 **Composição da Comissão Perinatal de Belo Horizonte – 2007**

Representantes internos à Secretaria Municipal de Saúde

Um representante da Gerência de Epidemiologia e Informação;
Um representante da Coordenação de Atenção à Criança da SMSA;
Um representante da Coordenação de Atenção à Mulher da SMSA;
Um representante do Setor de Controle e Avaliação Ambulatorial da SMSA;
Um representante do Setor de Controle e Avaliação Hospitalar da SMSA;
Um representante do setor de Vigilância Sanitária da SMSA;
Dois representantes do Comitê de Mortalidade Materna;
Dois representantes do Comitê de Mortalidade Infantil.

Representantes de corporações profissionais

Um representante da Sociedade Mineira de Pediatria;
Um representante da Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia;
Um representante da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO) – Regional MG*.

Representantes da sociedade civil

Um representante da Pastoral da Criança de Belo Horizonte;
Um representante do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente;
Um representante do Conselho Municipal de Direitos da Mulher;
Um representante da Rede Feminista de Saúde – Regional MG*.

Representantes das maternidades SUS-BH

Um representante da maternidade e do berçário de cada hospital integrante do fluxo de assistência à gestante e ao recém-nascido de alto risco (atualmente em número de 7)**

Representantes de outras organizações hospitalares

Um representante dos Hospitais Pediátricos;
Um representante da Associação Mineira de Hospitais.

Fonte: Elaborado pela autora a partir da portaria SMSA/SUS-BH 010/2002.

* Incluídas pela portaria SMSA/SUS-BH 027/2004 (BELO HORIZONTE, 2004).

** Na portaria SMSA/SUS-BH 010/2002 (BELO HORIZONTE, 2002), estavam listados 11 hospitais integrantes do fluxo de assistência ao parto pelo SUS: Hospital Municipal Odilon Behrens, Maternidade Odete Valadares, Hospital das Clínicas, Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa), Hospital Sofia Feldman, Hospital Evangélico, Hospital Dom Bosco, Mater Clínica, Hospital Santa Lúcia e Hospital Felício Rocho. Na portaria SMSA/SUS-BH nº 027/2004 (BELO HORIZONTE, 2004) o Hospital Evangélico já não consta da lista. No final de 2007, apenas 7 hospitais estavam incluídos no fluxo de assistência ao parto pelo SUS: Hospital Municipal Odilon Behrens, Maternidade Odete Valadares, Hospital das Clínicas, Hospital Júlia Kubitschek, Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa), Hospital Sofia Feldman e Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Por fim, é importante registrar que a Comissão Perinatal se apresenta como uma experiência pioneira no País e já foi agraciada com os prêmios Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas (FGV), em 2002, e o prêmio Eleutério Rodriguez Neto, da Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS, do Ministério da Saúde, em 2006.

Algumas características da Comissão Perinatal parecem refletir diretamente no seu potencial de ação: (1) sua atuação se amplia para além da atenção básica, tradicionalmente o reduto de ação da gestão municipal; (2) setores estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde integram a Comissão Perinatal, objetivando romper a fragmentação da ação de saúde, repartida em programas verticalizados (Coordenação de Saúde da Mulher, Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, Gerência de Epidemiologia e Informação, Auditoria, Controle e Avaliação Ambulatorial, Controle e Avaliação Hospitalar, Supervisão Hospitalar e a Vigilância Sanitária); (3) prestadores de serviços hospitalares e a sociedade civil estão presentes na Comissão; e (4) a Comissão Perinatal apresenta alguma autonomia para alocação de recursos financeiros⁶³ (LANSKY, 2006).

Em suma, criada em 1994, a Comissão Perinatal vem mostrando vitalidade para realizar mudanças, tanto na sua composição quanto na sua forma de atuação, que ampliaram seu espectro de ação. Com relação à sua composição, observa-se ampliação, diversificação e democratização da participação, que passou de restrita a poucos integrantes da Secretaria Municipal da Saúde para a ampliação destes e a inclusão de atores não governamentais do município. Com relação à sua atuação, três foram os movimentos de ampliação que merecem destaque: da assistência básica, oferecida nos postos de saúde, para encampar a assistência hospitalar; da discussão acerca de qualidade da assistência obstétrica hospitalar para modelo de assistência ao parto; e do espectro de intervenção, antes restrito apenas aos hospitais SUS-BH, em direção aos hospitais da saúde suplementar. Aprofundaremos nestes pontos a seguir.

5.1.1 Participando da Comissão Perinatal

A Comissão Perinatal se reúne ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário. As reuniões ordinárias são realizadas na primeira

⁶³ Recursos do Fundo Nacional de Saúde, para prevenção e controle da mortalidade materna; recursos do PROESF/MS (Expansão e Consolidação Saúde da Família, componente referente ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal), bem como os recursos advindos de prêmios, como o Prêmio em Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas.

quarta-feira do mês, no período da manhã. Conforme detalhado na Introdução, a participação como observadora nas reuniões da Comissão Perinatal me permitiu assistir, de maneira privilegiada, como diferentes atores institucionais constroem sua perspectiva sobre as políticas de saúde materna e de humanização do parto e nascimento, e se relacionam com o poder público.

A presença dos diversos participantes nas reuniões ordinárias da Comissão Perinatal, em 2007, pode ser observada no QUADRO 6. Apesar da Comissão ter uma composição institucional diversificada, a grande expectativa é pela presença dos diretores das maternidades; como o parto é predominantemente hospitalar, não é possível discutir e implementar as diretrizes nacionais e municipais da humanização do parto sem a participação e a anuência das maternidades, representadas por seus diretores. Outra característica das representações é que uma mesma pessoa pode representar mais de uma instituição. Assim, uma integrante da Comissão pode representar, ao mesmo tempo, o Hospital das Clínicas (por vínculo de emprego) e a Sociedade Mineira de Pediatria (por filiação decorrente da formação profissional). Além disso, apesar da Comissão ter uma composição definida em Portaria, suas reuniões são abertas e nós nunca identificamos nenhum constrangimento ou impedimento à participação de outras instâncias governamentais ou não governamentais.

As datas das reuniões ordinárias da Comissão foram mantidas quase sem nenhuma alteração (primeira quarta feira de cada mês), o que possibilitou uma rotina para os participantes, sem alterações súbitas, e manteve, em média, 20 pessoas por reunião. Com relação à pauta das reuniões, o mesmo não pode ser afirmado. As pautas, muito extensas, estavam sempre abertas a reformulações, inclusões e exclusões de assuntos, o que nem sempre era bem recebido por todos os participantes.

QUADRO 6
Presença das instituições nas reuniões ordinárias da Comissão Perinatal - 2007

Instituições representadas	07/02	07/03	04/04	02/05	06/06	04/07	01/08	12/09	03/10	07/11	05/12	%
Secretaria Municipal de Saúde												
Epidemiologia e Informação	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	91%
Coordenação de Atenção à Criança	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Coordenação de Atenção à Mulher	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	55%
Controle e Avaliação Ambulatorial	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	73%
Controle e Avaliação Hospitalar	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	45%
Vigilância Sanitária	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	27%
Comitês de Mortalidade Materna e Infantil	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Corporações profissionais												
Sociedade Mineira de Pediatria	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	9%
Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0%
Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	82%
Associação Brasileira de Enfermagem	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	82%
Sociedade civil												
Pastoral da Criança	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	73%
Conselho Municipal da Criança e do Adolescente	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	18%
Conselho Municipal de Direitos da Mulher	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	64%
Rede Feminista de Saúde	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	82%
Maternidades SUS-BH												
Hospital Sofia Feldman	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	91%
Hospital Júlia Kubitschek	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Maternidade Odete Valadares	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	91%
Maternidade Hilda Brandão (Santa Casa)	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	55%
Hospital das Clínicas	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	73%
Hospital Odilon Berhens	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	73%
Mater Clínica*	Não	Não	Não	Não	Não	Não	--	--	--	--	--	0%
Hospital Risoleta Tolentino Neves**	--	--	--	--	--	--	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	80%
Organizações hospitalares												
Hospitais Pediátricos	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0%
Associação Mineira de Hospitais	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	0%

Fonte: Elaborado pela autora a partir das atas das reuniões da Comissão Perinatal.

* Descredenciada em agosto de 2007; ** Inaugurado em agosto de 2007.

Outras instituições, mesmo sem representação formal, tiveram participação assídua nas reuniões: COPIHMI (Serviços de Controle de Infecção Hospitalar das Instituições com Atenção Materno-Infantil da Região Metropolitana de Belo Horizonte); Conselho Municipal de Saúde; Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte/SES.

Apesar de um quorum sempre em torno de 20 participantes, observa-se grande variação na presença das instituições com representação formal na Comissão Perinatal. É possível reunir os integrantes da Comissão em 3 grupos distintos: um com alta frequência nas reuniões, acima de 70%; um com frequência média, entre 69 e 40%; e um terceiro com baixa ou nenhuma frequência. É fato que a Comissão não mobiliza da mesma maneira os seus diversos integrantes, nem internamente à Secretaria Municipal de Saúde – a Coordenação de Atenção à Mulher, o Controle e Avaliação Hospitalar e a Vigilância Sanitária tiveram frequência média e baixa –, nem os representantes de corporações profissionais e da sociedade civil, com agendas diferentes ou mesmo conflitantes com a agenda da Comissão.

O caso é mais significativo é o da SOGIMIG, Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. Por se tratar da instituição representativa da categoria dos médicos obstetras, seu compromisso com a mudança do modelo de assistência tem sido buscado pela Comissão Perinatal. Entretanto, como a SOGIMIG está envolvida com um projeto de valorização da profissão, ela percebe o modelo humanizado de assistência ao parto como uma ameaça tanto ao mercado de trabalho do médico obstetra quanto ao seu *status* e seu saber.

A observação das reuniões da Comissão Perinatal revela a existência de diversos campos de conflitos na disputa pelo modelo de assistência ao parto no município: maternidades públicas vs. Comissão Perinatal; maternidades públicas vs. centros de saúde; maternidades públicas vs. maternidades privadas; médicas/os vs. enfermeiras obstétricas; médicas/os vs. pediatras; profissionais de saúde vs. judiciário; profissionais de saúde vs. leigos; atenção secundária e terciária vs. Programa de Saúde da Família; regulação vs. autonomia. Os aliados em alguns conflitos podem ser opositores em outros.

Com o intuito de exemplificar a vitalidade da Comissão, elencamos algumas de suas ações em 2007: formação e acompanhamento de *doulas* comunitárias; capacitação de conselheiros para o controle social hospitalar, com o objetivo de acolher a gestante na maternidade, acompanhar o desempenho do serviço e realizar a ouvidoria e o controle social; implantação da proposta de inclusão de monitoramento das maternidades pela Supervisão Hospitalar (avaliação com observação da assistência prestada à gestante e ao recém-nascido); manutenção do Fórum de Obstetrícia, como um grupo de trabalho permanente da Comissão, que atua definindo, pactuando e construindo consensos para a adequação dos serviços; manutenção do Fórum de Neonatologia; realização de quatro Encontros de Humanização de Assistência Obstétrica e Neonatal, abertos ao público em geral; descredenciamento da última maternidade privada com fins lucrativos do SUS-BH; formação de multiplicadoras em parto normal; lançamento e articulação da Campanha BH pelo Parto Normal, com objetivo de

reduzir a cesárea desnecessária em todo o município, inclusive nos hospitais Privados sem SUS; e realização de visitas às maternidades SUS (públicas e contratadas), para acompanhamento dos avanços e das dificuldades na implantação de práticas humanizadas da assistência ao parto.

Apesar de sua atuação diversificada, a tese defendida a seguir é que a Comissão Perinatal se tornou o principal instrumento do poder público municipal para garantir a qualidade, em um primeiro momento, e a implementação de um modelo humanizado de assistência, mais recentemente, junto às organizações hospitalares que atendem ao parto. O trajeto da Comissão nesse sentido será discutido a seguir.

5.1.2 A Comissão Perinatal e a qualidade dos serviços hospitalares

No final da década de 1990, havia um sentimento generalizado de que a qualidade à assistência hospitalar ao parto era bastante precária em Belo Horizonte. De fato – segundo a série histórica das internações obstétricas pelo SUS, em Belo Horizonte, entre 1996 e 2005, e de quantas destas terminaram em alta por óbito da mulher (dados não apresentados) – o ano de 1998 foi crítico para a morte materna em Belo Horizonte: foram registradas 59 altas por óbito da mulher nos casos de internação obstétrica pelo SUS, sendo que 83% delas ocorreram na rede contratada.

Ainda em 1998, o pediatra José Orleans da Costa defendeu sua dissertação de mestrado, na qual avaliou os recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte. Tratou-se de um estudo transversal, que abrangeu 28 hospitais-maternidade em funcionamento no município de Belo Horizonte, no qual foram avaliados infra-estrutura geral, infra-estrutura clínica-perinatal e recursos das unidades perinatais. Na avaliação, cinco hospitais foram considerados inadequados para realizarem atendimento a qualquer tipo de parto (COSTA *et al.*, 2004).

Em 1999, o movimento de mulheres de Belo Horizonte – motivado pelas falhas na assistência à gestação e ao parto em Belo Horizonte – realizou o Fórum da Maternidade, uma proposta de constituição de uma articulação política de instituições governamentais e não governamentais, bem como de profissionais da saúde da mulher, com objetivo de promover a saúde materna no município (REDESAÚDE, 1999). Segundo diagnóstico dos/as próprios/as diretores/as de maternidades, apresentado durante este Fórum, as principais dificuldades para

o atendimento ao parto eram: a ausência de uma política de hierarquização da atenção (baixo, médio e alto risco); o déficit de leitos de UTI neonatal; a falta de referenciamento para o parto e de vinculação da gestante com a maternidade, durante o pré-natal; o fluxo de pacientes do interior para a capital, já no momento do parto; o sucateamento da estrutura física; as dificuldades com formação de recursos humanos; e a baixa remuneração da tabela do SUS (REDESAÚDE, 1999).

Nesse contexto propício de mobilização do movimento social, sensibilização do poder público para a questão e produção de dados de pesquisa científica comprovando a falta de pré-requisitos mínimos para uma assistência de qualidade ao parto em diversas organizações hospitalares, a Secretaria Municipal de Saúde deflagrou, a partir da Comissão Perinatal, ações dirigidas à sua rede própria e à contratada: exclusão de cinco maternidades com baixo escore de qualidade do atendimento pelo SUS; apoio à reestruturação das demais maternidades, à ampliação de leitos para recém-nascido de alto risco e à capacitação dos profissionais; e vinculação das gestantes às maternidades, para evitar a “peregrinação” da mulher na hora do parto⁶⁴ (LANSKY, 2002, 2003; COSTA *et al.*, 2004; LANSKY *et al.*, 2006). Conforme afirmamos anteriormente, a Comissão Perinatal, criada em 1994, dirigiu suas ações iniciais para a assistência básica, principalmente para a organização da atenção ao planejamento familiar, pré-natal e puerpério na rede básica de saúde. Depois de 1999, volta-se de maneira sistemática e definitiva para a assistência hospitalar.

A reorganização da rede hospitalar de atenção ao parto em Belo Horizonte após estas ações foi profunda: enquanto em 1994 o SUS-BH mantinha em seu fluxo de assistência ao parto 14 hospitais privados, em 2006 apenas 3 hospitais privados (sendo dois filantrópicos) eram contratados pelo SUS-BH. A última maternidade privada com fins lucrativos que ainda prestava assistência pelo SUS-BH foi descredenciada em agosto de 2007. O movimento da Comissão Perinatal de Belo Horizonte foi de reduzir o convênio para parto com as organizações hospitalares privadas com fins lucrativos, ao mesmo tempo em que fortalecia a rede própria e filantrópica para absorver a demanda do município. Esta decisão da Comissão Perinatal acabou tornando Belo Horizonte um caso único no País, onde a rede privada ainda permanece fundamental para a assistência aos partos pelo SUS.

Além de seu ineditismo, tal decisão da Secretaria Municipal de Saúde é extremamente emblemática para a discussão acerca de condicionantes organizacionais para a

64 A “peregrinação” se refere à busca da gestante, de maternidade em maternidade, por uma vaga para internação obstétrica. 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.

implementação das políticas públicas, já que ela resulta de duas premissas: a primeira, de que há maior disposição dos hospitais públicos e filantrópicos em implantar as normativas governamentais para humanização da assistência ao parto; e a segunda, de que há maior possibilidade de monitoramento e acompanhamento dessas organizações, por parte da Comissão Perinatal. Ou seja, os hospitais privados com fins lucrativos não apresentam interesse em discutir modelos de assistência ou controle social, e sua relação com o SUS se restringe a de um prestador de “procedimentos”.

As formas de controle do poder público frente a um hospital privado são, basicamente, de duas ordens: o controle sanitário, que afeta todos os hospitais privados, já que estes devem observar as normas da Vigilância Sanitária para a obtenção do Alvará Sanitário; e o controle via supervisão hospitalar para o pagamento das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar, documento que autoriza o prestador à cobrança da internação), que afeta apenas os hospitais contratados pelo SUS, que precisam receber pelos procedimentos executados e evitar a glosa. Com relação ao hospital privado, tanto os que atendem ao SUS quanto os que não atendem, não há constrangimentos institucionais no que tange ao processo de trabalho, ao modelo e à qualidade da assistência, ou ao resultado da assistência.

Entretanto, a Comissão Perinatal não se rende aos seus próprios constrangimentos institucionais e avança na disputa para tornar a assistência hospitalar ao parto mais segura e mais humanizada. A seguir, aprofundaremos três ações emblemáticas da Comissão Perinatal, que sintetizam sua relação com a organização hospitalar: a manutenção do Fórum de Obstetrícia, espaço de articulação e negociação das maternidades SUS-BH entre elas e com a Secretaria Municipal de Saúde; o descredenciamento das maternidades privadas com fins lucrativos do SUS-BH, uma opção não convencional de superação da dificuldade de governabilidade da prefeitura sobre a qualidade dos serviços ofertados por sua rede de assistência, tanto a própria quanto a conveniada ou contratada; e a realização da Campanha BH pelo Parto Normal, uma articulação da Secretaria Municipal da Saúde para mobilizar amplos atores sociais em uma grande campanha pela humanização do parto e nascimento, buscando estender sua ação para os hospitais privados sem SUS.

