



Boletim do Instituto de Saúde

nº 30 - Agosto 2003

ISSN 1809-7529



Humanização da Saúde



Sumário

| | |
|---|----|
| ❖ Editorial | 3 |
| ❖ Por que humanização? | 4 |
| ❖ Humanização na Área da Saúde | 6 |
| ❖ A humanização da dor | 8 |
| ❖ Práticas educativas e humanização da assistência | 10 |
| ❖ Humanização de Serviços e a Homeopatia | 12 |
| ❖ Humanização na gestão de organizações | 15 |
| ❖ No limiar entre o homem e o inseto | 16 |
| ❖ Sobre a humanização da saúde. Notas críticas e contribuição ao debate | 18 |
| ❖ Humanização da assistência ao recém-nascido: o papel das políticas públicas | 20 |
| ❖ O Método Mãe Canguru como proposta de humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais | 22 |
| ❖ A inclusão da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso | 24 |
| ❖ O direito a acompanhante no parto | 26 |
| ❖ A contribuição da Doula | 27 |
| ❖ Maternidade do Hospital Universitário: Humanizando a Assistência | 28 |
| ❖ Interface entre qualidade e humanização na assistência a partos e nascimentos | 30 |
| ❖ Humanização da assistência ao parto e nascimento - desafios na implantação de uma política estratégica | 31 |
| ❖ A Humanização da Assistência ao Parto e o Papel das Enfermeiras Obstetras | 33 |
| ❖ Humanização do Parto e Nascimento | 34 |
| ❖ A internet como fonte de informação para usuárias | 35 |
| ❖ Contribuições para a reflexão sobre o processo de humanização no campo da saúde . | 36 |
| ❖ Cuidar em saúde - Experiência no Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública - CIP | 38 |
| ❖ Navegue! | 39 |
| ❖ Informe-se | 39 |

BIS - Boletim do Instituto de Saúde

nº 30 - Agosto 2003 ISSN 1809-7529

Publicação quadrimestral do Instituto de Saúde.

Tiragem: 2000 exemplares

R. Santo Antônio, 590 Bela Vista

Cep: 01314-000 São Paulo-SP

Tel: (11) 3293-2222/Fax: (11) 3105-2772

E-mail: editora@isaude.sp.gov.br

homepage: <http://www.isaude.sp.gov.br>

Secretário de Estado da Saúde - SP

Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenador dos Institutos de Pesquisa

José da Rocha Carvalheiro

Diretora do Instituto de Saúde

Maria Lúcia Rosa Stefanini

Expediente:

Editor: Daphne Rattner

Editor assistente: Paulo Roberto do Nascimento

Colaboradores: Ana Aparecida Sanches Bersusa, Ana Cristina Duarte, Ana Júlia Colameo, Ana Lúcia da Silva, Anatalia Lopes de Oliveira Basile, Aurea Eleutério Pascalicchio, Carlos Botazzo, Carlos Tato Cortizo, Cláudia Maria Bógus, Corintio Mariani Neto, Daphne Rattner, Izabel Cristina Rios, João Batista Marinho de Castro Lima, José Mendes Ribeiro, Kátia Maria Netto Ratto, Marcos Augusto Bastos Dias, Marcos Leite dos Santos, Maria Cristina Boaretto, Maria Lúcia Rosa Stefanini, Marisa Fefferman, Marisa Telles de Menezes Ferreira da Rocha, Nelson Francisco Brandão, Paulo Roberto do Nascimento, Renata Beltrão, Rosa Maria Soares Madeira Domingues, Rui de Paiva, Sandra Maria Greger Tavares, Sonia Isoyama Venancio, Sonia Nussenzweig Hotimsky, Tânia Margarete Mezzomo Keinert, Tereza Setsuko Toma

Editoração: Nelson Francisco Brandão

Capa: Michelangelo - Detalhe da obra "A criação de Adão" - Capela Sistina

Apoio Logístico: Núcleo de Informática-IS

Divulgação: Núcleo de Documentação e Informação-IS



Editorial

Maria Lúcia Rosa Stefanini¹

A realização deste BIS sobre a Humanização tem o propósito de compartilhar com os profissionais e equipes de saúde das distintas instâncias do SUS variadas interpretações desse tema e as conseqüentes ações que vêm sendo introduzidas no cenário da política de saúde.