5.1.2.1 O Fórum de Obstetrícia

O Fórum de Obstetrícia é um grupo de trabalho da Comissão Perinatal composto por um representante de cada uma das maternidades que atendem ao SUS-BH, tanto as públicas quanto as privadas, no qual se discutem as dificuldades da assistência obstétrica e se pactuam as ações dos hospitais na superação destas dificuldades. O Fórum é um espaço privilegiado para identificar o significado da humanização do parto para diferentes organizações hospitalares, além das diferenças, das semelhanças e dos conflitos entre elas. O Fórum se reúne mensalmente, na terceira quarta-feira do mês, das 8h30 às 10h00. Em 2007, o Fórum se reuniu 9 vezes, e as reuniões foram realizadas nas maternidades SUS-BH, em forma de rodízio.

Em 2007, conforme a nossa observação, alguns dos temas discutidos no Fórum foram: critérios para indicação e marcação de cesáreas eletivas; superlotação na admissão das maternidades, com afluxo de casos que deveriam estar sendo resolvidos nos centros de saúde (teste de gravidez, prevenção de câncer de colo de útero, retirada do DIU, etc.); treinamento dos médicos e enfermeiras do Programa de Saúde da Família; elaboração da classificação de risco obstétrico, objetivando priorizar atendimento por urgência e não por ordem de chegada na maternidade; ações de redução das taxas de cesárea; monitoramento das práticas de assistência humanizada nas maternidades, pela supervisão hospitalar; e dificuldades de encaminhamento via Central de Regulação⁶⁵.

A frequência dos diretores das maternidades nas reuniões do Fórum de Obstetrícia, em 2007, pode ser acompanhada pelo QUADRO 7. Novamente, aqui, a frequência das organizações com representante no Fórum da Obstetrícia é variada, com organizações com alta frequência (hospitais públicos), com frequência média (hospitais filantrópicos) e com frequência nula (hospital privado com fins lucrativos) nas reuniões. O hospital privado com fins lucrativos contratado pelo SUS não se fez presente em nenhuma reunião do Fórum da Obstetrícia em 2007, o que não foi diferente em anos anteriores.

⁶⁵ As Centrais de Regulação podem ser de dois tipos: Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). As Centrais de Regulação objetivam garantir que: as vagas de consultas especializadas e hospitalares sejam preenchidas por critério de gravidade do estado de saúde do paciente; os profissionais de saúde não reservem leitos com base na influência pessoal; os estabelecimentos de saúde não recusem pacientes do SUS; a população não sobrecarregue os serviços de atendimento dos prontos-socorros com casos não urgentes; os pacientes sejam encaminhados de modo sistemático.

QUADRO 7

Presença dos diretores das maternidades SUS-BH nas reuniões do Fórum de Obstetrícia – 2007

Instituição representada	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Ago	Set	Out	Nov	%
Hospital Sofia Feldman	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	44%
Hospital Júlia Kubitschek	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	89%
Mat. Odete Valadares	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100%
Mat. Hilda Brandão	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	44%
Hospital das Clínicas	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	89%
Hospital Odilon Berhens	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	67%
Mater Clínica*	Não	Não	Não	Não	Não	--	--	--	--	0%
Hospital Risoleta T. Neves*	--	--	--	--	--	Sim	Sim	Sim	Sim	100%

Fonte: Caderno de campo da autora.

*A Mater Clínica foi descredenciada pelo SUS em agosto de 2007, quando foi inaugurado o Hospital Risoleta Tolentino Neves.

No Fórum de obstetrícia, os conflitos mais evidentes foram: maternidades *vs.* centros de saúde; maternidades *vs.* Central de Regulação; médico *vs.* enfermeira. Da observação das reuniões, destaca-se: discussão acerca do “trabalho em equipe” para a humanização da assistência ao parto e relação entre prática médica e processos judiciais. Estes dois aspectos, por estarem afeitos à discussão sobre *ethos* e prática profissional, serão discutidos na seção Humanização do Parto: a perspectiva do profissional da obstetrícia.

5.1.2.2 Descredenciamento das maternidades privadas com fins lucrativos do SUS/BH

Conforme apresentado no Capítulo 2, no Brasil, entre os estabelecimentos que realizam partos, 40% são públicos, 12% são privados e 48% são privados que atendem ao SUS (IBGE, 2006). O que se observa em Belo Horizonte é uma situação completamente atípica em relação ao padrão nacional, já que no universo das organizações que atendem ao parto pelo SUS, no município, apenas duas são privadas, ambas filantrópicas. Mesmo reconhecendo a tendência, no País, desde 1992, de um declínio geral na participação dos hospitais lucrativos no SUS (MARINHO, 2004), a situação de Belo Horizonte deve ser creditada à atuação da Comissão Perinatal, que foi capaz de sustentar, política e assistencialmente, o descredenciamento de maternidades privadas do SUS-BH, bem como de reorganizar o fluxo da demanda pela assistência para as organizações que permaneceram em funcionamento.

A análise do processo de descredenciamento da última maternidade privada com fins lucrativos do SUS-BH (Mater Clínica) ilustra os impasses e as dificuldades da relação entre o poder público e as organizações com fins lucrativos e contribui para identificar

constrangimentos organizacionais na implementação das políticas públicas de humanização do parto.

Em 2007, a Mater Clínica completou 35 anos de existência em Venda Nova, região metropolitana de Belo Horizonte. A maternidade esteve, nos últimos anos, entre as maiores maternidades SUS do município, em número de partos, apenas recentemente superada pelo Hospital Sofia Feldman. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde⁶⁶, o hospital possuía 50 leitos obstétricos, sendo 45 destinados ao SUS. Havia 30 médicos ginecologistas de plantão no hospital, sendo que 12 estavam declarados como tendo vínculo empregatício e 18 não, mas todos eram remunerados pelo SUS. Estes 30 médicos apresentavam, em média, 4 vínculos de trabalho (nos extremos estavam 3 médicos/as que constavam do CNES como atuando apenas na Mater Clínica e um que aparecia com 11 vínculos de trabalho).

Desde a primeira avaliação das maternidades, realizada em 1999 pela Comissão Perinatal, a relação da Mater Clínica com a prefeitura é tensa, alternando momentos de investimento com outros de embate. Um exemplo de investimento ocorreu em 2001, quando a Prefeitura de Belo Horizonte entregou equipamentos de CTI Neonatal a diversas maternidades contratadas, inclusive à Mater Clínica, para proporcionar às crianças nascidas com algum risco de vida a assistência em leito seguro, enquanto aguardam transferência para o CTI⁶⁷. Um importante embate ocorreu em 2003, quando a Secretaria Municipal de Saúde constituiu uma Comissão Especial de Sindicância com a finalidade de verificar o atendimento aos usuários do SUS na Mater Clínica (portaria SMSA/SUS-BH 037). O relatório desta Comissão incitava a Mater Clínica a melhorar o acompanhamento da gestante em trabalho de parto, apresentar alternativas para humanização da assistência, não reter o cartão de pré-natal da gestante e garantir registro completo em prontuários e declaração de óbito (portaria SMSA/SUS-BH 012).

Em todas as reuniões da Comissão Perinatal, no primeiro semestre de 2007, a situação da Mater Clínica esteve na pauta, mas a organização nunca esteve presente. Já na primeira reunião do ano se discutia o remanejamento paulatino dos partos desta organização para as outras maternidades SUS-BH, de forma que de 600 partos/mês a Mater Clínica passasse a realizar apenas 300, até a inauguração da nova maternidade municipal, que então

⁶⁶ Fonte: <www.cnes.org.br>. Acesso em: ago. 2007.

⁶⁷ As outras maternidades foram: Dom Bosco, Santa Lúcia, Hospital Evangélico, Sofia Feldman e Hilda Brandão. Foram entregues os seguintes equipamentos: ventilador, respirador, berço aquecido, incubadora, monitor e oxímetro. (PBH..., 2001.)

atenderia a essa demanda⁶⁸. Já em março de 2007 nenhum centro de saúde de Belo Horizonte referenciava gestantes para a Mater Clínica, sendo que o movimento de partos do hospital ficou restrito à demanda espontânea de mulheres residentes em Belo Horizonte e ao afluxo de mulheres de municípios limítrofes, principalmente Ribeirão das Neves, Vespasiano e Santa Luzia.

As ações da prefeitura para melhorar a qualidade da atenção da Mater Clínica, ao mesmo tempo em que reduziam, paulatinamente, o seu número de partos, foram: inclusão de enfermeiras-obstétricas pagas diretamente pela prefeitura para realizar partos de risco habitual; desvinculação de todos os centros de saúde que referenciavam partos para a Mater Clínica; inclusão de quatro obstetras plantonistas da prefeitura na admissão do hospital para re-encaminhamento das gestantes que chegavam à maternidade por demanda espontânea; e disponibilização de ambulância na porta da maternidade para transporte de gestantes. Os conflitos entre os profissionais da Mater Clínica e as enfermeiras obstetras – designadas para a assistência ao parto – e entre os profissionais da Mater Clínica e os médicos ginecologistas plantonistas – designados para o re-encaminhamento das gestantes – foram emblematicamente diferentes, sendo que não houve impedimento à atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto, mas houve tentativa de impedimento à atuação de re-encaminhamento do médico plantonista. Como discutiremos mais à frente, os conflitos estavam mais ligados, no caso, à defesa de uma reserva de mercado do que de uma reserva de procedimentos.

Há que se reconhecer a complexidade das questões envolvidas na relação de prestação de serviços públicos por organizações privadas com fins lucrativos. No caso da assistência ao parto, este é um procedimento cuja demanda cai ano a ano, em função da própria queda da taxa de fecundidade, o que impacta o mercado de maneira significativa. Também tem-se que levar em conta os baixos valores de remuneração da tabela do SUS pagos pelo procedimento. Por outro lado, as organizações hospitalares tendem a incorporar massivamente os desenvolvimentos tecnológicos da neonatologia, que aumentam os custos hospitalares com o parto. A Mater Clínica, uma organização privada com fins lucrativos, fez a opção de permanecer como uma prestadora de serviços de assistência ao parto ao SUS. Nesta condição, só havia vantagem financeira para a organização no atendimento dos partos

⁶⁸ Por meio de contrato de gestão entre a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) e a prefeitura de Belo Horizonte, o antigo Hospital Dom Bosco, em Venda Nova, será transformado em maternidade municipal. Entretanto, como o início de seu funcionamento está programado para 2008, foi proposto pela prefeitura à FUNDEP que abrisse – em caráter provisório e emergencial – uma maternidade no Hospital de Pronto-Socorro Risoleta Tolentino Neves (também administrado por contrato de gestão entre a FUNDEP e o Governo do Estado), a ser posteriormente transferida para o Hospital Dom Bosco.

de baixo risco – que não demandam investimento em equipamentos (como UTI Neonatal e UTI Adulto, por exemplo) –, para um grande volume de usuárias, com rápida circulação dos leitos por meio de um modelo de assistência intervencionista e de condução ativa do parto, e sem que houvesse uma relação de controle por parte do poder público.

O fato de a Mater Clínica ofertar um atendimento de baixa complexidade não se configurava, *a priori*, em um problema, já que na maioria das vezes o parto é um procedimento simples e sem complicação. O problema é que a maternidade ofertava um atendimento tecnocrático de baixa qualidade⁶⁹, em um modelo de linha de montagem padronizada e de produção em série:

No final, o resultado foi bom, porque a gente melhorou demais porque a mulher chegava lá, era jogada no pré-parto, rompiam a bolsa independente de estar com 2, 4, 6, 8 ou 10 cm [de dilatação]. E a mulher ficava lá até a hora que ela tinha a possibilidade de tomar analgesia, que ela era obrigada a tomar mesmo não querendo (...). Depois da analgesia, mesmo que ela estivesse com 7 cm [de dilatação], ela era obrigada a fazer força (...). Na hora do neném nascer ela estava exaurida e faziam um Kristeller nela básico (...). A gente conseguiu mudar um pouco a história de algumas mulheres que foram ganhar neném lá. (...) A gente pegava mulheres que já era o terceiro ou quarto filho e elas diziam “você tem que subir aqui em cima de mim, tem que empurrar”. A gente falava “não, quem tem que empurrar é você, quem vai fazer o seu parto é você”. (enfermeira obstétrica, 27 anos)

A gente viu um modelo médico arcaico (...) que tem uma construção de conhecimento voltado mais para aquela prática dura, uma prática que você não quer saber quem é a pessoa que está do lado de lá, que faz um toque, faz um exame físico sem preocupar se o outro este sentindo dor ou não está, se está sendo exposto ou não está. (enfermeira obstétrica, 41 anos)

Em função do momento tenso que vivia a organização, não foi possível contato com seus diretores. O conflito com a Comissão Perinatal não significava apenas o fim do contrato com a prefeitura, mas o próprio fim do hospital.

Enquanto organização privada com fins lucrativos, não foi capaz de atender e responder quando chamada a discutir o modelo de assistência ao parto que praticava. A Mater Clínica acabou se tornando um exemplo de como uma organização privada, que tinha todas as condições para mudar o seu modelo de assistência ao parto para uma prática mais humanizada – o que em parte pode ser comprovado no período em que a prefeitura introduziu a enfermeira obstétrica no fluxo de assistência da organização –, preferiu encerrar suas atividades a promover a mudança. Em parte, esta resistência na implementação do

⁶⁹ Segundo relato de um gerente de maternidade entrevistado, na década de 1990, foram registrados cinco casos de fascíte necrotizante (infecção grave em cicatriz de cesárea ou episiotomia), em uma única semana, em pacientes oriundas da Mater Clínica.

modelo humanizado de assistência ao parto em hospitais com as características da Mater Clínica se relaciona, também, com a identidade do hospital como lugar de reserva de mercado de trabalho para o médico, aparentemente mais presente em organizações mais antigas e menos pautadas pela lógica do hospital como uma empresa.

5.1.2.3 Movimento BH pelo Parto Normal

A preocupação com as altas taxas de cesárea, no Brasil, não é recente. Nos últimos vinte anos já foram empreendidas duas campanhas nacionais por entidades médicas, bem como uma pelo Ministério da Saúde, em favor do parto normal. Em 1986 e 1987, pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com o *slogan* “Aleitamento Materno, Parto Normal: atos de amor”⁷⁰. Já em 1997, pelo Conselho Federal de Medicina, cujo *slogan* era “Natural é Parto Normal”⁷¹ e que teve como madrinha a atriz Malu Mader. Por último, em 2006, o Ministério da Saúde lançou a “Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária”⁷². Pelo que se vê da prática médica atual, estas campanhas não foram capazes de lograr êxito na reversão das altas taxas de cesárea desnecessárias.

Em Belo Horizonte, em um movimento aparentemente contraditório com as ações da Comissão Perinatal de investimento na melhora da qualidade da assistência ao parto, a taxa de partos cesáreos vem crescendo, ano a ano, desde 1999, passando de 42% para quase 49%, em 2005, principalmente em função das taxas dos hospitais privados.

Em uma conjunção de forças favoráveis – que incluiu o compromisso pessoal do atual secretário municipal de saúde (Helvécio Magalhães Júnior) com a redução das cesáreas desnecessárias⁷³ –, a Comissão Perinatal iniciou um amplo movimento pelo parto normal em Belo Horizonte, em 2007. Segundo declaração do Secretário de Saúde para matéria no Diário Oficial do Município Nº. 2.846, de 16 de maio de 2007, “vai ser uma experiência inédita no Brasil essa união de forças contra a cesariana desnecessária”. O movimento foi lançado pelo próprio secretário, em reunião para a qual foram convocadas organizações representativas de

⁷⁰ Informações disponíveis no site da Sociedade Mineira de Pediatria (https://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_conquista_sbp.pdf). Acesso em: 22 jan. 2007.

⁷¹ Informações disponíveis no site Amigas do Parto (<http://www.amigasdoparto.com.br/ac023.html>). Acesso em: 22 jan. 2007.

⁷² Informações disponíveis no site do Ministério da Saúde (http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=27258). Acesso em: 22 jan. 2007.

⁷³ Segundo relato de seus interlocutores, ele teria dito que quer uma “cruzada” contra as cesáreas desnecessárias.

corporações médicas (ginecologia-obstetrícia, pediatria, médicos de família e enfermagem), organizações da saúde suplementar, organizações do movimento social e de controle social, hospitais e instituições de ensino superior⁷⁴. A composição do movimento não é fechada, e outras organizações podem vir a aderir ao processo.

Antes de deflagrar o movimento, a Comissão Perinatal convidou todas as maternidades SUS-BH a apresentar, em reunião extraordinária da Comissão, no dia 21 de março de 2007, quais medidas para humanização da assistência ao parto estavam sendo implementadas. Todas as maternidades SUS-BH se dispuseram a apresentar, exceto a Mater Clínica, indicando mais uma vez a dificuldade de hospitais privados com fins lucrativos prestadores de serviços ao SUS se submeterem ao controle social. Mas as outras maternidades SUS também se submetem ao controle da Comissão Perinatal de maneira diferenciada. No acompanhamento realizado junto às reuniões ordinárias da Comissão, observou-se uma relutância do hospital universitário em aceitar que sua taxa de cesárea seja alta. A argumentação, epidemiologicamente tautológica (“a taxa é alta porque faz pouco parto normal”), é que a alta complexidade da atenção e os partos de risco forçam as taxas para cima. Já que o Hospital das Clínicas não é o único serviço do SUS para o atendimento de gestantes de risco, e como ele também está incluído no sistema de referência da mesma forma que os outros, fica a ser explorada a questão desse argumento realmente se relacionar com uma diferença no perfil de risco da clientela ou se o mesmo está baseado na representação que um hospital universitário constrói de si⁷⁵. Por outro lado, outros hospitais públicos, também com atendimento de gestante de alto risco, reconhecem que sua taxa é alta e buscam ações para sua redução.

Após três reuniões gerais da campanha “BH pelo Parto Normal”, a Comissão Perinatal criou quatro grupos de trabalho, na perspectiva de comprometer cada ator com sua

⁷⁴ A composição atual do Movimento BH pelo Parto Normal inclui: Comissão Perinatal, UNIMED-BH, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Fundação de Seguridade Social (GEAP), Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, Comissão de Saúde da Câmara, Comissão de Saúde da Assembléia, Frente Parlamentar Saúde da Mulher, Rede Feminista de Saúde, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Pastoral da Criança, Ministério Público, Promotoria da Infância e Juventude, Associação Hospitais de Minas Gerais, Federação das Filantrópicas, Federação Santas Casas, Secretaria de Estado da Saúde, Agência Nacional de Saúde, Conselho Regional de Medicina-MG, Conselho Regional de Enfermagem-MG, Associação Médica de Minas Gerais, Academia Mineira de Pediatria, Sociedade Mineira de Pediatria, Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica-MG, Associação Brasileira de Enfermagem-MG, Associação Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Médicas, PUC Minas.

⁷⁵ Segundo relato de entrevista, no treinamento oferecido pela prefeitura em ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia – o *staff* de todos os hospitais públicos de Belo Horizonte participou, exceto do Hospital das Clínicas, que só enviou residente, em uma demonstração da lógica de que um Hospital Universitário só tem a ensinar, e não a aprender.

área de atuação, aprofundar o diagnóstico da situação e propor ações gerais o suficiente para impactar o modelo tecnocrático de atenção ao parto, hegemônico em Belo Horizonte, que são os seguintes: Grupo de aspectos técnico-científicos; Grupo de aspectos sócio-culturais; Grupo de aspectos específicos da saúde suplementar e do setor privado; e Grupo de aspectos ético-legais. Apesar da identificação das organizações mais afeitas a cada tema, as reuniões de cada grupo eram abertas à participação de qualquer pessoa interessada.

A perspectiva de atuação do movimento é de intervir em todos os aspectos identificáveis e relacionados com a manutenção e reprodução do modelo tecnocrático de atenção ao parto. Desta forma, as ações propostas são inúmeras e objetivam impactar desde a organização do pré-natal na rede pública até a formação médica (graduação, residência médica e educação continuada), passando por reforma de espaços físicos das maternidades e discussões de aspectos éticos e legais dos diferentes modelos de assistência ao parto. Tudo isso embalado por uma ação publicitária e de mídia que divulgue para mulheres e profissionais uma nova imagem do parto.

Entretanto, a novidade na proposta da campanha é a disposição do poder público de comprometer os hospitais privados sem SUS e a saúde suplementar com as políticas públicas de humanização do parto. Entretanto, Belo Horizonte antecipou uma ação que vem sendo gestada, também, no nível federal pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em fevereiro de 2008, a Agência lançou a campanha “Parto normal está no meu plano”. O primeiro passo da campanha foi incentivar o envio, pelas operadoras, de uma carta elaborada pela ANS, às mulheres que possuem planos médico-hospitalares com cobertura obstétrica. O objetivo é informá-las sobre os benefícios do parto normal e os riscos das cesarianas sem indicação precisa. A carta elenca as desvantagens de uma cesariana sem indicação, estimula a presença do acompanhante, a prática da deambulação, a adoção de posições de escolha da mulher e o uso de métodos para alívio de dor:

(...) [a cesariana] aumenta os riscos de complicações e de morte para a mulher e para o recém-nascido. (...) aumentando a chance de o bebê ser retirado do útero ainda prematuro, já que é impreciso o cálculo da idade gestacional realizado antes do parto por meio da ultra-sonografia ou considerando-se a data da última menstruação. (...). A retirada cirúrgica de bebês do útero antes que tenham atingindo a completa maturidade fetal é grave, pois estudos demonstram que fetos nascidos entre 36 e 38 semanas têm 120 vezes mais chances de desenvolver problemas respiratórios agudos e, em consequência, necessitar de internação em UTI neonatal do que aqueles nascidos com 39 semanas ou mais. Esta situação, além de aumentar os custos hospitalares e o risco do desenvolvimento de outros problemas de saúde no bebê, ocasionados pela internação, gera uma separação abrupta e precoce entre mãe e filho, num momento primordial para o estabelecimento de vínculo, para uma melhor adaptação do recém-nato à vida extra-uterina e para o início do aleitamento materno. Além disso, as chances de a mulher sofrer uma hemorragia ou infecção no pós-parto

também são maiores em caso de cesárea, existindo ainda um risco aumentado de ocorrerem problemas em futuras gestações, como a ruptura do útero e o mau posicionamento da placenta.

(...) quando a equipe de saúde possui uma atitude acolhedora, quando há estímulo para a participação de acompanhante durante todo o trabalho de parto e no parto, quando a mulher é encorajada a ter uma postura ativa, movimentando-se durante o trabalho de parto, adotando posições nas quais sintam-se mais confortável e tendo acesso a métodos para o alívio da dor (...)

Parto normal, Movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar (Fonte: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/carta_parto_normal.pdf)

A ação da Comissão Perinatal na direção dos hospitais privados e da saúde suplementar provocou, entre os diversos integrantes da Comissão, duas reações opostas que explicitam claramente a seguinte questão: à quem se destinam as políticas e normativas emanadas pelo Ministério da Saúde?

Para alguns, a saúde suplementar não é um problema da Comissão Perinatal, que deveria restringir sua ação apenas aos serviços da saúde pública:

A Comissão Perinatal está patinando em coisas que ela perde muito do tempo dela. O problema do hospital X ter 80% de cesariana, ou o hospital Y ter 90% de cesariana, é para ser resolvido em outra esfera. Não me interessa isso, não me preocupo com isso. (...) Para mim, enquanto gestor de hospital público, tenho outros problemas muito mais prioritários que é a qualidade do pré-natal, que é o planejamento familiar que não está funcionando (...), que estão sendo deixadas de lado para se envolver com a preocupação de que Belo Horizonte tem 50% de cesarianas. (Gerente de maternidade pública)

Por outro lado, há aqueles para os quais as ações da Comissão frente à saúde suplementar já vêm tarde. Para estes, toda e qualquer mulher, independente da classe social e poder aquisitivo, usuárias ou não dos equipamentos públicos de saúde, são cidadãs de responsabilidade do poder público:

(...) [a Secretária Municipal de Saúde] coordena a saúde da mulher, e não da mulher pobre de Belo Horizonte. (médico obstetra, 45 anos)

Se prevalecer a perspectiva do segundo grupo, é possível que a experiência da Comissão Perinatal aponte caminhos para a superação da dualidade público-privado na assistência à saúde, no Brasil. Dualidade esta que se reproduz na própria prática cotidiana dos profissionais de saúde. Segundo me confidenciou uma integrante da Comissão Perinatal, quando questionou um colega obstetra sobre suas taxas de cesárea no consultório particular, ele teria dito: “sobre isso eu não discuto”. Ou seja, o mesmo o profissional que defende um

modelo de assistência na saúde pública se sente livre para praticar outro na saúde privada e suplementar.

O fato é que as práticas obstétricas são muitas, e não uma só. Tais práticas podem variar tanto para o mesmo profissional, inserido em diferentes organizações, quanto para profissionais com formações diferentes, conforme discutiremos a seguir.

5.2 Humanização do parto: a perspectiva do profissional da obstetrícia

A seguir, buscamos levantar quais determinantes organizacionais e do *ethos* profissional podem influir na prática obstétrica de médicos e enfermeiras. As discussões se basearam nas entrevistas realizadas com médicos e enfermeiras com formação em obstetrícia, conforme apresentado na Introdução. Os pontos escolhidos para tratar da prática obstétrica e de sua relação com o *ethos* profissional foram: remuneração do trabalho; particularidades da assistência quando o profissional que atende o pré-natal e o parto é o mesmo e quando são profissionais diferentes; hierarquia entre iguais e entre desiguais, na cena do parto; o lugar do “risco” na obstetrícia; e resultado adverso e processos legais.

5.2.1 Remuneração do trabalho de médicos e enfermeiras

Na relação de trabalho entre a organização hospitalar e o profissional de saúde médico, incidem três aspectos: as características do corpo clínico, o contrato de trabalho e as formas de remuneração. O corpo clínico de um hospital é o conjunto de seus médicos com a incumbência de prestar assistência aos pacientes, sendo que este pode ser, basicamente, aberto ou fechado. O hospital com corpo clínico aberto possui corpo clínico próprio e também permite a qualquer profissional habilitado da comunidade internar e tratar seus pacientes. No hospital de corpo clínico fechado, não se permite, em rotina, atividades de outros profissionais que não os integrantes do próprio corpo clínico. Com relação aos contratos de trabalho, há uma infinidade de possibilidades, que variam desde os regimes celetista (com todas as garantias trabalhistas) e estatutário até o autônomo (no qual não há contrato de trabalho algum entre o médico e a organização, apenas entre o médico e o paciente), passando por alternativas

de contratos mais precários de trabalho, como o contrato administrativo, o contrato de emergência ou o modelo de cooperativa. Com relação à remuneração, conforme discutido no capítulo anterior, as três formas de remunerar o trabalho médico são: pós pagamento, pré pagamento e remuneração do tempo de serviço.

Nas diferentes categorias da nossa tipologia, observa-se variedade e multiplicidades de combinações entre estes três aspectos, que tentaremos sistematizar a seguir. Os hospitais Públicos possuem corpo clínico fechado, com regimes celetista, estatutário ou temporário, onde os plantonistas são remunerados por tempo de serviço. Os hospitais Filantrópicos possuem corpo clínico fechado, em regime celetista ou de contrato precário de trabalho, com pagamento por tempo de serviço. Os hospitais Privados sem SUS possuem corpo clínico aberto, sendo que os plantonistas são remunerados por pós pagamento por procedimentos. A Cooperativa possui corpo clínico aberto, mas os plantonistas são médicos cooperados que recebem um valor fixo ao qual se acrescenta o pós pagamento por procedimento.

Os profissionais médicos obstetras que se encontram em situação mais precária com relação à remuneração são os plantonistas de maternidades Privadas sem SUS. Segundo nos esclarece um dos entrevistados:

(...) nos hospitais privados, o profissional que está de plantão recebe pelos procedimentos que ele faz no serviço, e na obstetrícia o procedimento ou é cesariana ou parto normal ou curetagem. Quando é curetagem de paciente externa, o médico dela é que vai fazer e o plantonista não recebe nada; quando é cesariana da paciente externa, ele só recebe o auxílio cesariana; e quando é parto normal ele também não recebe nada. Ele só recebe quando é cesárea ou um parto normal de plantão, o que é raro. (médico obstetra, 45 anos)

A remuneração pós pagamento por procedimentos, no qual o obstetra plantonista recebe pela quantidade de partos realizados no seu plantão, criou expressões como “passar o plantão zero”, que refletem a dimensão da importância do modelo de pagamento por procedimento para o modelo de assistência, ou seja, o médico tenta ao máximo concluir o atendimento ao parto no plantão em que a mulher foi internada. Para isso, indução, aceleração e cesárea se prestam muito bem. Este era o modelo praticado pela Mater Clínica – maternidade Privada com SUS, descredenciada do fluxo de atendimento da prefeitura de Belo Horizonte em 2007. Conforme discutido na seção anterior, no processo de intervenção da Comissão Perinatal sobre a assistência da Mater Clínica, uma das ações foi a inserção da enfermeira-obstétrica, remunerada por tempo de serviço e não por procedimento, diretamente pela prefeitura. Nesta circunstância, os médicos passaram a realizar menos partos, mas continuavam recebendo por eles (o médico recebia por todos os partos do seu plantão,

inclusive os realizados pela enfermeira obstétrica). Desta forma, os conflitos entre os médicos da Mater Clínica e as enfermeiras obstétricas da prefeitura não impediram a atuação destas:

Surgiu a proposta de trabalhar na Mater Clínica (...). Eu não tive problemas com ninguém especificamente, nenhum médico, mas a gente escutava muita piadinha (...) Falavam que [no Hospital Sofia Feldman] a mulher faz cocô no parto, e ficavam dando nomes para o neném, tipo assim, “nasceu o bostovaldo”. (enfermeira obstétrica, 27 anos)

Por outro lado, quando os obstetras plantonistas da prefeitura foram para a maternidade, com o objetivo de redirecionar as gestantes para outros serviços, houve sérios conflitos – inclusive a manutenção de uma médica plantonista da prefeitura presa em uma sala da maternidade, para que ela não fizesse o re-encaminhamento –, já que isso significava redução nos procedimentos e nos ganhos. Tal evento também é emblemático para se pensar o *ethos* médico, que parece estar mais ligado, no caso, à defesa de uma reserva de mercado do que de uma reserva de procedimentos.

No final do processo de transição, em uma nova negociação com a direção da Mater Clínica, os profissionais da maternidade passaram a ser contratados diretamente pela prefeitura, com remuneração fixa por plantão, independente da produção. Segundo relatos durante as reuniões da Comissão Perinatal, a mudança na forma de pagamento impactou o modelo de assistência, pois o profissional médico, tanto o obstetra quanto o anestesista, não mais pressionavam por procedimentos.

Com relação à remuneração dos profissionais que atuam na saúde suplementar, os ganhos dos médicos obstetras com o parto são bastante variáveis, tanto porque diferentes operadoras de saúde praticam modelos e valores diferentes de remuneração, quanto porque o médico pode cobrar um *plus* da paciente. Com relação às operadoras, há as que pagam por hora de trabalho de parto (até um máximo de seis horas), enquanto outras pagam um valor fixo por procedimento. Há, ainda, operadoras que pagam um valor equivalente para o parto normal e a cesárea, e as que dobraram o valor pago ao parto normal, em relação à cesárea. Caso exemplar, em Belo Horizonte, é do da CASU – Caixa de Assistência à Saúde da Universidade UFMG – que, ao chegar a 100% de partos cesáreos, passou a pagar, em agosto de 2007, R\$ 2.112,00 para o parto normal em apartamento, e R\$ 858,00 para a cesárea. A prática de cobrança extra do médico diretamente da paciente será discutida na seção seguinte.

Todas as discussões sobre as diversas modalidades de remuneração do trabalho médico não se aplicam à enfermagem. Os hospitais estabelecem relações de trabalho com as

enfermeiras, sejam obstétricas ou não, na qual a remuneração é fixa por tempo de serviço e nunca por procedimento.

5.2.2 *Pré-natal e parto: quando o profissional é o mesmo e quando são diferentes*

Uma importante diferença no fluxo da atenção à gestação e parto, entre serviço público e privado, é com relação à distinção entre o médico do pré-natal e o médico do parto. Na saúde privada, o pré-natal e parto são procedimentos vinculados a um único médico obstetra, que na maioria das vezes acompanha a gestante durante todo o ciclo gravídico e puerperal. Já na saúde pública, o profissional que atende a gestante no pré-natal, no centro de saúde – que pode ser tanto um médico ginecologista ou generalista quanto uma enfermeira –, via de regra, não é o profissional que a atende ao parto.

Segundo Chacham (1999), o relacionamento da mulher com o pré-natalista da saúde privada é qualitativa e quantitativamente diferente daquela atendida pelo SUS. Na saúde privada, a mulher reconhece o médico como *expert* e lhe presta deferência e submissão às suas determinações. Além disso, a relação é descrita pelas mulheres como de intimidade e liberdade. Já entre as mulheres atendidas no SUS, a experiência do pré-natal realizado com o médico se caracterizou pelo relacionamento distante, sem entusiasmo ou vínculo de intimidade, no qual está colocada certa desconfiança. Por outro lado, o pré-natal realizado com enfermeira obstétrica se mostrou um espaço confortável para conversas e esclarecimento de dúvidas.

Pois bem, a mulher da saúde suplementar paga um preço – financeiro e simbólico – para ter o mesmo profissional que a acompanhou no pré-natal também durante o parto.

Em termos financeiros, mesmo que o médico seja conveniado a alguma operadora da saúde suplementar, além do que recebe da operadora pelo procedimento, ele cobrará um *plus* da paciente, a título de ressarcir a sua disponibilidade de 24 horas – que, pelo observado durante a pesquisa, em Belo Horizonte, pode variar de R\$ 1.500,00 a R\$ 6.000,00 por parto. A SOGIMIG (Sociedade Mineira de Ginecologia e Obstetrícia) está com um processo contra a UNIMED-BH⁷⁶ no qual reivindica a legalidade da cobrança, pelos médicos cooperados da UNIMED-BH, de honorários em caráter particular, das pacientes associadas dessa

⁷⁶ Cf. SOGIMIG..., 2007.

Cooperativa, pelo atendimento obstétrico hospitalar fora do plantão. Discutir a ética e a legalidade desta cobrança extra diretamente da usuária é um ponto bastante complexo, que escapa ao nosso escopo, mas vale registrar o que nos disseram dois entrevistados:

Não tem sentido você passar 20, 30 anos da sua vida que você não viaja quando você quer (...) Eu estou sempre com paciente para nascer, é um preço altíssimo. Eu nunca posso. Meu marido está em Curitiba e eu estou aqui com duas pacientes para nascer. (médica obstetra, 50 anos)

O médico cobra a sua disponibilidade, o que eu acho correto, porque o trabalho de parto não dura o tempo dele, dura todo o tempo da pessoa, o tempo todo. Eu não posso beber, não posso viajar. É uma vinculação de 180 dias com a pessoa, é um processo. Mas se a pessoa pactua isso e não honra essa pactuação, enquanto oferecer o melhor (para a paciente), e parto normal frequentemente é o melhor, ele está errando muito. (médico obstetra, 45 anos)

Ou seja, o complicado de discutir a contraprestação ao atendimento obstétrico da saúde suplementar, no Brasil, é que o médico cobra por uma disponibilidade de 24 horas que, em princípio, ele já sabe que não vai ofertar, pois via de regra os partos de suas pacientes serão com dia e hora marcados.

É aqui que surge o preço simbólico desta vinculação, para a gestante, já que sua deferência ao saber e ao discurso médico a vulnerabiliza e implica em maiores riscos para ela e o bebê. Se por um lado a vinculação da mulher a um único profissional, do pré-natal até o parto, é uma prática assistencial que, em tese, deveria favorecer a confiança e segurança da mulher e melhorar o resultado da assistência, por outro lado esta promessa não se realiza. São exatamente as mulheres da saúde suplementar que estão mais expostas a uma prática obstétrica não baseada em evidências científicas.

Outro aspecto da relação médico-paciente, na medicina suplementar, é a exclusividade dessa relação. Ou seja, não há espaço para a atuação de outros profissionais, ao contrário da saúde pública, cada vez mais calcada sobre a ação em equipe:

Uma paciente minha em trabalho de parto no hospital privado eu largo tudo e vou lá correndo, não tem ninguém olhando para ela. (...) Ela é minha paciente e ninguém vai ficar olhando ela lá. (médico obstetra, 45 anos)

Acho que vou parar de fazer obstetria. (...) Piora a minha qualidade de vida. (...) Se eu resolvesse que eu faria muita obstétrica ainda, (...) eu talvez fizesse um investimento desse, eu contrataria alguém para trabalhar, deixava de fazer parto solitária (...) Eu mudava a forma, porque o sacrifício está muito grande, eu virava equipe de verdade. (médica obstetra, 50 anos)

Essa lógica de assistência, que exige 24 horas de disponibilidade do médico, sobrecarrega o profissional, ao mesmo tempo em que lhe dá o argumento final para a cesárea ou a condução ativa do trabalho de parto:

A cesariana ou o parto normal é remunerado igual. Por que eu vou ficar 10 horas acompanhando um parto humanizado, sem induzir, (...) para ganhar a mesma coisa se eu fico 25 minutos operando? (médico obstetra, 33 anos).