O primeiro texto deste número, “*Por que humanização?*”, da autoria de Daphne Rattner, contribui para o entendimento desse novo paradigma de relacionamento entre prestadores e receptores de assistência, ao resgatar a origem da palavra humanização e as diversas dimensões em que pode ser apreendida. A autora introduz os enfoques que são abordados nos artigos subseqüentes e evidencia a responsabilidade de todos os atores no processo de humanizar o atendimento e a assistência à saúde: profissional de saúde, instituições governamentais e não governamentais, definidores das políticas de saúde, conselhos de saúde e usuário do sistema. A seguir, Izabel Rios, coordenadora do Núcleo de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, expõe o conceito que a SES adota e apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde recentemente definidas para a execução da Política Nacional de Humanização.

As mais diversas possibilidades do entendimento do significado desse tema seguem expostas nos demais artigos deste BIS. Na seqüência, são apresentados quatro artigos que focam a humanização num sentido amplo: a dor e a humanização; a necessidade de mudanças nas relações inter-pessoais entre os trabalhadores da saúde e a população usuária do sistema e como reorientar as práticas educativas para humanizar a assistência; a defesa da homeopatia como instrumento para o movimento da humanização do cuidado à saúde; a necessidade de rever os princípios mecanicistas que passaram a moldar o pensamento humano e a sociedade e resgatar o respeito e os direitos dos cidadãos na gestão da administração pública.

Este BIS conta ainda com um artigo que coloca a humanização como contraponto à violência como resultado da deterioração dos propósitos humanos e da perspectiva de vida em comunidade. Em seguida, o artigo de Carlos Botazzo retoma a dimensão conceitual de humanização, trazendo elementos históricos e filosóficos e provocando reflexão crítica em torno do tema e de sua relação com as instituições públicas.

Seguem cinco textos relacionados ao parto e nascimento: as conquistas alcançadas com as políticas públicas na humanização da assistência ao recém-nascido e as responsabilidades que as esferas do governo ainda precisam assumir; o Método Mãe Canguru como estratégia de humanização das UTI neonatais, com a inclusão da participação da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso; o direito do acompanhante no parto; a importância do novo profissional no processo de humanização do parto, a doula.

Na seqüência, são apresentadas experiências bem sucedidas de humanização da assistência ao parto e nascimento: na maternidade do Hospital Universitário de Santa Catarina, no Hospital Leonor Mendes de Barros em São Paulo, nas maternidades municipais do Rio de Janeiro, no Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte e no Hospital Geral de Itapeverica da Serra, São Paulo.

O leitor encontrará também uma recomendação de leitura, conforme apreciação do livro “Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde”, na resenha de Sandra Maria Greger Tavares. Finalmente é apresentada a proposta da disciplina “Cuidar em Saúde”, no curso de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública, da Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa.

Endereços eletrônicos e informações pertinentes ao tema encontram-se disponíveis no final deste número. A pertinência da abordagem do tema Humanização é referendada pela quantidade e densidade dos textos que compõem este número do BIS.

O Instituto de Saúde, ao incumbir-se dessa publicação, ao somar forças com a sociedade para difundir o objetivo da humanização, procura contribuir uma vez mais para o aprimoramento do sistema de saúde. Amplo espaço foi percorrido pelo SUS nesses poucos mais de dez anos, estendendo a cobertura e a integralidade da atenção. A fronteira agora é apresentar ao cidadão serviços e atenção em saúde de qualidade, como preceitua a própria idéia de cidadania: exigência sustentada de melhoria da vida em sociedade. ■

¹ Diretora do Instituto de Saúde da Coordenação dos Institutos de Pesquisa-SES/SP

Por que humanização?

Daphne Rattner¹

Já há algum tempo vem-se ouvindo, com frequência cada vez maior, o termo Humanização: Humanização das Ações de Saúde, da assistência à Saúde Mental, ou nas áreas de Obstetrícia e Neonatologia (Saúde Perinatal)... Às vezes o conceito vem associado a idéias de qualidade, às vezes a direitos, ou ainda à cidadania... Alguns o eqüivalem a acolhimento. E outros, à organização adequada das amenidades dos recursos físicos. Seriam todas essas possibilidades de entendimento do significado de humanização? O uso do termo não é recente: uma apostila de Medicina Preventiva dos anos setenta já o contemplava em seu glossário. O que terá feito com que esteja tão presente na atualidade? Será que não se faz necessária uma conceituação que seja ampla o suficiente para dar conta de vários dos aspectos mencionados, mas que permita estabelecer um termo de referência para estudiosos, pesquisadores, administradores, gestores do sistema de saúde e... usuários (é claro!)?