Na medida em que a saúde suplementar não mudar essa lógica do processo de trabalho do obstetra – solitário e isolado –, mais difícil será implementar mudanças no modelo de assistência ao parto para a prática humanizada.

Entretanto, é interessante observar que o modelo humanizado de assistência ao parto também pode ser usado pelo médico obstetra como um aspecto que o diferencia da prática do modelo tecnocrático amplamente disseminado, e tanto lhe garante um nicho em um mercado cada vez mais competitivo quanto lhe permite praticar uma cobrança diferenciada.

5.2.3 *Cena do parto: hierarquia entre iguais e entre desiguais*

A mudança do modelo de assistência é, principalmente, uma mudança do ator principal da cena do parto. No modelo tecnocrático, o médico é o ator principal; a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto. No modelo humanístico, a gestante é a atriz principal, e inúmeros outros atores são incluídos na cena: a *doula*, o acompanhante e a enfermeira obstétrica, que apóiam e dão suporte ao trabalho de parto que é realizado pela própria mulher.

Entretanto, no modelo tecnocrático, o médico em questão não é apenas o obstetra. Nossas observações revelaram que outras especialidades médicas, menos visíveis, são fundamentais para a manutenção de práticas excessivamente intervencionistas ou inadequadas no parto e nascimento, quais sejam, o anestesista e o pediatra. Não raro, obstetras que buscam práticas mais humanísticas entram em conflito com profissionais destas especialidades.

Os conflitos com o anestesista são de ordens diversas: muitos anestesistas ainda acreditam que a mulher deve ser mantida em jejum absoluto, sem comida nem bebida durante todo o trabalho de parto (prática considerada inadequada pela OMS), o que se justificaria pela possível necessidade da anestesia; não raro anestesistas se recusam a administrar a analgesia prescrita por enfermeiras obstetras, só aceitando realizar o procedimento com prescrição

médica; e pela insistência de manter a mulher imobilizada, após a realização da analgesia, no bloco obstétrico, impedindo-a de retornar ao pré-parto ou de manter a deambulação:

A paciente falava assim “pelo amor de Deus, me dá um pouquinho de água”. Eu falava “não pode, vou dar só uma ampolinha de água bidestilada para você molhar a boca”. (...) Imagina a paciente em trabalho parto, que a demanda calórica e de água dela é enorme, e você coloca ela em jejum. (...) Era cruel. (médica obstetra, 37 anos)

Já com os pediatras, os embates estão relacionados ao bebê. Conforme relatos, os pediatras tendem a perceber a vagina como “assassina” de bebês. Muitos se angustiam com o período expulsivo, ou insistem para que seja feita uma episiotomia para “facilitar” a passagem do bebê, conforme relata uma enfermeira obstétrica (27 anos): “eu já fiz episiotomia por causa do pediatra, porque ele ficava falando na minha cabeça: ‘se você não fizer, o neném não vai nascer’. É uma interferência enorme”. Profissionais da pediatria também tendem a querer pegar o bebê antes da mãe e realizar procedimentos considerados desnecessários para partos de baixo risco:

[a maternidade] tentou fazer um projeto de humanização do parto na época que eu estava lá, tentou não ter mais alojamento conjunto. A paciente saía do bloco com o bebê (...) A paciente ficava no bloco 40 minutos esperando a criança ser liberada pelo pediatra, porque o pediatra tinha o vício de fazer o primeiro exame. (médico obstetra, 33 anos)

Esses conflitos entre médicos de diversas especialidades explicitam disputas de poder e o estabelecimento de uma hierarquia entre aqueles que, supostamente, eram iguais. Soma-se a essas tensões o fato do modelo humanístico se basear na atenção por uma equipe ampliada, com a inclusão de *doulas* e enfermeiras obstétricas, estas sim desiguais e em posições hierárquicas claramente inferiores. Por isso, a categoria “trabalho em equipe” se mostra importante na discussão sobre *ethos* profissional e modelo de assistência ao parto. Nas nossas observações, uma primeira análise sobre a forma como a categoria “trabalho em equipe” vem sendo usada pelo profissional médico parece indicar que esta é uma reação à perda de espaço na cena do parto, mais do que uma proposta de divisão e redefinição de papéis. Desta forma, o “trabalho em equipe” sugerido é aquele que se realiza sob a chefia e responsabilidade do médico obstetra. Um importante argumento que sustenta essa lógica é o do tempo de formação universitária, ou seja, assim deve ser porque o médico estuda nove anos, enquanto a enfermeira estuda apenas quatro.

A discussão sobre qualificação profissional e assistência ao parto é pertinente, pois tanto médicos quanto enfermeiras fazem a formação na especialidade de obstetrícia após a

graduação. Os médicos ingressam na residência de obstetrícia e ginecologia, que dura 3 anos, e aborda temas diversos e variados, como: atendimento ginecológico e ao parto, afecções e infecções genitais, câncer ginecológico e mamário, urgências e emergências ginecológicas e obstétricas, cirurgia ginecológica e obstétrica, doenças sexualmente transmissíveis, infertilidade, disfunções endócrinas, ginecologia infanto-puberal e climatério, laparoscopia e histeroscopia, unidade de terapia intensiva, etc.⁷⁷. Segundo um dos entrevistados, o ensino atual da obstetrícia se ressent de uma hipertrofia da ginecologia:

A ginecologia cresceu muito. Ela cresce pela reprodução humana, ela cresce pela videolaparoscopia, ela cresce pelo climatério, ela cresce pela uroginecologia, ela cresce pela oncologia ginecológica. (Gerente de maternidade pública)

Por outro lado, as enfermeiras que fazem especialização em obstetrícia tratam apenas do parto de risco habitual, em cursos que têm uma duração variada. Por exemplo, na Universidade de São Paulo (USP), o curso de enfermagem obstétrica dura 550 horas/aula⁷⁸; já na UFMG, ele tem duração de 1.185 horas/aula⁷⁹.

Ou seja, enquanto médicos obstetras se formam em uma residência que trata de assuntos diversos, e na qual a ginecologia tende a sobressair sobre a obstetrícia, as enfermeiras obstetras tratam apenas de parto de risco habitual na sua especialização. De fato, há uma desigualdade na formação acadêmica de médicos e enfermeiras em assistência ao parto normal sem complicações, para o qual as enfermeiras obstétricas estão potencialmente mais bem preparadas:

Faço tudo diferente [do que aprendi na faculdade]. A faculdade te coloca como o centro da atenção, você como sendo o responsável, e na prática eu aprendi que o parto é da mulher, eu estou só assistindo o parto. (...) Aprendi muito com a enfermeira a esperar um pouco mais, que vai acabar nascendo, porque essa coisa do poder médico de decidir o processo, então eu aprendi muito, no decorrer da minha vida profissional, a fisiologia do parto (...) O papel do obstetra é ouvir coração de neném. (médico obstetra, 45 anos)

Se tem um lugar que tem que mudar é na formação. Os meninos já saem da residência [médica] totalmente despreparados, totalmente avessos ao parto normal, a cesariana é que é bom, faz umas três cesarianas de manhã e vai atender no consultório (...). BCF [batimento cardíaco fetal] de meia em meia hora? O que é isso! A maioria dos obstetras que estão trabalhando hoje escuta o BCF na hora que interna. Escuta uma ou duas vezes. (médico obstetra, 34 anos)

⁷⁷ Programa de Residência Médica em Obstetrícia e Ginecologia da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia).

⁷⁸ Fonte: <http://www.ee.usp.br/culturaeextensao/cursos/obstetrica/obstetrica.html>

⁷⁹ Fonte: <http://www.enf.ufmg.br/especializacoes/ceeo.php>

Outra situação explícita de hierarquia entre supostamente iguais aparece nos conflitos entre a assistência pré-natal (rede básica de saúde) e a assistência ao parto (hospitalar), quando se considera a rede pública de saúde. Este embate se dá em dois campos: (1) generalista *vs.* especialista; e (2) pré-natalista *vs.* obstetra.

Para aprofundar no embate generalista *vs.* especialista, é preciso apresentar o Programa de Saúde da Família (PSF). A Saúde da Família é a estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Há uma percepção, nos hospitais SUS-BH, de que a qualidade da atenção básica à saúde da mulher piorou com a ampliação e consolidação do PSF e a atuação do generalista e do enfermeiro. O principal argumento dos diretores de maternidade para sustentar tal percepção é o aumento significativo de busca direta de mulheres pelos hospitais com demandas básicas como teste para gravidez ou tratamento para algumas doenças sexualmente transmissíveis. Segundo os diretores das maternidades SUS-BH, as urgências dos hospitais têm ficado sobrecarregadas de casos para os quais o centro de saúde deveria ser resolutivo, gerando uma anomalia na qual apenas uma mulher é internada para cada 5 ou 6 consultas realizadas pelo plantão da maternidade. Nesse contexto, também a qualidade do pré-natal tem sido questionada.

Outro embate ocorre entre o médico pré-natalista e o obstetra. Como já discutimos, na rede pública de saúde o pré-natal e o parto não são acompanhados pelo mesmo profissional. Entretanto, o médico pré-natalista se faz presente na hora do parto ao referenciar a gestante para o hospital já com a definição da via de parto. Como o pré-natalista passou os nove meses com a gestante, sua palavra tem uma enorme força emocional sobre a mulher. Segundo os obstetras das maternidades, quando o pré-natalista diz que o parto deverá ser uma cesárea, cria-se um ambiente de potencial conflito entre a gestante e a organização hospitalar, menos porque o médico obstetra prefira o parto normal e mais porque ele não aceita a ingerência do pré-natalista na sua atuação. Não há relatos de que haja conflitos quando o pré-natalista sugere o parto normal e a mulher é submetida a uma cesárea.

Mas, nesta hierarquia entre iguais e desiguais, quem permanece no lugar menos importante é a mulher. Particularmente na saúde pública, onde a relação profissional de saúde médico e gestante articula desigualdades de gênero, raça e classe social, o desempoderamento da mulher é mais notável. O mais irônico dessa realidade é que a hospitalização do parto não consegue lograr seu objetivo fundamental, qual seja, minimizar os riscos do processo de parturição, porque cria outros riscos para a mulher, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias e iatrogênicas, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo (CARON e SILVA, 2002; D'OLIVEIRA, DINIZ e SCHRAIBER, 2002).

5.2.4 O lugar do “risco” na obstetrícia

Talvez o maior paradoxo da medicina contemporânea seja o conflito entre o discurso da cientificidade e a prática ritualística e baseada na tradição. Apesar da medicina pós-renascentista ter buscado se associar à idéia do conhecimento científico, a prática médica contemporânea, em larga medida, não está baseada em evidências científicas. Diversas pesquisas indicam que os médicos não estão familiarizados com o conceito de medicina baseada em evidências, e mesmo quando estão não a aplicam à sua clínica, que funciona na “força do hábito” (WAGNER, 2001; VILLAR, CARROLI e G'ULMEZOGLU, 2001; DAVIS-FLOYD, 2001; HOTIMSKY e SCHRAIBER, 2005). A piada sobre isso, entre os próprios médicos, é que ao invés de medicina baseada em evidência, se pratica medicina baseada em “eminência”.

Além disso, médicos e pacientes tendem a acreditar que tecnologia é sinônimo de progresso, modernidade e conhecimento científico, e que seu uso indiscriminado não seria danoso, sendo este um imaginário que contraria as evidências acumuladas até então (VILLAR, CARROLI e G'ULMEZOGLU, 2001). Para Davis-Floyd (2001), a rápida difusão e aceitação das novas tecnologias tem mais relação com seu valor simbólico do que com sua eficácia.

Com relação ao uso indiscriminado de tecnologia na assistência à gestante, pelo menos duas são bastante emblemáticas: o ultra-som de rotina durante o pré-natal e a monitorização

fetal eletrônica⁸⁰ contínua durante o trabalho de parto. O ultra-som é uma extensão do olhar do médico para o interior do útero, e se tornou larga e intensamente utilizado durante o pré-natal, no Brasil, prática que não tem nenhum embasamento científico. Entretanto, diversos obstetras ouvidos durante a pesquisa se ressentem desse exagero, bem como das limitações da técnica e do “técnico” (o médico que opera a máquina e que, nesse lugar, é apenas um técnico), que se relacionam a inúmeros erros de diagnóstico – tais como erro no diagnóstico de redução do líquido amniótico, erro na definição da idade gestacional e identificação de circular de cordão⁸¹ – que resultam em intervenções desnecessárias, mas legitimadas pelo ultra-som.

Da mesma forma, a monitorização fetal eletrônica contínua no trabalho de parto resulta em restrição da movimentação da mulher e aumento de intervenções desnecessárias, apesar de, em gestações de baixo risco, não impactarem a qualidade da atenção, desde que o BCF (batimento cardíaco fetal) seja monitorado por ausculta intermitente, em intervalos de 30 minutos (BRASIL, 2001).

Mas a reificação não está apenas na tecnologia dos equipamentos. Estudantes de medicina associam a idéia de humanização do parto a precariedade e retrocesso. Ou seja, para eles é difícil conceber o não uso de toda a tecnologia que esteja disponível, tais como ocitocina e analgesia, para todos os partos e todas as mulheres (HOTIMSKY e SCHRAIBER, 2005). O avanço inexorável da tecnologia e sua incorporação acrítica na assistência nos defrontam com uma oferta que cria a demanda. Entretanto, em termos de assistência médica, é preciso avaliar o quanto a tecnologia pode ser iatrogênica – capaz de produzir resultados negativos na prática médica.

Soma-se a estas questões a prática ou não de educação continuada. Apesar de alguns países terem instituído avaliações periódicas dos médicos para revalidação de suas licenças para clinicar, no Brasil isto não ocorre, e a educação continuada é uma decisão de ordem estritamente pessoal. Em um estudo envolvendo um teste voluntário com os ginecologistas obstetras presentes no 49º. Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em 2001, que responderam a um questionário escrito, anônimo e individual com sete perguntas de múltipla escolha sobre condutas obstétricas clínicas baseadas em evidência, a média geral de acerto foi de 49,2%, e as notas tenderam a cair com o tempo decorrido desde a formatura (SASS *et al.*, 2005).

⁸⁰ Controle da frequência dos batimentos cardíacos do bebê durante o trabalho de parto.

⁸¹ Circular de cordão é uma volta que o cordão umbilical faz em torno do pescoço do feto, podendo chegar até 3 voltas. A circular de cordão é um evento comum que não justifica, por si só, uma cesárea.

Tal preâmbulo tem por finalidade contextualizar a idéia do “risco” na obstetrícia. Nas entrevistas com os profissionais da obstetrícia, médicos e enfermeiras, observa-se um certo consenso de que o mais frustrante na prática da obstetrícia é o resultado adverso, principalmente o óbito fetal (mais freqüente do que o materno), sendo que praticamente todos os profissionais entrevistados já vivenciaram esta situação.

Com relação a situações nas quais o parto pode ser fonte de ansiedade e medo, para o profissional, observa-se uma associação do parto com “adrenalina” ou “uma caixinha de surpresas”. Entre as enfermeiras, entretanto, é menos comum o sentimento de medo durante o acompanhamento de um trabalho de parto. Tal diferença pode ser atribuída a fatores da formação profissional – a formação obstétrica da medicina estar mais voltada para a patologia, enquanto a da enfermagem está mais voltada para o normal e fisiológico – e da área de atuação – a enfermeira só atender partos de baixo risco, com pouca chance de complicação.

Não se discute o fato de o parto ser um evento imprevisível – quando e como ele ocorrerá é sempre uma questão particular de cada situação. A questão que se coloca é como a medicina associou de maneira definitiva imprevisibilidade com risco. De fato, o sentimento de risco é fundamental para que a medicina justifique suas intervenções. Entretanto, ao tentar controlar a imprevisibilidade com a intervenção excessiva e padronizada, acrescentou riscos novos ao processo do parto.

Já entre as/os profissionais da enfermagem, a imprevisibilidade é associada com individualidade. O risco não está dado à priori, ele será avaliado no decorrer do processo da gestação e do parto, e para cada situação particular de risco, uma intervenção particular será necessária.

O *ethos* profissional se manifesta na prática assistencial e ajuda a compreender essa diferença. Enquanto a perspectiva da medicina obstétrica está no tratar e no patológico, a da enfermagem obstétrica está no cuidar e no fisiológico. E mais, enquanto a expectância, no atendimento obstétrico tecnocrático, está na mulher, no atendimento humanizado ela está no profissional. Desta maneira, o que se observa é que, para os/as médicos/as entrevistados/as, o movimento em direção à humanização do parto é um movimento que os/as afasta não só do que aprenderam na sua formação acadêmica (graduação e residência), mas que o/a afasta também da idéia de poder e resolutividade associada com a medicina e o médico.

5.2.5 Resultado adverso e processos legais

A medicina contemporânea se ressentir dos números cada vez maiores de processos legais por imprudência (falta de cautela, precipitação), negligência (falta de diligência, desleixo) ou imperícia (imperfeição técnica, falta de habilitação) contra o profissional médico. Segundo um representante do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais, 57% dos processos registrados no conselho são contra obstetras. Uma interpretação possível desses dados é que diminuiu a tolerância das mulheres e das famílias contra os resultados obstétricos adversos (morte ou seqüelas em mães e bebês). Entre os profissionais entrevistados, quando questionados se já haviam sido réus em processos legais por resultado adverso na assistência obstétrica, apenas duas enfermeiras declararam que já haviam sido arroladas em processos por óbito fetal.

Com relação à intolerância ao resultado adverso, é importante ter clareza de que, se a gravidez não é doença, ela também não é um evento inócuo para a mulher, em termos da sua saúde. Tanto é assim que a Organização Mundial de Saúde considera que há um limite aceitável de mortes maternas e perinatais, mortes essas consideradas inevitáveis. É lógico que, no Brasil, não se trata de discutir os resultados adversos inevitáveis, porque nossas taxas de morbidade e mortalidade perinatais, tanto da mulher quanto do bebê, estão muito acima do aceitável pela Organização Mundial de Saúde. Mas elas têm diminuído com o tempo, ao passo que os processos médicos têm aumentado.