Longe de nós a ambiciosa pretensão de estabelecer em definitivo a forma e a interpretação que doravante se dará a esse poderoso termo. Apenas, com base no que pudemos apreender de nossos estudos, queremos contribuir para que seu entendimento se torne mais acessível a um contingente maior de pessoas.

Uma primeira reflexão aflora sobre o que teria originado a necessidade de adotar esse termo, se é óbvio que somos humanos e, portanto, o que realizamos é humano. Para alguns, a metáfora que se contrapõe é a da animalização: perdemos nossas características humanas, estamos vivendo guiados pelos instintos, respondendo com violência à violência que nos é infligida, não temos usado nossas consciências – atributo maior que nos diferencia dos animais – e portanto, a necessidade é nos humanizarmos para nos afastar desse padrão a que nos degradamos.

Como este é um país relativamente livre, tomei a liberdade de adotar uma outra metáfora: a da mecanização. Analisando o século passado (ou o final do milênio passado), identifico uma admiração muito grande, na sociedade, pela possibilidade de reproduzir em série, em grandes quantidades, o que quer que se deseje – a modernidade da Revolução Industrial. Praticamente tudo passou a ser produzido em larga escala, desde alimentos, vestimentas, automóveis, até outras máquinas que produzem máquinas. A linha de produção passou a ser a forma mais comum de organização do trabalho e o setor saúde não escapou dessa tendência.

Na medida em que foi se tornando cada vez mais difícil um único profissional deter todos os meios de produção de seus cuidados, com a sofisticação dos meios diagnósticos e terapêuticos, esses meios foram concentrados em hospitais e seu uso passou a seguir a lógica de maximização antes da obsolescência. Em administração hospitalar, a teoria de sistemas, com seu *'input-throughput-output'*, ainda tem grande difusão (*'input'* = matéria-prima; *'throughput'* = estrutura e processo; *'output'* = resultado ou produto) e não é infrequente se ouvir, nos Estados Unidos, o termo *'Health Services Industry'*, denotando que há um reconhecimento de que esta é a metáfora vigente.

Assim, a proposta de humanização aparece como uma resposta à mecanização que insidiosamente foi tomando conta de nossas vidas: temos reações mecânicas, respostas mecânicas, organizamos nossas vidas de modo a não termos que pensar muito... e a assistência à saúde também, com suas normas, protocolos, rotinas e o cuidado para que não haja envolvimento pessoal ou emocional com o processo de prestação de cuidados.

Felizmente, nossa querida Maria Cecília Donnangelo nos fez recordar uma premissa maior: assistência à saúde é uma atividade exercida por seres humanos para seres humanos. Em minha opinião, esta é a base de nossa resposta a esse movimento social que pretende reduzir seres humanos a valores econômicos, ou a matéria prima da produção de serviços. E, ao lidar com seres humanos, cabe lembrar que as pessoas que demandam os serviços o fazem buscando alívio de seu sofrimento, seja físico ou psíquico. Esse é o nosso papel. E a dor é um forte desencadeador de demanda aos serviços, que também merece cuidado respeitoso.

Outra característica criticada da forma de produção de cuidados da medicina ocidental é o "esquartejamento" do ser humano, quando este passou a ser atendido por inúmeros especialistas, cada qual incumbido de uma parcela do organismo (e alguns cuidando do mental, separado do 'restante'). As atualmente denominadas medicinas paralelas são exemplo de outras leituras possíveis do processo de adoecimento e buscam enxergar a integralidade do ser humano, a exemplo da homeopatia, das várias formas de medicina oriental e de outras.

¹ Médica sanitária, epidemiologista com doutorado na Universidade da Carolina do Norte, EUA, pesquisadora do Instituto de Saúde.

Há várias dimensões a serem enfocadas no estudo da humanização. Uma delas é a da relação interpessoal: há que ter qualidade e competência técnica, mas é na relação profissional-usuário (ou cliente) que se encontra a relação citada por Donnangelo, de seres humanos com seres humanos. As pessoas são donas de seus corpos e os confiam aos profissionais prestadores de cuidados acreditando na cura ou, ao menos, na melhora. Nem sempre recebem as explicações que ambicionam e a que têm direito, ou são consultadas de forma esclarecida sobre procedimentos a que são submetidas. As relações intermediadas pelas máquinas, pela tecnologia existente e disponível, acabam distanciando as pessoas e fazendo com que os receptores da assistência fiquem mais predispostos a queixar, ou mesmo pleitear judicialmente, por não se sentirem convenientemente atendidos. E aqui pode entrar o campo do direito, não contemplado neste boletim.

A nova postura proposta é refletida no curso de aconselhamento, em que se muda de paradigma educativo e se disponibilizam informações com o intuito de oferecer oportunidade para usuários receptores de assistência participarem do processo de decisão – sendo portanto reconhecidos como sujeitos e ativos, e não como objetos de assistência ou receptores passivos de informação.

Quanto à instituição, ela pode acolher a pessoa que busca cuidados; pode estabelecer um esquema de informação que facilite a utilização do serviço; pode criar mecanismos de enjugamento de filas; pode facilitar horários de visitas ou a presença de acompanhantes; pode manter sua área física, equipamento e amenidades em condições favoráveis de uso; pode criar condições de crescimento de seus recursos humanos, através de educação continuada e permitindo sua participação em eventos científicos; enfim, instituições podem ter políticas humanizantes – dirigidas a seus públicos externos e internos.

Uma outra instância existente é o sistema de saúde, seja em nível local, regional ou nacional, que pode instituir políticas humanizantes. Nesse nível, os conceitos de humanização e de cidadania se aproximam, através dos conceitos de acessibilidade, universalidade e, novamente, do direito.

Humanização pode ser uma atitude respeitosa, que considera a pessoa em sua totalidade como alguém que traz seu sofrimento para que o serviço ajude a aliviá-lo, ou uma pessoa com direitos, mas pode também ser a adoção de práticas consideradas as mais adequadas, respaldadas por evidências científicas. Essa característica é muito evidente quando se trata da assistência a nascimentos e partos, que será tomada como exemplo neste boletim. Em 1985 a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou uma Conferência Internacional em Fortaleza, em que foram definidas algumas recomendações sobre Tecnologias Apropriadas para

Assistência a Nascimentos e Partos. Desde então esse conhecimento se aprofundou, assim como a forma de organizá-lo. A tecnologia disponível através da informática permitiu a realização de mais e mais estudos, assim como uma nova interpretação dos resultados através de meta-análises, disponíveis nas Bibliotecas Cochrane e OMS de Saúde Reprodutiva. Este conhecimento foi sistematizado sob forma de novas recomendações da OMS, divulgadas a partir de 1996, e tem servido de referência ao movimento da sociedade civil agrupado na Rede pela Humanização do Parto e Nascimento = ReHuNa. Integrantes da ReHuNa têm conseguido influenciar políticas e práticas, e vários avanços já podem ser sentidos. Há vários exemplos dessa atuação de vanguarda, seja no aparelho formador (Hospital Universitário da UFSC), em municípios (Rio de Janeiro), na difusão de informação midiática e/ou virtual, e em serviços, com exemplos de nosso estado e outros. Uma novidade impactante foi o reconhecimento da importância de um/a acompanhante para a obtenção de melhores resultados de assistência. Direito estabelecido para crianças e adolescentes em seu Estatuto, atualmente está sendo ampliado para parturientes. E em nosso país já dispomos de doulas, especializadas em suporte emocional a parturientes, que têm influenciado positivamente o andamento do trabalho de parto e o parto.

Em termos de humanização, há papéis e responsabilidades para todos: podem haver políticas públicas que a contemplem, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, responsabilidade de gestores, sejam federal ou estaduais. Serviços podem buscar humanizar sua assistência com propostas localizadas ou abrangentes. Profissionais têm um papel importante, já que são quem determina em que patamar se estabelecerá a relação com quem os demanda. Usuários e usuárias, individualmente ou de forma organizada – movimentos de mulheres, conselhos de saúde da comunidade – têm a responsabilidade pelo controle social. Os meios de informação bem que poderiam divulgar boas notícias, exemplos positivos... E sabe-se que a assistência humanizada e com qualidade tem impacto epidemiológico, já que é acompanhada por redução da morbidade e da mortalidade.