Nossas observações indicam que o aumento do litígio contra médicos se relaciona tanto com o aumento do uso da tecnologia quanto com a pouca participação da mulher e/ou família nas decisões obstétricas. Ora, parece óbvio que, quanto mais se insere e se acredita na tecnologia usada pela medicina, menos se tolera as adversidades na assistência à saúde. Por outro lado, quanto mais a mulher se coloca na mão do médico e menos participa das decisões com relação ao seu parto – porque o *ethos* médico o apresenta como aquele que sabe tudo sobre a mulher e o parto – menos ela, ou sua família, tolera o evento adverso: não se perdoa o “erro médico” porque o médico não se apresenta como passível de errar.

Há uma distinção sutil entre médicos obstetras que atuam na saúde privada dos que atuam na saúde pública, bem como entre médicos e enfermeiras, com relação a tolerar ou estimular a presença do acompanhante, que está na interface com o risco, ou não, do processo legal. Entre médicos da saúde privada, é mais comum certo desconforto com o acompanhante,

porque ele é um outro que “vê”, além do médico, e por isso pode questionar as condutas da assistência:

Às vezes o acompanhante pode dar um problema danado para o médico, que a gente tem que tomar atitudes mais graves, mais sérias, por complicações, que podem causar um transtorno enorme para o acompanhante, uma impressão errada, negativa e profunda. (médico obstetra, 58 anos)

O medo que eu tenho quando eu levo uma paciente para a sala de parto, com uma cabeça que não roda, com o anestesista me ajudando a fazer manobra, com um fórceps difícil, com o marido filmando. A responsabilidade é muito grande. (médica obstetra, 50 anos)

No pólo oposto, entre médicos da saúde pública e enfermeiras, tem-se uma demanda pela presença do acompanhante, tanto por conta do benefício para a gestante, quando pelo mesmo motivo de ser aquele que também “vê” mas, em lugar de questionar, atesta a boa conduta do profissional e a qualidade da assistência prestada:

Acho ótimo [o acompanhante]. Primeiro porque deixa a paciente mais tranqüila. Segundo, ele presencia tudo que você está fazendo, você não tem que depois, por um motivo o outro, ter que ir lá e justificar algum procedimento, ele está ali, ele viu como foi, ele presenciou tudo. É mais fácil ele entender como foi se ele está ali presenciando assistindo. Eu me sinto tranqüila com o acompanhante que está ali, vendo tudo que eu estou fazendo. (médica obstetra, 37 anos)

O acompanhante é importante tanto para um momento positivo (...) e também para quando complica. Anteontem eu falei com a gestante “o coraçãozinho do neném não está legal, na hora da contração está caindo muito, se o neném não recuperar, e eu já pedi para chamar a médica, a gente vai ter que fazer uma cesariana”. O acompanhante do lado, vendo que a gente viu a tempo, que a gente entrevistou a tempo, que a gente fez o que era necessário fazer. (enfermeira obstétrica, 27 anos)

A gente aprendeu na faculdade e na residência a obstetrícia de um jeito. Cheguei ali [no hospital Sofia Feldman], e era completamente diferente. Primeira coisa, a presença do acompanhante. Como eu passo um fórceps com o marido dela vendo? Hoje eu não passo um fórceps sem um acompanhante olhando. Às vezes ele não quer ver, mas eu mostro para ele a necessidade [do fórceps]. (médico obstetra, 34 anos)

Uma pergunta necessária é: os processos legais impactam a prática médica? De que maneira? O fato é que o aumento dos processos legais contra médicos parece provocar, sim, impactos sobre a assistência à saúde. No caso da obstetrícia, os médicos se protegem do processo legal por meio das práticas que, culturalmente, se associam com a idéia de boa assistência e de redução do risco, ou seja, a cesárea.

Um importante indício desta correlação entre processo legal e prática assistencial ao parto surgiu da fala dos profissionais de saúde envolvidos com a política de humanização, que percebem que a justiça, quando julga uma causa que houve morte ou seqüela do bebê e/ou da

mãe em um parto normal, tem como primeira pergunta: “por que não foi feita uma cesariana?”. Contudo, o inverso nunca ocorre, ou seja, se uma mãe e/ou um bebê morre na cesárea, não se pergunta por que não foi feito o parto normal. Ao que parece, a lógica que sustenta esta diferença é a de que uma mulher submetida a uma cesariana teve acesso a toda a tecnologia possível, de forma que o resultado adverso se reveste de uma áurea de inevitabilidade.

Também sobre a proposta do “trabalho em equipe” os processos legais criam constrangimentos. A questão colocada pelos médicos é: de quem é a responsabilidade no caso de um resultado adverso, em parto conduzido pela enfermeira obstétrica, no qual ele só é chamado a intervir se houver complicações? Há aqui uma clara contradição entre a exigência do médico em se colocar como chefe da equipe e sua recusa em aceitar o ônus desse lugar. Por outro lado, o trabalho em equipe é uma categoria nova na assistência obstétrica, e por isso ainda precisa de ajustes tanto na divisão de tarefas quanto na imputação de responsabilidades, que está ligada também à autonomia de cada categoria profissional.

Mas o processo legal não é uma questão afeita apenas aos profissionais de saúde. Os hospitais também podem ser considerados co-responsáveis pelo resultado adverso. A apuração da responsabilidade dos hospitais depende da análise dos casos em concreto, e aqui há uma enorme diferença entre hospitais públicos e privados. Se o resultado adverso decorreu da atividade de um empregado vinculado ao hospital (com vimos, caso dos hospitais públicos e filantrópicos), os hospitais serão responsabilizados solidariamente, ou por culpa *in eligendo* (escolha de um profissional inapto) ou *in vigilando* (falha na supervisão da atividade de seu chefiado). Se o resultado adverso decorreu de atividade típica e direta do hospital (por exemplo, falta de sangue para transfusão ou falha de equipamentos), os hospitais respondem objetivamente pelos serviços inerentes à sua atividade. Por fim, se o resultado adverso decorreu de atividade autônoma e desvinculada de profissional (caso típico dos hospitais privados), que somente utilizou-se das dependências do estabelecimento, a responsabilidade civil não se estenderá aos hospitais, salvo quando haja concorrido para o dano deficiência do próprio estabelecimento (SKORKOWSKI, 2008).

Nesses termos, as práticas humanizadas são dificultadas ou impedidas pela organização hospitalar, principalmente a privada, se ela entende que há risco de um resultado adverso que implique em responsabilização legal do hospital. Um exemplo está em uma importante proposta da política de humanização do parto para que o pré-parto e o parto de risco habitual sejam realizados no mesmo leito (leito PP), e que não haja transferência da mulher por diversos leitos durante o trabalho de parto. No caso dos hospitais privados, essa

normativa seria muito mais facilmente implementada, pois a organização privada já possui a estrutura física dos quartos individuais, onde normalmente se dá o pré-parto. Entretanto, apesar do espaço físico, as maternidades privadas não cogitam mudar seu modelo de assistência, mesmo quando o obstetra se dispõe a realizar a assistência nestes moldes, por receio de processos legais em casos de resultados adversos:

O que significa ter um quarto PP? Se eu precisar fazer uma cesariana de urgência, por parada de progressão, o quê que eu faço? O juiz vai entender que aquele risco é plausível? Ele vai exigir que o quarto tenha monitoramento, tenha fonte de gás, fonte de vácuo, fonte de oxigênio, foco de luz? Quem vai pagar o PP? Ele vai ter uma diária diferente? Como que eu quantifico? Ninguém sabe! (Gerente de maternidade privada)

O fato é que quanto mais o hospital privado defender e adotar, institucionalmente, uma política de humanização do parto, maior o risco da organização ser considerada co-responsável em algum resultado adverso da assistência, e mais fortemente resistirão às mudanças. No caso dos hospitais públicos, onde os profissionais são “empregados” da organização, a responsabilização solidária em resultado adverso já está dada. No caso dos hospitais privados, onde a quase totalidade dos procedimentos obstétricos são realizados por médicos que utilizam o hospital apenas como hotelaria, quanto menos participação o hospital tiver sobre o modelo de assistência oferecido, mais a organização se sente protegida do processo legal.

Entretanto, esse entendimento e diferenciação não encontram lastro na doutrina jurídica e na jurisprudência nacional. Tendo em vista que a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal foi editada como Portaria do Ministério da Saúde, torna-se indiscutível a sua força normativa cuja observância reveste-se de caráter obrigatório a todos os serviços que prestam assistência à saúde, públicos e particulares, sobretudo em razão de sua inequívoca e precípua função de concretização dos direitos fundamentais positivados pela Carta Magna de 1988⁸².

Por fim, não é possível ignorar um outro fator que diminui a tolerância com o resultado adverso na obstetrícia, tanto para as mulheres quanto para o profissional: a mudança do perfil reprodutivo da mulher, que vem tanto reduzindo o seu número de filhos quanto retardando o início da sua vida reprodutiva. Quanto mais tarde uma mulher inicia sua vida reprodutiva e quanto menos filhos ela deseja ter, mais valor a gestação ganha, tanto enquanto processo quanto em termos do seu resultado:

⁸² Comunicação pessoal de Roberto Chateaubriand Domingues, especialista em Direito Público.

É o tempo todo, mulher de 34, 35 anos, “há não, depois eu engravidou”. Elas querem ir para a Europa primeiro, fazer tudo primeiro (...) Então é tudo tão programado, que ela não pode conseguir ficar grávida aos 36 anos e ter um evento adverso. Diferente de alguém que começa aos 20, 25 anos. (...) O pré-natal de uma menina de 20 anos, ela não tem nem dúvida. Uma de 40, é mais difícil. (médica obstetra, 50 anos)

A gestação está cada vez mais valorizada, porque cada vez mais você tem menos filhos. Então você imagina ter problema nessa família que vai ter um único filho. (Gerente de maternidade filantrópica)

Em termos de assistência, esta mudança no perfil reprodutivo parece impelir a gestante a se submeter à tecnologia (incluindo exames de medicina fetal, invasivos e caros) como garantia de sucesso da gestação e do parto. Mas, na assistência em saúde, nenhum resultado pode ser garantido ao paciente. A própria doutrina jurídica brasileira reconhece que o médico, no exercício de sua profissão, seja no diagnóstico ou tratamento, assume, em regra, obrigação de meios e não de fins⁸³. Ou seja, na sua atuação profissional, o médico deve sempre observar meios cientificamente aceitos, demonstrados e comprovados, bem como condições de cautela e cuidado, na assistência ao paciente. Não é possível garantir que não haverá resultado adverso, mas é fundamental garantir que a assistência seja ética e baseada em evidências científicas.

⁸³ Comunicação pessoal da Desembargadora Cláudia Regina Guedes Maia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para iniciar as considerações finais, cabe recordar que parir e nascer não são processos “naturais” nem meramente fisiológicos. Nossa discussão não tem por finalidade recuperar, ou enaltecer, alguma pretensa identidade ou habilidade feminina primitiva ou primordial. O modelo de assistência ao parto, ao contrário, se presta a nos esclarecer sobre questões de ordem política, cultural, institucional e organizacional. No caso específico do embate entre modelo tecnocrático e modelo humanizado de assistência ao parto, nossa intenção foi identificar os constrangimentos organizacionais e profissionais à mudança do modelo, bem como as estratégias do poder público municipal para implementar suas políticas.

O primeiro ponto a se destacar é que, no Brasil, a consolidação de um sistema de saúde público-privado resulta de uma dualidade de financiamento, ao mesmo tempo em que perpetua uma dualidade de assistência. Conforme discutido no Capítulo 1, uma das forças que alimenta este sistema híbrido é o movimento de resistência dos trabalhadores assalariados, até então assistidos por seus institutos de previdência, à universalização proposta pela SUS (MENICUCCI, 2007). Tais trabalhadores, bem como uma elite econômica, ao serem iguados a todos os brasileiros, criaram novas formas de diferenciação. A forma de parir foi uma delas. Se a medicalização do parto é uma realidade para quase todas as mulheres brasileiras, mulheres de diferentes classes sociais foram submetidas a diferentes formas de medicalização. Em uma situação que não encontra respaldo científico ou justificativas epidemiológicas, a saúde privada no Brasil realiza 80% dos seus partos via cesárea. Na saúde pública, mesmo que prevaleçam partos “vaginais”, a prática assistencial é excessivamente ritualística, intervencionista e nem sempre baseada em evidências científicas. Em suma, falar de assistência ao parto no Brasil é falar, também, de desigualdade social.

O segundo ponto a se destacar é o impacto da lógica da organização hospitalar sobre o modelo de assistência ao parto. A organização hospitalar foi fundamental para ajudar a forjar a relação de submissão do paciente frente ao médico (WADDINGTON, 1973). Nos hospitais europeus do século XVIII, quando recorriam às suas dependências pessoas doentes e pobres, foi possível aos médicos empregarem métodos diagnósticos e de tratamento experimentais, invasivos e abusivos, principalmente na ginecologia e obstetrícia. Waddington (1973) relata diversos casos ilustrativos em seu artigo, entre eles o do médico americano J. Marion Sims que, em 1849, realizou, com sucesso, a primeira cirurgia de fístula

vésico-vaginal, sendo que todas as suas operações experimentais anteriores foram realizadas em mulheres negras. Resquícios dessa prática fazem eco nos dias atuais:

Parto tem que aprender em manequim, em tamanho natural, (...) onde [o aluno] vai examinar, vai fazer um parto, vai diagnosticar a distócia, aí ele vai aplicar na mulher. Só na obstetrícia que nós aprendemos na prática. Alguém treina apendicite, treina neurocirurgia nos outros? Não. O cara da oftalmologia vai treinar operar o olho em animal e cadáver, e depois que vai operar ser humano. Parto não, nós treinamos na mulher. (gerente de maternidade pública)

É lógico que aqui se tratam principalmente de mulheres de classes populares, pois, conforme visto anteriormente, apenas os hospitais públicos mantêm residências médicas em ginecologia e obstetrícia credenciadas pelo MEC.

Mais recentemente, o avanço tecnológico de equipamentos de diagnóstico e tratamento, o aumento da complexidade, do porte e dos custos da assistência hospitalar e a administração gerencial racional são novos fatores a definir um hospital e aumentar sua importância no mercado da saúde.

Observa-se que o hospital moderno caminha no sentido da reificação da tecnocracia, tornando-se quase anacrônica a discussão de uma assistência que busca prescindir dessa tecnologia. Quanto mais uma organização se insere na lógica do complexo médico-industrial, menor sua disposição em adotar práticas assistenciais que prescindam da tecnologia dura, baseada em equipamentos. Tal premissa só não se confirma quando a organização hospitalar é fundada sob a égide da valorização da chamada tecnologia leve, baseada no valor da relação inter-pessoal para o atendimento à saúde. Em Belo Horizonte, foi possível identificar um hospital com essas características que, não por coincidência, apresentou maior incorporação de práticas humanizadas na sua assistência, pois esta tem sido a orientação da organização desde sua criação. A política de humanização da assistência ao parto apenas legitimou e valorizou uma modalidade de assistência que já era praticada pela organização.

A incorporação maciça de tecnologia dura pela organização hospitalar também cumpre o papel de reduzir a importância do ganho da organização com o trabalho médico e aumentar o seu ganho com produtos que independem cada vez mais deste trabalho. O hospital se torna, financeiramente, mais independente do trabalho da clínica médica e, simbolicamente, a principal instituição de saúde.

O fato é que a tomada de decisão nas organizações hospitalares é regulada tanto por normas, valores e regras de natureza simbólica quanto por interesses, experiência prática e

nível de satisfação. As evidências científicas acumuladas até então, de que a prática humanizada de assistência ao parto melhora os resultados perinatais, não são suficientes, por si só, para mudar a prática da organização. Comprometido com outros valores, o hospital pode até ter estrutura física e recursos humanos disponíveis, mas ele resistirá à mudança.

Mas não é só a organização que muda com a tecnologia. O impacto da incorporação maciça da tecnologia na prática médica tem sido tema recorrente na discussão sobre o *ethos* médico. Para Campos (1999), a formação eminentemente hospitalar e focada na especialização do médico no Brasil resulta na valorização de uma clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” e não na relação médico-paciente. Além disso, segundo Schraiber (1995), a tecnologia significou, para o médico, a superação da prática de pequeno produtor privado, liberal e isolado no consultório particular, para reestruturar-se em um conjunto de instituições heterogêneas e de práticas desiguais: a “medicina tecnológica” (SCHRAIBER, 1995, p. 57).

Um terceiro ponto está na disputa da obstetrícia enquanto especialidade legítima de diferentes profissões, medicina e enfermagem, com diferentes concepções de assistência, tratar e cuidar, e com diferentes posições frente à gestante e ao parto, de condução ativa e de expectância. Além disso, ao mesmo tempo em que a obstetrícia perde valor dentro da medicina, ela surge como alternativa para fortalecer o exercício autônomo da enfermagem. Para a medicina, a obstetrícia perde valor e *status* por diversos motivos: a hipertrofia da ginecologia, a redução do mercado de trabalho em função da queda da fecundidade, a percepção de que é uma especialidade penosa, na qual o médico é quase prisioneiro da mulher e da imprevisibilidade de sua fisiologia, e o medo do processo legal. Por outro lado, a enfermagem, vista muitas vezes como uma atividade burocrática e submetida ao médico, tem na obstetrícia a oportunidade de reverter este quadro, já que esta especialidade tem o potencial de re-colocar a enfermeira em uma situação de autonomia e de assistência direta à paciente.

Mas a prática da obstetrícia não apenas distancia a medicina da enfermagem, ela também aproxima as duas profissões quando há uma proposta de atendimento em equipe e de superação das hierarquias. Por mais complicado que seja definir o papel de cada integrante de uma equipe, o ponto principal aqui é se evitar a ação individualizada em um único profissional. Para o modelo de assistência humanizado é imprescindível a cooperação entre diversos profissionais. A prática solitária da obstetrícia inviabiliza tanto a ação de médicos quanto de enfermeiras, por motivos diferentes. Na assistência do médico obstetra, quanto mais solitário o profissional estiver, mais intervencionista ele será, não apenas no sentido da

cesariana com hora marcada – que é uma das formas se de controlar a imprevisibilidade do parto e permitir ao médico um mínimo de controle sobre os outros aspectos da sua vida – mas também no sentido da condução ativa do trabalho de parto, com o objetivo de reduzir o tempo despendido naquele procedimento. Na assistência da enfermeira obstétrica, a atuação solitária se inviabiliza por conta do risco que existe, apesar de pequeno, de complicação em partos normais, e que demanda uma atuação da medicina *strito sensu*.

Neste ponto, observa-se que um excesso de autonomia por parte do obstetra, seja médico ou enfermeira, pode comprometer a autonomia da mulher. Talvez, por isso, uma maior autonomia da mulher ainda esteja preservada na sua relação com a enfermagem, uma profissão que não atingiu o mesmo nível de autonomia que a medicina. A perda da autonomia liberal está no cerne da maior parte das discussões sobre a mudança contemporânea no trabalho e no *ethos* médico (MACHADO, 1996). Tal discussão está eivada por duas premissas equivocadas: a idealização da autonomia liberal como pressuposto da boa assistência e o não reconhecimento de que não existe autonomia plena. Com relação à autonomia e assistência à saúde, seria mais produtivo perguntar a quais constrangimentos a assistência deve se submeter. Além disso, autonomia não é sinônimo nem prerrogativa da boa assistência. O ato médico “tornou-se progressivamente caro, invasivo e ineficaz” (RIBEIRO, 1993, p. 7), e em diversas circunstâncias expropriou o sujeito de direitos. Este ponto é particularmente importante na discussão sobre o modelo tecnocrático de assistência ao parto, no qual os médicos tendem a reproduzir, de maneira acrítica, práticas assistenciais ritualísticas e não baseadas em evidência científica, mas consubstanciadas pelo discurso da autonomia do profissional – tal como é o caso da limitação à presença do acompanhante ou de sua liberação ficar submetida à anuência do médico.

Pode-se entender que o aumento dos processos legais contra médicos também é uma forma de enfrentar a autonomia irrestrita da medicina. O processo legal, ao instalar a dúvida sobre a qualidade da assistência médica, é uma forma de pedir ao médico que submeta à avaliação de outrem as decisões assistenciais que tomou no exercício autônomo de sua profissão. É o juiz, então, quem dirime a dúvida acerca da qualidade da assistência prestada. Obviamente que quanto mais crescer a autonomia das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, maiores serão os seus riscos de serem réus em processos legais por resultado adverso na assistência.

O último ponto diz respeito à implementação de políticas e aos movimentos de mudança (ou não) por elas deflagrados. No caso da política de humanização do parto, a despeito das evidências científicas acumuladas até então, a mudança do modelo tecnocrático

para o humanizado está constrangida por aspectos e interesses institucionais diversos, conforme discutido nos capítulos 3 e 4. Entretanto, algumas organizações e atores, individualmente, praticam o modelo não hegemônico no seu cotidiano. Tal é possível porque as instituições, apesar de constituírem os atores individuais e coletivos, também os empoderam, em uma relação dialética de constrangimento e liberdade.

Além disso, foi possível comprovar que diferentes organizações reagem de maneiras diversas às políticas de humanização do parto. Mesmo que a relação da organização com o SUS seja importante nesta diferenciação, ela não é absoluta, e aspectos da identidade organizacional devem ser considerados. Os hospitais privados criados especialmente para serem locais de trabalho de médicos resistem muito mais fortemente à política – entre outros motivos gerenciais ou administrativos periféricos – porque resistem tanto à inserção da enfermeira obstétrica quanto à mudança da imagem do médico obstetra e da medicina tecnocrática forjada pela modernidade. Por outro lado, os hospitais-empresas exclusivamente privados se pautam mais por orientações e determinações da Organização Nacional de Acreditação – ONA (que não considera índice de cesárea nos seus critérios de acreditação) e entendem as normativas do Ministério da Saúde como destinadas apenas ao SUS. Também os hospitais-empresas investem mais pesadamente na tecnologia, tanto para aumentar seu valor simbólico em um mercado altamente competitivo quanto para diminuir a importância do trabalho médico para a lucratividade da organização. As organizações públicas, apesar de sua subordinação às normativas do Ministério da Saúde, possuem identidades, estruturas físicas e recursos humanos bastante diferenciados, o que interfere em graus diferentes sobre a implementação da política. Já os hospitais privados sem fins lucrativos se colocam em uma situação intermediária: ao mesmo tempo que se pautam pelas normativas governamentais, estão em uma situação administrativa que garante maior flexibilidade e menos burocracia gerencial.

Ainda com relação às políticas de assistência ao parto, a prefeitura de Belo Horizonte possui uma experiência ímpar no cenário nacional, em função de sua visibilidade e reconhecimento: a Comissão Perinatal, uma instância do poder público que atua no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher e à criança, no período perinatal, e de implementar as políticas de humanização do parto. Conforme discutido no Capítulo 2, as dificuldades na implementação de políticas públicas não se resumem a problemas de ordem administrativa ou técnica, mas se relacionam com a continuação do jogo político, mesmo após a elaboração de uma política. De fato, uma importante estratégia da Comissão se relaciona com a compreensão deste aspecto da implementação, ou seja, além de sua ação de controle e

de regulação, a Comissão trouxe – deliberadamente, ao que parece, de acordo com as análises do Capítulo 4 sobre o incremento numérico e institucional de seus integrantes – para sua esfera de ação o jogo político em torno da implementação da política de humanização do parto. Nas reuniões da Comissão, as disputas que constroem a mudança são colocadas publicamente, por um grupo heterogêneo e representativo, se não de todos, pelo menos de muitos dos interesses envolvidos com a política de assistência ao parto. Neste aspecto, não é possível desconsiderar a habilidade pessoal da coordenadora da Comissão em acolher os interesses diversos e os conflitos emergentes, orientando a ação governamental em uma perspectiva de agregar, e não de tensionar, as diferenças.

Como última reflexão, é intrigante observar a manutenção de um discurso médico acerca do parto como um evento perigosamente imprevisível, apesar dos avanços da obstetrícia (ou seria por causa deles?). O modelo tecnocrático de assistência ao parto parece alimentar o medo, tanto das mulheres quanto dos médicos, do parto e do nascimento. Ele não é libertador no sentido de conferir uma imagem positiva e poderosa ao parto. Nesse sentido, a obstetrícia contemporânea parece pouco ter mudado frente àquela obstetrícia nascente do século XVIII, que ansiava superar os riscos reais, e não imaginários, da parturição. A medicina, ao tentar desvendar os enigmas das patologias do parto, acabou por transformar todo parto em patológico.

REFERÊNCIAS

AIRES, Maria Juracy. **Técnica e tecnologia do parto**: a produção e apropriação do conhecimento tecnológico por parteiras tradicionais. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

ALMEIDA, Theophilo de. Especialização na moderna organização hospitalar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 1944. p. 135-163.

ALVES, José Eustáquio Diniz. **Direito Reprodutivo**: o filho caçula dos Direitos Humanos. 2004. Disponível em: <<http://www.ie.ufrj.br/aparte/usuarios/colunista.php?apelido=JEUSTAQUIO>>. Acesso em: 30 jan. 2007.

ANDRADE, Mônica Viegas; MAIA, Ana Carolina. Demanda por planos de saúde no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPEC, 34, 2006, Salvador.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. **Formas de remuneração de serviços de saúde**. IPEA: Brasília, 2003. Texto para discussão nº 1.006.

ANGULO-TUESTA, Antonia *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, 2003.

BARBOSA, Gisele Peixoto *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BARROS, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: Marco Legal e Comportamento do Gasto. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS, 2003.

BARROS, Maria Elizabeth; PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. **Política de Saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996. Texto para discussão no. 401.

BELL, Stephen. Institutionalism: Old and New. In: BELL, Stephen. **Institutionalism, in Government, Politics, Power And Policy In Australia**. 2002. Disponível em: <<http://eprint.uq.edu.au/archive/00002108/01/Institutionalism.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 014 de 03 de maio de 1996. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 03 mai. 1996.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 07 de 18 de abril de 1997. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 18 abr. 1997.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal. **Proposta global de melhoria da qualidade da assistência materna, peri e neonatal no município de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 1999. Mimeo.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 014 de 01 de março de 1999. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 01 mar. 1999a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Perinatal. **Relatório da Comissão Perinatal 1999-2000**. Belo Horizonte, 2000. Mimeo.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 010 de 12 de abril de 2002. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 12 abr. 2002.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 019 de 14 de junho de 2002. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 14 jun. 2002a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 022 de 09 de julho de 2002. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 09 jul. 2002b.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n. 027 de 12 de julho de 2004. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 12 jul. 2004.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008**. Belo Horizonte: PBH, 2005.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1999.

BESIO, Mauricio. Cesárea versus parto vaginal: una perspectiva ética. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 127, n. 9, p.1121-1125, 1999.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BONELLI, Maria da Glória; DONATONI, Silvana. Os estudos sobre profissões nas Ciências Sociais brasileiras. **BIB**, São Paulo, n. 41, p. 109-142, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 ago. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Trabalhando com parteiras tradicionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067 de 6 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.128, 6 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.613 de 9 de setembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.175, 12 out. 2005a.

BRENES, Anayansi Correa. História da Parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p.135-149, 1991.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

CALVO, Maria Cristina Marino. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998**. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.187-193, 1999.

CANIELLO, Márcio. O ethos sanjoanense: tradição e mudança em uma “cidade pequena”. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.31-56, 2003.

CARON, Olga Aparecida Fortunato; SILVA, Isilia Aparecida. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, p.485-92, 2002.

CARVALHO, Déa Mara Tarbes. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 879-892, 2007.

CASTILHO, Clair. O Sistema Único de Saúde: filosofia, história e visão panorâmica da atualidade. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde**. Belo Horizonte: Mazza, 2003.

CASTRO, Jamile Claro. **Parto humanizado na percepção de profissionais de saúde envolvidos com a assistência ao parto**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CHACHAM, Alessandra Sampaio. **A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte**. 1999. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

CHACHAM, Alessandra Sampaio; PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. Determinantes sócio-econômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996. **Anais...**, vol. 4, 1996. p.2587-2610.

COELHO, Edmundo Campos. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

COELHO, Edmundo Campos. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: MACHADO, Maria Helena (Org.). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

COMITÊ DE PREVENÇÃO DO ÓBITO MATERNO. **Comitê de Prevenção da Morte Materna de Belo Horizonte: uma questão social**. Belo Horizonte: PBH, 2004.

CORRÊA, Sônia. Gênero e Sexualidade: deslocando o debate da margem para o centro. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n.24, 2001.

COSTA, José Orleans *et al.*. Avaliação dos Recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.5, p. 701-708, 2004.

COSTA, Jurandir Freire. O referente da identidade homossexual. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria (Orgs.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1996.

COSTA, Olavo Viana. Direito à saúde no Brasil: entre a prevenção de doenças e o tratamento de doentes. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.13, n.3, p.137-143, 1999.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política, Curitiba**, n.18, p.49-71, 2002.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; BEZERRA, Luiz Gonzaga de Medeiros. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p. 727-732, 2002.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n.75, p.S5-S23, 2001.

DEUBEL, André-Noël Roth. La implementación de las decisiones. In: DEUBEL, André-Noël Roth. **Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación**. Bogotá: Aurora, 2002. p.107-134.

DIAS, Celia Guimarães Neto *et al.* Características da assistência ao parto na cidade do Salvador (Bahia), Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.6, n.2, p.147-155, 1972.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2647-2655, 2006.

DIAS, Maria Angélica de Salles; PERILLO, Rosângela Durso. Mortalidade materna: importância e estratégias de intervenção. **Revista Eletrônica Mensal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte**, Belo Horizonte, mai. 2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/maio2002/mortalidadematerna.html>>. Acesso em: 04 dez. 2006.

DINIZ, Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Simone Grilo. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: Breve história de uma luta. In: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Saúde das Mulheres**: experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/documentos/saude_das_mulheres.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2006.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea?** O que toda a mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Unesp, 2004.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, n.359, p. 1681-1685, 2002.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p. 646-654, 2005.

D'ORSI, Eleonora *et al.* Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p.2067-2078, 2006.

FABRI, Renato Humberto *et al.*. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.2, n.1, p. 29-35, 2002.

FARIAS, Luís Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.585-598, 2003.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, 1991.

FAÚNDES, Aníbal *et al.* Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, p. 488-494, 2004.

FERREIRA, Roberto Assis *et al.* O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.46, n.3, p.224-231, 2000.

FIGUEIREDO, Luiz Fernando. Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.841-843, 2007.

FONSECA, Tânia Mara Galli. De mulher e enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GEERTZ, Clifford. “Ethos”, visão do mundo e a análise dos símbolos sagrados. In: GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Equipamento hospitalar no Brasil – presença, regionalização e tendências. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.11, n.1, p.143-150, 1977.

HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary. As três versões do novo institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1303-1311, 2002.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; SCHRAIBER, Lilia Blima. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.639-649, 2005.

IMMERGUT, Ellen. The Theoretical core of the new institutionalism. **Politics & Society**, v.26, n. 1, p.5-34, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

JEPPERSON, Ronald. Institutions, institutional effects, and institutionalism. In: POWELL, Walter; DIMAGGIO, Paul. **The New Institutionalism in Organizational Analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

JORNAL DO CNS. Governo e sociedade juntos no combate à mortalidade materna e de recém-nascidos. Brasília: CNS, v.2, n.9, mai./jun. 2006.

LANSKY, Sônia. BH Viva Criança: acelerando a redução da mortalidade infantil. **Saúde Digital**, Belo Horizonte, n. 10, 2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/outubro2002/bhvivacrianca.html>>. Acesso em: 7 abr. 2006.

LANSKY, Sônia. Apresentação do trabalho da Comissão Perinatal de Belo Horizonte. **Cadernos do MUSA**. Por uma maternidade segura e prazerosa – políticas de assistência obstétrica e mortalidade materna. Belo Horizonte: Musa – Mulher e Saúde, n.2, 2003.

LANSKY, Sônia *et al.*. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.117-130, 2006.

LANSKY, Sônia. **A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da Comissão Perinatal**. Belo Horizonte, 2006. Mimeo.

LANSKY, Sônia. **Mortalidade perinatal evitável em Belo Horizonte, 1999: desigualdades sociais e o papel da assistência hospitalar à gestante e ao recém-nascido**. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006a.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LEAL, Maria do Carmo; VIACAVA, Francisco. Maternidades do Brasil. **Radis – Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n.2, p.8-26, 2002.

LEAL, Maria do Carmo *et al.*. **Avaliação da demanda por cesariana e adequação de sua indicação em unidades de saúde suplementar do Rio de Janeiro**. Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2007. Mimeo.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro. **Tendo uma pessoa do lado, a gente fica muito mais forte... a dor até diminui**: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por “doulas”. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro. A evolução das políticas de assistência e a inserção da/o enfermeira/o obstétrica/o. **Cadernos do MUSA**. Por uma maternidade segura e prazerosa – políticas de assistência obstétrica e mortalidade materna. Belo Horizonte: Musa – Mulher e Saúde, n.2, 2003.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.3, p.90-94, 2001.

LOPES, Marta Júlia Marques. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.24, p.105-125, 2005.

MACDORMAN, Marian *et al.* Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with “No Indicated Risk”, United States, 1998-2001. Birth Cohorts. **Birth**, v.33, n.3, p.175-182, 2006.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos e sua prática profissional**: as metamorfoses de uma profissão. 1996. Tese (Doutorado) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.871-877, 2007.

MAIA, Ana Carolina. **Seleção adversa e risco moral no Sistema de Saúde Brasileiro**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MAIA, Mônica Bara; CHACHAM, Alessandra Sampaio. Grupo de planejamento familiar dos centros de saúde do município de Belo Horizonte: proposta da avaliação da qualidade do serviço ofertado na Rede. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.5, n.2, p.118-127, 2002.

MALTA, Deborah Carvalho. **Saúde Suplementar e Modelos Assistenciais**. Trabalhos Técnicos. Brasília: Fórum de Saúde Suplementar, 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_14_DCarvalhoMalta_ModelosAssistenciais.pdf>. Acesso em: 18 out. 2006.

MARINHO, Alexandre; MORENO, Arlinda Barbosa; CAVALINI, Luciana Tricai. **Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. Texto para discussão nº 848.

MARINHO, Alexandre. **Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Texto para discussão nº 1.041.

MARQUES, Rita de Cássia. **A imagem social do médico de senhoras no século XX**. Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamod, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.3, p.645-665, 2005.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MENY, Ives; THOENIG, Jean-Claude. La implementación. In: MENY, Ives; THOENIG, Jean-Claude. **Las Políticas Públicas**. Barcelona: Ariel, 1992. p.149-193.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.177-184, 1993.

MINAYO, Maria Cecília; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.651-657, 2005.

NASCIMENTO, Luiz Fernando. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.3, n.2, p.187-194, 2003.

NÉRI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18, p.77-87, 2002. Suplemento.

NEUMANN, Nelson A. *et al.* Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.6, n.4, p.307-318, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo nas ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.44-57, 2004.

NULAND, Sherwin. **A peste dos médicos: germes, febre pós-parto e a estranha história de Ignác Semmelweis**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

OLIVEIRA, Roseli da Costa de. Gerência de Regulação. **Revista Eletrônica Mensal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, Belo Horizonte**, mar.2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/marco2003/regulacao.html>>. Acesso em: 28 ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Care in normal birth**: a practical guide. Genebra: World Health Organization, 1997.

PAISM: Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, 1984. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 28, 2006. Encarte especial.

PBH INFORMA. Belo Horizonte, Prefeitura de Belo Horizonte, n. 1.022, 23 mar. 2001. Disponível em: <<http://bhz5.pbh.gov.br/bhnotici.nsf/7adff3828f5dd0b303256598005010c7/c708488c9f2ac98403256a17007ca953?OpenDocument>>. Acesso em: 05 ago. 2007.

PEREIRA, Carlos. A Política Pública como Caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. **Dados**, Rio de Janeiro, v.39, n.3, 1996.

PEREIRA NETO, André de F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.399-409, 2000.

PERINI, Edson; MAGALHÃES, Sérgia Maria Starling; NORONHA, Vanessa. Consumo de medicamentos no período de internação para o parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p.358-365, 2005.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; BESSA, Gina Hunter; FONSECA, Maria do Carmo. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, 1998, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 1998.

PORTELA, Margareth *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p.811-818, 2004.

PORTO, Dora. Programa Comissão Perinatal de Belo Horizonte. In: LOTTA, Gabriela Spanghero *et al.* (Orgs.). **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2003.

POTTER, Joseph E. *et al.* Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **British Medical Journal**, v.323, n.17, p.1155-1158, 2001.

PRATES, Antônio Augusto. Organização e Instituição no Novo Institucionalismo. **Teoria & Sociedade**, Belo Horizonte, n. 5, p. 123-146, 2000.

RAIMUNDINI, Simone Letícia *et al.* Aplicabilidade do Custeio Baseado em Atividades e Análise de Custos em Hospitais Públicos. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 2003, Atibaia.

REDESAÚDE. **Fórum da Maternidade**. Atenção à saúde da mulher em BH: uma proposta de monitoramento social e ético. Belo Horizonte: Regional Minas Gerais da RedeSaúde, 1999.