Concluindo, humanização é um conceito amplo, que pode estar inserido num projeto de organização de serviços, ou mesmo num projeto de organização da sociedade. Na busca de condições que permitam que seres humanos exerçam sua humanidade, respeitando-se uns aos outros, estabelece-se esse novo paradigma de relacionamento entre prestadores e receptores de assistência, entre seres humanos. Há conceitos éticos, da área de direito, filosóficos e outros, permeando a proposta. Enfim, seres humanos nascem com muitas potencialidades, que podem ou não ser realizadas – e se pudermos contribuir para essa realização.... ■

Humanização na Área da Saúde

Izabel Cristina Rios¹

Introdução

Apesar do grande avanço que o SUS representa para a saúde no Brasil, observa-se que a cronificação do modo de operar o sistema público, a burocratização e os fenômenos que caracterizam situações de violência institucional estão presentes e requerem ações urgentes para modificar essa condição.

Entende-se que a violência institucional na área da saúde decorre de relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Relações de controle, de alienação e de não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais foram historicamente configurando uma violência que favoreceu - e se favoreceu - uma estrutura institucional caracterizada pela rigidez hierárquica, pela ausência de direito ou de recurso das decisões superiores, por uma forma de circulação da comunicação apenas descendente, pela falta de espaço institucional para a palavra transformadora, pelo descaso com os fatores subjetivos e por uma disciplina autoritária.

Nesse cenário, as conseqüências sobre as pessoas envolvidas no trabalho são graves e acarretam a diminuição do compromisso e responsabilização na produção da saúde, o desrespeito aos profissionais da saúde e usuários dos nossos serviços. A humanização surgiu, inicialmente, como um movimento contrário a esse enredo e foi-se instituindo para chegar, hoje, à condição de uma política pública na área da saúde.

Humanização – Conceito

Humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento.

O termo humanização é recente, mas ações que têm tais princípios em sua origem são freqüentes nos serviços de saúde há bastante tempo. No ano 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Sob responsabilidade da SES-SP, coordenamos a implantação de Núcleos de Humanização em 36 hospitais próprios com os objetivos

de plantar as idéias da humanização, fazer diagnósticos situacionais e promover ações humanizadoras de acordo com realidades locais. Em 2003, o Ministério passou o PNHAH por uma revisão e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH).

Segundo documento do Ministério da Saúde (Oficina HumanizaSUS – Novembro de 2003), entende-se o conceito de humanização como aquele que:

1. Valoriza a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização;
2. Aumenta o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS na produção da saúde, implicando a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho;
3. Garante condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores do processo de trabalho;
4. Fortalece o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
5. Utiliza a informação, comunicação, educação permanente e os espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos;

Nessa vertente, a humanização focaliza com especial atenção os processos de trabalho e os modelos de gestão e planejamento.

Humanização – Uma política pública na área da saúde

No Governo do Estado de São Paulo, a humanização é uma das prioridades na área da saúde e se apresenta como uma diretriz que deve nortear qualquer atividade que envolva usuários ou profissionais da saúde, em qualquer instância. Na SES-SP, o Núcleo de Humanização está instalado na Coordenadoria de Recursos Humanos e é responsável pela coordenação do PNHAH e atual PNH em São Paulo. Desenvolve projetos próprios relativos à humanização na área da saúde e, conforme demandas locais, assessora ou supervisiona projetos ou iniciativas

¹ Médica, psiquiatra e sanitarista, Coordenadora do Núcleo de Humanização da SES-SP.

humanizadoras em diversos equipamentos de saúde.

Entre os vários trabalhos que desenvolve, consideramos particularmente importante a valorização do profissional da área da saúde. Acreditamos que a possibilidade de promover atendimentos verdadeiramente humanizados requer, necessariamente, a formação e educação permanente dos profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização e o desenvolvimento de ações visando o cuidado e a atenção às situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde. São exemplos:

- a criação de espaços de discussão para a contextualização dos impasses, sofrimentos, angústias e desgastes a que se submetem os profissionais de saúde no seu dia-a-dia;
- o resgate das histórias e subjetividades pelo exercício da fala e escuta, devolvendo à palavra sua potência terapêutica, organizadora do psiquismo, estruturante da relações entre as pessoas;

- o pensar sobre a organização do trabalho, envolvendo gestores e pessoal de RH, sensibilizando-os para as transformações necessárias no ambiente de trabalho;
- a criação de equipes interdisciplinares efetivas que sustentem a diversidade dos vários discursos presentes na instituição, promovendo o aproveitamento da inteligência coletiva.