REED, Michael. Teoria organizacional: um campo historicamente contestado. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter. **Handbook de Estudos Organizacionais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

RIBEIRO, Elton Vitoriano. **A questão da intersubjetividade no pensamento ético-filosófico de H. C. de Lima Vaz**. 2003. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

RIBEIRO, José M. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses dos médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.05-20, 1993.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.449-459, 2002.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; ORTIZ, Pabla Clotilde; FUNG, Yang Tai. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.4, p.457-466, 1985.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSAS, Cristiano Fernando (Coord.). **Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo 1997-1998**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Departamento de Fiscalização, 1998.

SANCHEZ, Zila Van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia; NAPPO, Solange Aparecida. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.43-55, 2004.

SANTOS, Adson Araújo França; ARAÚJO, Maria José de Oliveira. Balanço de dois anos do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n.28, p.27-29, 2006.

SANTOS, Fausto Pereira. **A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar**. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SASS, Nelson *et al.* Continuing medical education in Brazil: what about obstetricians and gynecologists? **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.123, n.1, p.5-10, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.57-64, 1995.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.4, n.3, p.269-279, 2004.

SKORKOWSKI, Alan. Responsabilidade civil: médicos, hospitais/clínicas e planos de saúde. Disponível em: <<http://www.medicinaeresponsabilidade.com>>. Acesso em: 20 fev. 2008.

SODRÉ, Thelma Malagutti; LACERDA, Rúbia Aparecida. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.1, p. 82-89, 2007.

SOGIMIG vence processo contra Unimed-BH em primeira instância. 03 dez. 2007. Disponível em:<<http://www.sogimig.org.br/defesa/integra.php?id=23>>. Acesso em: 17 dez. 2007.

SUBIRATS, Joan. La puesta em pratica de las políticas públicas. In: SUBIRATS, Joan. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas, 1994.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.180-185, 2007.

TEDESCO, Ricardo Porto *et al.* Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.26, n.10, p.791-798, 2004.

THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.415-427, 2002.

THÉRET, Bruno. As instituições entre as estruturas e as ações. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 225-254, 2003.

TOLBERT, Pamela; ZUCKER, Lynne. A institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter. **Handbook de Estudos Organizacionais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

TORNQUIST, Carmen Susana. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, p.S419-S427, 2003. Suplemento 2.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 825-839, 2007.

VIEGAS, Mônica. A Saúde em Belo Horizonte. In: CEDEPLAR. **Projeto Belo Horizonte no Século XXI**. Relatório Final. Belo Horizonte: CEDEPLAR, 2004.

VILLA, Tereza Cristina Scatena *et al.*. A enfermagem no sistema local de saúde na Holanda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p. 121-126,1999.

VILLAR, José; CARROLI, G.; G'ULMEZOGLU, A. M. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n.75, p.S47-S54, 2001.

VILLAR, José *et al.*. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 who global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **The Lancet**, n.367, p.1819-1829, 2006.

WADDINGTON, Ivan. The Role of the Hospital in the Development of Modern Medicine: A Sociological Analysis. **Sociology**, n.7, p.211-224, 1973.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n.75, p.S25-S37, 2001.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes *et al.* Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.2, p.202-206, 2001.

ANEXO A
ATIVIDADES REALIZADAS PELA COMISSÃO PERINATAL ACOMPANHADAS
PELO PROJETO

05/02/07 IV Encontro de Humanização de Assistência Obstétrica e Neonatal: “Modelo de atenção ao nascimento na Holanda – contribuição para a realidade brasileira”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

07/02/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

14/02/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Maternidade da Santa Casa

07/03/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

07/03/07 Seminário sobre o Projeto Nascer

Local: Secretaria Municipal de Saúde

08/03/07 Comemoração ao 08 de Março – Dia Internacional da Mulher

Local: Secretaria Municipal de Saúde

13/03/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Maternidade Odete Valadares

21/03/07 Reunião Extraordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

04/04/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

13/04/07 V Encontro de Humanização de Assistência Obstétrica e Neonatal, em comemoração ao Dia da Enfermagem Obstétrica: “História das mudanças na assistência ao parto e nascimento em BH – da prática do obstetrix para prática médica”.

Local: Secretaria Municipal de Saúde

18/04/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Hospital Sofia Feldman

02/05/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

16/05/07 VI Encontro de Humanização de Assistência Obstétrica e Neonatal: “Desafios para a implantação das práticas baseadas em evidências científicas na assistência obstétrica e neonatal”.

Local: Secretaria Municipal de Saúde

23/05/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Hospital Júlia Kubstcheck

28/05/07 Comemoração ao 28 de Maio – Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher

Local: Secretaria Municipal de Saúde

06/06/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

20/06/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Hospital das CLínicas

21/06/07 3ª. Reunião da Campanha “BH pelo parto normal”

Local: Associação Médica da MG

04/07/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

10/07/07 1ª. Reunião do grupo de aspectos técnicos científicos “BH pelo Parto Normal”

Local: CLISERV

11/07/07 1ª. Reunião do grupo de aspectos sócio-culturais “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

12/07/07 1ª. Reunião do grupo da saúde suplementar “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

13/07/07 1ª. Reunião do grupo de aspectos ético legais “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

01/08/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Hospital Risoleta Neves

03/08/07 Reunião do Grupo de Controle Social

Local: Secretaria Municipal de Saúde

18/08/07 I Encontro Municipal de Doulas Comunitárias de BH

Local: Secretaria Municipal de Saúde

20/08/07 2ª. Reunião do grupo de aspectos sócio-culturais “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

22/08/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Hospital Risoleta Neves

24/08/07 2ª. Reunião do grupo de aspectos técnicos científicos “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

27/08/07 2ª. Reunião do grupo da saúde suplementar “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

28/08/07 XIII Encontro de Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal:
“Aleitamento materno na primeira hora, proteção sem demora”.

Local: Secretaria Municipal de Saúde

12/09/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Hospital Risoleta Neves

19/09/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Maternidade Odete Valadares

24/09/07 3ª. Reunião do grupo de aspectos sócio-culturais “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

26/09/07 3ª. Reunião do grupo de aspectos técnicos científicos “BH pelo Parto Normal”,
com participação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz

Local: Secretaria Municipal de Saúde

03/10/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

05/10/07 3ª. Reunião dos grupos da saúde suplementar e dos aspectos ético-legais
“BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

10/10/07 Visita da Humanização à maternidade do Hospital Odilon Bherens

24/10/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Hospital Odilon Bherens

06/11/07 Visita da Humanização à maternidade da Santa Casa

07/11/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

20/11/07 Visita da Humanização à maternidade do Hospital das Clínicas

21/11/07 Fórum de Obstetrícia

Local: Hospital Risoleta Tolentino Neves

24/11/07 Seminário BH pelo Parto Normal

Local: Associação Médica de Minas Gerais

07/11/07 Reunião Ordinária da Comissão Perinatal

Local: Secretaria Municipal de Saúde

11/12/07 4ª. Reunião dos grupos da saúde suplementar e dos aspectos ético-legais
“BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

21/12/07 3ª. Reunião do grupo da saúde suplementar “BH pelo Parto Normal”

Local: Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIRETORES/AS DE MATERNIDADES E QUESTIONÁRIO ADMINISTRATIVO

História profissional

Por que e quando fez medicina? Por que se especializou em ginecologia e obstetrícia? Há quanto tempo trabalha neste hospital? Há quanto tempo e por que é diretor? Qual a forma como se escolhe o diretor da instituição?

Organização hospitalar

A) História da instituição

Quando começou a construção do hospital e quando ele começou a funcionar? Qual a motivação para a criação do hospital? Qual a missão do hospital? Quando foi e por que foi feita a última reforma? Qual o organograma da instituição (pedir uma cópia)?

B) Auto-representação

Quais as principais características deste hospital? Quais as suas particularidades? Quais as principais características da clientela deste hospital? (explorar a imagem e as representações acerca das mulheres e das famílias que utilizam o serviço). Quais as principais características dos profissionais de saúde que atendem neste hospital? Faz planejamento estratégico? Por quê? Com que frequência e quando foi o último? Qual a política do hospital com relação à: atualização profissional, monitoramento de prontuário e auditoria médica, monitoramento e avaliação da satisfação da usuária? O hospital realiza grupos de estudos/reuniões de equipe? Qual a frequência? Quais as pautas de discussão?

C) A organização e a humanização

O que é parto humanizado para este hospital? Como este hospital se relaciona com as Políticas de Humanização do Parto, do Ministério da Saúde? Qual a política do hospital com relação à: atualização profissional, monitoramento de prontuário, monitoramento e avaliação? Qual a política do hospital com relação à: doula, presença do acompanhante, enfermeira obstétrica e controle social? O que este hospital pensa sobre o sistema PPP (pré-parto, parto e puerpério no mesmo leito)? Qual a prática do hospital com relação à: posição

do parto; episiotomia; manejo da dor; liberdade de movimentos da gestante; episiotomia; partograma?

D) Somente para hospitais públicos

Qual sua relação com a Comissão Perinatal? Como você avalia a atuação da Comissão Perinatal? Qual a política do hospital com relação aos centros de saúde da referência? Tem atividade direcionada aos centros de saúde de sua área de abrangência? Realiza visita de gestantes à maternidade? Mantêm contato telefônico com as gerentes dos Centros de Saúde? Faz contra-referência para pós-parto no centro de saúde? O hospital tem conselho de saúde? Qual a importância do conselho?

Para finalizar:

A organização enfrentou, nos últimos 5 anos, processos jurídicos por parte de usuárias? Por quê? Quais as principais dificuldades para gerir este hospital? Se você pudesse mudar algo neste hospital/maternidade, o que você mudaria? E o que acha que não deve mudar? E se pudesse mudar algo na cena do parto, o que mudaria? E o que deixaria como está?

QUESTIONÁRIO ADMINISTRATIVO PARA AS MATERNIDADES

1.	Nome da organização:
----	----------------------

2.	Nome do diretor(a) da organização:
----	------------------------------------

3.	Nome do diretor(a) da maternidade:
----	------------------------------------

4.	Data:
----	-------

5.	Responsável pelo preenchimento do questionário (nome e cargo):
----	--

<i>Bloco 1: Dados da Organização</i>

6.	Tipo de Organização: () Pública () Privada 1. A) Se pública: 1. B) Se privada: () Municipal () Sem fins lucrativos () Estadual () Com fins lucrativos () Federal/universitária () Cooperativa () S/A () Ltda.
----	--

7.	Existe alguma fundação de apoio ao hospital, qual?
----	--

8.	Atendimentos: () Exclusivamente Maternidade () Maternidade com outra especialidade, qual? () Hospital geral
----	---

9.	Risco: () Maternidade para parto de baixo risco () Maternidade para parto de baixo risco e alto risco
----	---

10.	Clientela: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Convênio 10.A) Se atende SUS , por meio de qual forma de remuneração? <input type="checkbox"/> Produção/Pró-labore <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Outra, qual?
-----	--

11.	Recebe ou recebeu recursos do Pró-hosp?
-----	---

Bloco 2: Atividades de Ensino

12.	Atividade	Sim	Não
	A) Campo de estágio para formação de técnicos de enfermagem		
	B) Campo de estágio para alunos da graduação em medicina		
	C) Campo de estágio para alunos da graduação de enfermagem		
	D) Campo de estágio de especialização em enfermagem obstétrica		
	E) Campo de estágio para alunos da graduação de outros cursos		
	Se sim , quais?		
	F) Residência médica em obstetrícia		
	Se sim , <input type="checkbox"/> credenciada <input type="checkbox"/> não credenciada		
	G) Residência médica em pediatria		
	Se sim , <input type="checkbox"/> credenciada <input type="checkbox"/> não credenciada		
	H) Residência médica em anestesiologia		
	Se sim , <input type="checkbox"/> credenciada <input type="checkbox"/> não credenciada		
	I) Outras residências médicas		
	Se sim , <input type="checkbox"/> credenciada <input type="checkbox"/> não credenciada		

Bloco 3: Capacidade

13.	Quantidade de leitos	Quantidade
	A) Total de leitos do hospital	
	B) Total de leitos da maternidade	
	C) Leitos de pré-parto	
	D) Leitos para gestantes de alto risco	
	E) Salas para parto normal	
	F) Salas para parto cirúrgico	
	G) Berçário de normais	
	H) Leitos de UTI adulto	
	I) Leitos de UTI neonatal	
	J) Leitos de UTI pediátrica	
	K) Leitos de para Mãe Canguru	
	L) Leitos de Alojamento Conjunto	

Bloco 4: Fluxo da atenção

14.	Informações sobre a admissão
	A) Local da admissão:
	B) Profissionais que atendem na admissão: () Médico/a () Enfermeiro/a () Outro, qual?
	C) Há normas e padronizações escritas para a admissão? () Sim () Não Se sim , é possível ter uma cópia? () Sim () Não

15.	Informações sobre o pré-parto
	A) Local do pré-parto
	B) O pré-parto é individualizado? () Sim () Não
	C) Existe privacidade no pré-parto (box, cortinas, biombos e etc.)? () Sim () Não
	D) Permite acompanhante no pré-parto sob demanda da mulher? () Sim () Não Se sim , impõem alguma condição? Qual?
	E) Dispõe de espaço e cadeira para o acompanhante no pré-parto? () Sim () Não

F) Existe área para deambulação durante trabalho de parto? () Sim () Não
G) Profissionais que atendem no pré-parto () Médico/a () Enfermeiro/a () Outro, qual?
H) Há normas e padronizações escritas para a sala de pré-parto? () Sim () Não Se sim , é possível ter uma cópia? () Sim () Não

16.	Informações sobre o centro obstétrico
	A) Local do centro obstétrico () Exclusivo () Dentro do Centro Cirúrgico () Outro, qual?
	B) Local das salas para parto normal () Dentro do centro obstétrico () Outro, qual?
	C) As salas para parto normal possibilitam a presença do acompanhante? () Sim () Não
	D) Permite a presença do acompanhante na cesárea? () Sim () Não Se sim , impõem alguma condição?
	E) Profissionais que atendem no centro obstétrico: () Médico/a () Enfermeiro/a () Outro, qual?
	F) Há normas e padronizações escritas para o centro obstétrico? () Sim () Não Se sim , é possível ter uma cópia

17.	Outros serviços:	Sim	Não
	A) Faz consulta de puerpério no hospital?		
	B) Possui consultório de ginecologia?		
	C) Possui banco de leite humano?		
	D) Dispõe de unidade transfusional (banco de sangue) na maternidade?		
	E) Dispõe de laboratório de análise clínica na organização?		
	F) Possui serviço de nutrição e dietética?		
	G) Realiza programas de planejamento familiar?		
	H) Realiza grupos de gestantes? Se sim , quais os temas?		

Bloco 5: Recursos Humanos

18.	Escala de profissionais			
	Especialidade	Plantonista Dia	Plantonista Noite	Horizontal
	A) Médico/a obstetra			
	B) Médico/a residente em obstetrícia			
	C) Enfermeiro/a obstetra			
	D) Anestesista			
	E) Pediatra			
	F) Residente em anestesia			

19.	Quais os regimes de trabalho/pagamento do/a obstetra? (marcar todos praticados)	
	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Estatutário
	<input type="checkbox"/> Por plantão	<input type="checkbox"/> Autônomo
	<input type="checkbox"/> Contrato de emergência	<input type="checkbox"/> Cooperado
	<input type="checkbox"/> Pró-labore	<input type="checkbox"/> Outro, qual?

20.	Qual valor recebe o/a obstetra?
-----	---------------------------------

21.	Realiza de rotina atividades de sensibilização, capacitação e atualização para os/as obstetras? (<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim , quais foram realizadas nos últimos 12 meses?
-----	--

22.	Quais os regimes de trabalho/pagamento da enfermeira obstétrica? (marcar todos praticados)	
	<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Estatutário
	<input type="checkbox"/> Por plantão	<input type="checkbox"/> Autônomo
	<input type="checkbox"/> Contrato de emergência	<input type="checkbox"/> Cooperado
	<input type="checkbox"/> Pró-labore	<input type="checkbox"/> Outro, qual?

23.	Qual valor recebe a enfermeira obstetra?
-----	--

24.	Realiza de rotina atividades de sensibilização, capacitação e atualização para as enfermeiras obstétricas? () Sim () Não Se sim , quais foram realizadas nos últimos 12 meses?
-----	--

Bloco 6: Comissões

25.	Comissões em funcionamento	Sim	Não
	A) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar		
	B) Comissão de Ética Médica		
	C) Comissão de Revisão do Prontuário Médico		
	D) Comissão de Óbito Infantil / Fetal		
	E) Comissão de Óbito Materno		
	F) Comissão Local de Saúde		
	Se sim , quais são as atividades desenvolvidas pelos conselheiros?		
	G) Alguma outra Comissão?		
	Se sim , qual?		

26.	As atas destas comissões são públicas?		
-----	--	--	--

Bloco 7: Outras informações

		Sim	Não
27.	Permite a realização de parto de baixo risco por enfermeira obstetra?		
28.	Utiliza Partograma de rotina?		
29.	A organização realiza avaliação de satisfação da usuária?		
	Se sim , como?		
30.	Possui ouvidoria ou outro canal de reclamação para usuárias?		
31.	Possui centro de estudos?		
32.	Possui Doulas Comunitárias?		

33.	Possui título de Hospital Amigo da Criança? Desde quando?		
34.	Recebeu o Prêmio Galba de Araújo? Quando?		
35.	Possui o título de Maternidade Segura? Desde quando?		
36.	Utiliza práticas alternativas para alívio da dor durante trabalho de parto?		
	Quais?		
37.	Adota alguma medida para reduzir taxas de cesáreas?		
	Quais?		
38.	Produzem algum material institucional?		
	Quais? () Folder () Vídeos () Jornal () página na internet () Outro, qual?		
39.	Você poderia me dizer qual o custo de um parto normal para esta organização?		
40.	E de um parto cesáreo?		
	Agradeço sua participação		

ANEXO C
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÉDICOS/AS E ENFERMEIRAS/OS
OBSTETRAS

História profissional

Por que e quando fez medicina/enfermagem (idade e ano de curso)? Por que se especializou em obstetrícia? O que pensa da sua profissão? O que é mais gratificante e o que é mais frustrante?

Atividade profissional

Rapidamente, como tem sido sua trajetória profissional, da formatura até agora? Atualmente, em quais hospitais faz plantão/parto? Qual gosta mais e por quê? Qual gosta menos e por quê? Qual o perfil da sua paciente/cliente? Alguma vez enfrentou processo jurídico por parte de alguma cliente? Por quê? Conhece algum colega que tenha enfrentado? Por quê?