Enfim, pensar a humanização enquanto política significa menos o *que fazer* e mais o *como fazer*. Embora importantes, não são necessariamente as ações ditas humanizadoras que determinam um caráter humanizado ao serviço, mas a consideração aos princípios conceituais que definem a humanização como a base para toda e qualquer atividade.

Esse é o grande desafio: criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos entre as pessoas envolvidas na produção da saúde, que tenha como horizonte não apenas a cura ou o alívio da dor, mas o olhar que revela da vida a sua beleza humana. ■



A humanização da dor

Ana Aparecida Sanches Bersusa¹

Nada nos faz recordar tanto nossa fragilidade como humanos quanto a dor, podendo ser entendida como um dos grandes flagelos da humanidade. Ela já foi vista no passado como um desequilíbrio da energia vital, paixão da alma, castigo para os pecadores, forma de iluminação ou obtenção de graças divinas, frustração de desejos e sensação corpórea. Descartes descreveu a dor como uma sensação percebida pelo cérebro resultante de uma estimulação nos nervos sensoriais. Platão acreditava que a dor não surgia apenas por estimulação periférica, mas também por uma experiência emocional da alma. Hipócrates disse o quanto era divino poder aliviar a dor de alguém, considerando com isso a dor da alma. Harvey acreditava que a dor tinha sua percepção no coração, até que Bonica, em 1953, escreveu que a dor não era apenas um sintoma, mas sim uma entidade patológica. Desde então o homem vem se dedicando ao grande desafio de “tratar” a dor. Em 1973, fundou-se a Associação Internacional para o Estudo da Dor - IASP (FREIRE & MENEZES, 1999). A definição do IASP para a dor é a de uma sensação e uma experiência emocional desagradável, relacionada a lesão real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 1979).

A dor é uma experiência individual sentida de maneiras diferentes. Em sua essência estão envolvidos aspectos físicos, culturais e emocionais. A sensibilidade pode ser um sinal de alerta de que algo não está bem no organismo ou mesmo uma reação de proteção de nosso corpo. Assim, o fato de sentir dor em alguns momentos é tão essencial quanto respirarmos ou nos alimentarmos; porém, em outros momentos a dor pode ser limitante e desnecessária, caracterizando como uma função profissional as providências de amenizá-la ou evitá-la, promovendo conforto ao indivíduo.

Manifestando-se a dor de forma aguda ou crônica, a procura pela assistência é muitas vezes associada à limitação causada (física ou emocional). No Brasil há clínicas especializadas em dor, com tecnologia de ponta e profissionais habilitados para exercerem uma abordagem holística e multiprofissional, assistindo integralmente os pacientes, que muito freqüentemente recorrem a unidades básicas de saúde ou pronto-socorros quando já não a suportam mais. Infelizmente, nem sempre tais serviços contam com uma equipe profissional habilitada para a abordagem da dor, o que prolonga a permanência do paciente num sofrimento desnecessário.

São poucos os estudos de Epidemiologia da Dor no mundo e no Brasil. Alguns estudos epidemiológicos apontam que os adultos experimentam três ou mais tipos de dores diferentes a cada ano e que a procura pelos

serviços de saúde por causa da dor cresce em 80%, com o avançar da idade (TEIXEIRA & PIMENTA, 1994).

Estima-se que a dor crônica acometa de 30% a 40% da população brasileira, representando a principal causa de faltas ao trabalho, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade. Não há dados precisos sobre o custos que as perdas econômicas causadas pela dor possam estar provocando no Brasil. Entretanto, estudos informam que os norte-americanos gastam anualmente US\$ 150 bilhões com o tratamento da dor. Em um estudo de 1999, da Organização Mundial de Saúde, onde se avaliou a situação de dor em 14 regiões do mundo, o Brasil apresentou a terceira pior posição, com uma das maiores prevalências de dores crônicas persistentes em cuidados primários: 60 % dessas pessoas sentiam dor em no mínimo dois locais do corpo e a incidência de depressão e ansiedade causada pela dor, bem como a sua interferência no trabalho, chegaram a ser 3 vezes maior que a apresentada pela população que procura o sistema da saúde sem queixa de dor (FREIRE & MENEZES, 1999).