Modelo de assistência?

Como você aprendeu a fazer parto? Como foi o seu primeiro parto? Já sentiu medo durante um trabalho de parto? Como você descreveria uma cena de trabalho de parto ideal? O que pensa do parto vertical? O que pensa sobre o modelo do PPP? O que pensa sobre casa de parto? O que pensa do parto em casa? O que pensa sobre o plano de parto? Hoje, como obstetra, você faz diferente de como aprendeu?

Para finalizar

Tem filhos, como foi o parto deles? Se você pudesse mudar algo na sua atuação profissional, o que você mudaria? E o que acha que não deve mudar?

ANEXO D
LISTA DOS OBSTETRAS ENTREVISTADOS E LOCAIS DE ATUAÇÃO

Área de formação	Sexo	Idade	Locais de atuação (hospitais)
Medicina	Masculino	33 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital Mater Dei 2. Hospital Santa Lúcia Hospitais Públicos: 3. Hospital Odilon Berhens 4. Maternidade do Ressaca (Contagem) 5. Hospital Universitário de Ipatinga Hospital Filantrópico: 6. Santa Casa
Medicina	Masculino	34 anos	Hospitais Privados: 1. Maternidade Santa Fé Hospitais Públicos: 2. Maternidade Odete Valadares 3. Hospital Odilon Behrens 4. Maternidade de Betim Hospitais Filantrópicos: 5. Hospital Sofia Feldman 6. Santa Casa
Medicina	Feminino	37 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital da UNIMED 2. Maternidade Santa Fé Hospitais Públicos: 3. Maternidade Odete Valadares 4. Hospital Odilon Berhens 5. Hospital Júlia Kubistchek 6. Hospital Risoleta Tolentino Neves Hospital Filantrópico: 7. Santa Casa
Medicina	Masculino	45 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital Mater Dei 2. Maternidade Santa Fé 3. Maternidade Octaviano Neves 4. Hospital da UNIMED Hospitais Públicos: 5. Maternidade Odete Valadares 6. Maternidade de Betim
Medicina	Feminino	50 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital Octaviano Neves 2. Hospital Villa da Serra 3. Hospital Life Center Hospitais Públicos: 4. Hospital das Clínicas da USP
Medicina	Masculino	58 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital São Lucas 2. Maternidade Otaviano Neves 3. Hospital Mater Dei Hospitais Públicos: 4. Hospital das Clínicas 5. Hospital Risoleta Tolentino Neves

Área de formação	Sexo	Idade	Locais de atuação (hospitais)
Enfermagem	Feminino	27 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital Villa da Serra 2. Mater Clínica Hospitais Públicos: 3. Maternidade Odete Valadares 4. Hospital de Contagem 5. Hospital Risoleta Tolentino Neves Hospital Filantrópico: 6. Hospital Sofia Feldman
Enfermagem	Feminino	30 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital Octaviano Neves Hospitais Públicos: 2. Maternidade Odete Valadares 3. Hospital Odilon Behrens Hospitais Filantrópicos: 4. Hospital Sofia Feldman
Enfermagem	Masculino	35 anos	Hospital Filantrópico: 1. Hospital Sofia Feldman Centro de Parto Normal: 2. Dr. David Capistrano da Costa Filho
Enfermagem	Feminino	37 anos	Hospitais Privados: 1. Hospital Villa da Serra Hospital Público: 2. Maternidade Odete Valadares Hospital Filantrópico: 3. Hospital Sofia Feldman Centro de Parto Normal: 4. Dr. David Capistrano da Costa Filho
Enfermagem	Feminino	37 anos	Hospital Público: 1. Hospital da Unimontes Hospital Filantrópico: 2. Hospital Sofia Feldman Centro de Parto Normal: 3. Dr. David Capistrano da Costa Filho
Enfermagem	Feminino	41 anos	Hospital Privado: 1. Mater Clínica Hospital Público: 2. Hospital Risoleta Tolentino Neves Hospital Filantrópico: 3. Hospital Sofia Feldman

ANEXO E

RELATO DE PARTO... RELATO DE VIDA!

Relato de uma mulher, de 31 anos, psicóloga com pós-graduação, após o nascimento de sua primeira filha, em setembro de 2007. Os nomes verdadeiros foram suprimidos ou substituídos por nomes fictícios.

“Em 2005, comecei a me interessar por assuntos relacionados a gravidez, parto e filhos. Lia tudo que via pela frente, me inscrevi em listas de discussão na internet e pesquisei muito para ter uma idéia mais profunda e crítica sobre esses assuntos, especialmente sobre a gravidez e o parto em si. Por influência da minha tia-mãe, que me pegou no colo ao nascer e me entregou para minha mãe, tive curiosidade em pesquisar e entender mais sobre o parto. Participei com ela de um congresso de humanização do nascimento e, de lá pra cá, depois de ler e trabalhar muito, conversar com pessoas da área, fazer cursos e ouvir experiências relacionadas ao tema, me tornei uma ativista e defensora do parto normal e natural, por entender que o parto é um processo fisiológico do qual nós, mulheres, somos exclusivamente capazes e perfeitas para vivê-lo da forma mais saudável e normal possível.

(...)

Engravidamos no final de dezembro, provavelmente no ano novo, e ficamos sabendo em 26 de janeiro de 2007, depois de três exames de farmácia (dois negativos) e um de sangue ‘hiperpositivo’! Foi uma alegria extasiante!!! Imediatamente fomos à casa dos meus pais e da minha sogra pra contar pessoalmente! Toda a família ficou muito feliz!

Preparação para o parto

Passamos os 9 meses curtindo muito a gravidez e preparando a chegada da nossa ‘Pequenina’. Afora um herpes zoster facial no início da gravidez, azia e pequenas dores na coluna e virilha no final, tudo correu maravilhosamente bem. Fiz hidroginástica e fisioterapia para gestantes do 3º ao 9º mês e yoga com meu marido do 4º ao 8º mês. Lemos muito. Meu marido, que antes era muito receoso com partos e especialmente com parto normal, se tornou também um ativista do parto normal e natural junto comigo.

Um aspecto que considero fundamental foi a busca por um obstetra no qual pudessemos confiar e acreditar que só faria uma cesárea se fosse absolutamente necessário e também que fosse adepto da humanização e do mínimo de intervenções e procedimentos

médicos. Isso porque a minha médica e amiga de muitos anos me disse que não tinha experiência com esse tipo de parto e que essa ‘não era a sua praia’. Ela era favorável ao parto normal, mas com todas as intervenções de rotina. Além de me dizer que esperaria até no máximo 38 semanas de gestação, porque além disso ficaria arriscado para o bebê. Na conversa que tive com ela sobre alguns procedimentos e intervenções como episiotomia, lavagem, tricotomia, Cristeler, entre outras, e do meu desejo de um parto de cócoras ou na água, ela me disse que nós, mulheres ocidentais não temos períneo pra isso – ‘isso é coisa de índio, que vive agachado e agüenta essa posição’. Bom, com isso, ela me deixou à vontade para ir a outro médico e foi o que eu fiz! Consultei com outros dois médicos considerados adeptos a práticas humanizadas e, optei pelo Dr. Paulo. Encontramos nele um profissional com a prática diária do parto normal e natural que, com a sua tranqüilidade, experiência e, acima de tudo, ética, nos ajudou a fortalecer nosso desejo por esse tipo de parto.

Medos e incertezas

Apesar de toda preparação, leitura e conversas com as mais diversas pessoas, passei por muitos momentos de incertezas quanto ao tipo de parto. Ficava pensando se não estava idealizando demais e tinha inclusive medo de me frustrar por não conseguir ter um parto natural ou mesmo normal. Ao mesmo tempo em que queria muito também receava não dar conta da dor e de todo trabalho de parto, por isso pedi muito ao Dr. Paulo que eu tivesse a possibilidade de tomar anestesia caso eu pedisse na hora H (ou melhor, na hora P). Além disso, tinha dúvidas também quanto ao local do parto: queria que fosse um lugar com todos os recursos disponíveis caso eu ou a minha filha precisássemos.

Esses e todos os outros medos e incertezas duraram por toda gestação, apesar de irem diminuindo mais no final. Mesmo assim, a escolha do local do parto foi com aproximadamente 36 semanas, bem pertinho da data de nascimento da minha filha. Escolhi a Casa de Parto depois de muito conversar com o Dr. Paulo (...).

Minha filha estava prevista para nascer 22 de setembro pela DUM (data da última menstruação) e 28 pela US (ultrassom). Porém, no sábado, dia 15, quando eu ia fazer as unhas, depilar e preparar nossas malas, ela nasceu! Trabalhei até sexta-feira, véspera do nascimento da minha filha.

Tive uma consulta dois dias antes e estava com 2 cm de dilatação. Foi o primeiro e único exame de toque antes do parto. Estava com fortes dores na virilha que me impediam de ficar sentada ou deitada por mais de 20 minutos... mal sabia que já era meu corpo se abrindo para o nascimento da minha filha.

O dia mais cheio de alegria

Por volta de nove da manhã de sábado, depois de tomar café, comecei a ter umas contrações diferentes das que vinha tendo nos últimos dois meses... Era uma contração na parte inferior da barriga e não nela toda como antes. Não eram doloridas, então continuei me arrumando para ir depilar. Percebi também que estava perdendo um pouco de líquido amniótico e que o tampão havia saído. Pedi ao meu marido para ligar para o Dr. Paulo e contar o que estava acontecendo. Dr. Paulo perguntou a duração e frequência das contrações. Como eu não tinha contado ao certo, falei que estava durando uns cinco segundos e que o intervalo era de uns 10 minutos... isso baseado no meu 'achômetro'. Dr. Paulo falou com o meu marido para eu me deitar um pouco e descansar porque provavelmente eram só as contrações de Braxton Hicks. Tentei fazer o que ele falou, mas simplesmente não conseguia ficar deitada, meu corpo não queria e não aceitava... Resolvi então tomar banho para sair. Durante o banho, as contrações se intensificaram e pedi para o meu marido cronometrar... pasmos... estavam durando 40 segundos com intervalo de 3 minutos entre uma e outra... Falei pro meu marido arrumar as malas, mas também pra ficar comigo durante as contrações que estavam mais intensas e doloridas. Ele ficou doidinho, porque eu dava mil ordens ao mesmo tempo! Além disso, ele não acreditava que minha filha estava mesmo prestes a nascer. Ligamos novamente pro Dr. Paulo e ele pediu para irmos para a Casa de Parto que lá o enfermeiro me examinaria e passaria as informações pra ele acompanhar.

Liguei pra minha mãe, disse que estava parindo e pedi que ela viesse rapidamente pra minha casa. A presença, a participação, o carinho, o apoio, o amor e a força dela e do meu pai eram fundamentais nesse momento tão marcante da minha vida. Entre uma contração e outra, eu ia me vestindo e pedindo ao meu marido pra pegar uma coisa e outra para levarmos... parecia mais que íamos viajar de férias por um mês, pois levamos umas quatro bolsas de viagem com roupas, acessórios, kit alimentação (gatorade, biscoitos, etc).

Durante as contrações, só conseguia ficar agachada ou "de quatro" no chão. Meus pais chegaram à minha casa quando já estávamos prontos pra sair – isso devia ser por volta de 10 ou 11 horas da manhã. Fui "de quatro" no banco de trás do carro, com meu pai na frente, o meu marido dirigindo e minha mãe comigo atrás achando que a minha filha nasceria ali mesmo! O trânsito estava caótico, tinha algum evento no Cento de Belo Horizonte e estava tudo engarrafado... nessa hora comecei a me arrepender de escolher um local tão longe da minha casa para dar à luz... puts, parece que demorou horas pra chegar à Casa de Parto do Sofia Feldman. No caminho, ia pedindo à minha mãe pra ligar pro Dr.

Paulo, pra minha amiga que trabalha no Sofia, pra moça das lembrancinhas. A bolsa terminou de romper no caminho, dentro do carro.

Na Casa de Parto do Hospital Sofia Feldman

Chegando à Casa de Parto, a minha amiga já estava nos esperando na porta. Ela preparou tudo... deixou todos e tudo a postos para minha chegada e o nascimento da minha filha – a considero uma irmã de coração. Ela leu meu plano de parto e providenciou tudo! Preparou o quarto da banheira com música clássica, penumbra, me deu de presente uma doula superespecial, me deu chocolate, suco e vários comes e bebes durante o trabalho de parto. Ela filmou e fotografou e foi uma presença superimportante!

Entrei às 12 horas engatinhando na Casa de Parto e, ao ser examinada pelo enfermeiro obstetra, estava com 4 cm de dilatação. Fiquei embaixo do chuveiro, sentada na bola com o apoio e o carinho constantes do meu marido, da minha mãe (que ficou ao meu lado o tempo todo, me dando todo amor e carinho que só ela sabe dar!) e da doula que me orientava e conversava comigo – ela foi uma fonte de força e concentração durante todo o tempo. De vez em quando, o enfermeiro vinha auscultar o coraçãozinho da minha filha, enquanto o quarto estava sendo preparado. De vez em quando também, meu pai e minha sogra entravam pra me dar um ‘alô’ e dizer que estavam ali comigo! Por volta das 15 horas, o enfermeiro fez outro toque e constatou 7 cm de dilatação. Durante esse tempo, fiquei rebolando na bola, embaixo do chuveiro (que relaxava e aliviava muito as contrações) e respirando. Bebi água, tomei suco, comi chocolate. Depois de algum tempo já não conseguia mais ficar sentada na bola, só de pé. Também comecei a ter a famosa vontade de fazer cocô. Por volta das 16 horas, fui para o quarto da banheira e, no caminho, já vi o Dr. Paulo com sua tranqüilidade de sempre. Fiquei superfeliz e segura ao vê-lo!

Quando entrei no quarto, fiquei emocionadíssima! Todo escurinho,quentinho, com uma musiquinha suave e um clima superaconchegante que a minha amiga preparou junto dos outros profissionais. Ali pude vivenciar o que entendia por “Casa de Parto”. Realmente era um ambiente caseiro, com pessoas afetuosas e acolhedoras. Nada daquele cheiro, daquelas cores acinzentadas e do clima frio dos hospitais.

A banheira: hmmm!!!

Dr. Paulo pediu para me examinar antes de entrar na banheira e verificou que eu já estava com 9 cm de dilatação. Eu já não conseguia mais ficar sentada, nem deitada, e, ao colocar os pés na água, me senti absolutamente relaxada, foi como se eu tivesse tomado um

analgésico ou anestesia, impressionante, até gemi de prazer! Os intervalos das contrações ficaram maiores e a dor ficou bem mais amena. Ainda não tinha vontade de fazer força. O meu marido ficou atrás de mim, me apoiando, dando força, carinho e amor, a doula me dando água e orientando as respirações do meu lado, minha mãe do outro era pura emoção, minha sogra quietinha olhando e torcendo, a técnica de enfermagem assessorando o Dr. Paulo e a minha amiga filmando e fotografando tudo. Essa era a Casa!

Nasceu a flor mais bela do nosso jardim: minha filha

Fiz força somente quando meu corpo pediu (e ele pede mesmo!) e, mais perto do momento expulsivo, tive a sensação de que ia rasgar toda. Quando o Dr. Paulo falou que só faltava a minha filha vencer a resistência do meu períneo, pedi pra ele cortar tudo porque já estava cansada e com muita dor. Mesmo assim não tive vontade e nem senti necessidade de tomar anestesia. No final, pedi socorro, ao que o Dr. Paulo comentou: pronto, pediu socorro agora vai nascer! Falou também que bastava eu dar uns dois gritos com bastante força que a minha filha nasceria. Meu pai estava do lado de fora assustado com meus gritos e, ao ver a auxiliar de enfermagem entrando no quarto com oxigênio, ficou apavorado! Eles colocaram um espelho pra eu ver a cabecinha dela saindo, eu coloquei a mão nela, mas tive bastante aflição. Ela nasceu às 17:20 e, na hora da expulsão, eu não senti ela nascendo. Como ficava a maior parte do tempo de olhos fechados, viajando meio em transe entre uma força/contração e outra, depois que ela nasceu continuei assim, esperando. Foi quando o Dr. Paulo falou pra eu pegá-la – ela já estava no meu colo e eu achando que ainda viria outra contração. Tomei o maior susto quando a vi no meu colo, fiquei abraçando, fazendo carinho nela e perguntando a todos se ela tinha nascido mesmo! Dr. Paulo falou pra eu segurar o cordão e dizer quando ele parasse de pulsar. Eu estava tão extasiada que não senti nenhum pulsar. Depois que parou de pulsar, o meu marido cortou o cordão que, segundo ele, é muito duro, e ficou com a minha filha no colo, enquanto eu saía da água pra expulsar a placenta e ser examinada. Não tive nenhuma laceração, a placenta saiu e estava ótima, não levei pontos e não precisei de ocitocina (nem antes, nem durante, nem depois do parto).

Minha filha mamou enquanto fiquei ali deitada e foi maravilhoso vê-la olhando pra mim e procurando o peito. Meu marido levou nossa flor pra ser pesada e medida depois de uma ou duas horas que ela ficou no meu colo. Conversamos com o Dr. Paulo e autorizamos que ministrassem o colírio de nitrato e a vitamina K na nossa filha.

Minha filha nasceu com 45 cm, 2.790kg, apgar 9 e 10 e lindíssima!!!(...) Foi um parto realmente maravilhoso e indescritível. Todos ficaram impressionados e eu mais ainda! Essa

foi a experiência mais forte, linda e Divina que vivi em toda minha vida. Realmente toda mulher deve ter o direito e lutar para vivenciar o parto da forma mais prazerosa e intensa possível. Vale a pena mesmo!!!

Minha filha nasceu muito saudável, mas, no dia seguinte ao parto, precisou ser aspirada porque estava bem nauseada. Fiquei com ela o tempo todo e foi bem rápido, ela até dormiu enquanto era aspirada.

Experiência Divina

Um amigo nosso comentou com meu marido: ‘Puxa, sua companheira é macha pra caramba!’, e eu fiquei com essa frase matutando na minha cabeça: como nossa sociedade fragiliza a mulher e a coloca como incompetente e incapaz de fazer algo que só ela pode fazer! Por que será que para parir assim, naturalmente, somos consideradas ‘machas’ e não FÊMEAS?! O parto pra mim foi o apogeu da feminilidade, uma experiência única. Vi Deus, literalmente, ao ver minha filha em meus braços.

(...)”

ANEXO F

DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS DEZ MAIORES MATERNIDADES DE BELO HORIZONTE