Esse cenário nos faz repensar sobre como estamos cuidando da dor de nossos pacientes. Como os profissionais de saúde têm se mostrado sensibilizados pela dor dos outros? Estaríamos promovendo a humanização da assistência para esses indivíduos? Não é raro que tomemos conhecimento do mau acolhimento que essas pessoas tiveram ao passar pelos serviços de saúde, seja porque a equipe de saúde descreu da queixa de dor, seja porque desconhece as técnicas adequadas de tratá-la.

Como enfermeira, trabalhei anos com pacientes com muita dor e não era raro encontrarmos na equipe, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, e até mesmo entre os próprios familiares aqueles que desacreditavam da dor de seu ente querido. Imaginem só o sofrimento humano que isso pode trazer a essa pessoa: estar internado com um processo de doença e ser desacreditado de sua dor até mesmo pelos seus familiares. Existe algo mais desumano?

Por vezes o problema se constituía no sub-tratamento da dor, relegando-a sob argumentos como “O Sr não pode tomar muito esse remédio, pois ele vicia, tem que agüentar a dor até onde der”; ou ainda, “Eu já dei muita medicação para sua dor”.

A falta de formação e treinamento das equipes de saúde, para lidar com a dor, é algo notório. A avaliação no controle da dor deve ser realizada por profissionais

¹ Enfermeira, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

treinados, capazes de entender o processo algico e o seu tratamento. Profissionais que acreditam na queixa do paciente, cultivam o bom senso e sensibilidade para compreender o momento de estresse e angústia no qual o paciente e seus familiares estão envolvidos.

Segundo PIMENTA & TEIXEIRA (1998) o tema é negligenciado pelos educadores encarregados da elaboração dos currículos escolares, mesmo nas áreas em que a dor é muito prevalente, como a oncologia. Na formação do nível técnico o problema se repete, pois o currículo tem como “pano de fundo” o modelo biomédico. A proposta desses autores é que o currículo deve ter um conteúdo geral e básico comum, contemplado por temas que abordam a especificidade epidemiológica e as necessidades de saúde regionais e que considerem a complexidade dos aspectos biológicos, socioculturais e emocionais envolvidos na experiência dolorosa. A formação dos profissionais deveria contemplar o caráter subjetivo da dor, a avaliação das suas características ou de sua repercussão na vida do indivíduo e as indicações e limitações das terapias antálgicas. Os programas educativos devem ser adaptados para o nível instrucional (escola secundária, graduação, aperfeiçoamento ou pós-graduação) de recursos humanos e materiais de cada instituição ou região.

A crença de que a dor é inevitável em algumas condições de doença (ou não, como no parto) faz com que os indivíduos assumam desnecessariamente este sofrimento. O desconhecimento do tratamento da dor faz com que familiares e pacientes assumam essa condição submissa de flagelo. Fazem-se necessários cursos extensivos à comunidade e grupos sociais organizados para o esclarecimento sobre os cuidados que podem ser oferecidos para a dor, potencializando sua capacidade de cobrar uma assistência adequada.

No país, vêm-se articulando e organizando “ligas de dor” e sociedades para o estudo do problema. Exemplo é a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Em resposta a essa preocupação crescente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 19, de 03/07/2002, instituindo o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (PNADCP), e protocolos e diretrizes terapêuticas para o fornecimento de medicamentos excepcionais. A Portaria enfoca fundamentalmente o ensino e o treinamento para acadêmicos, clínicos gerais, endocrinologistas, oncologistas, neurologistas, anestesistas e para a população em geral. Protocolos clínicos publicados buscam uniformizar conceitos e tratamentos, através do envolvimento na discussão de instituições como a Sociedade Brasileira de Anestesia, a Academia Brasileira de Neurologia, a Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, a Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos, a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, o Instituto Nacional de Câncer e associações ligadas aos profissionais de Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia, Acupuntura, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA

O ESTUDO DA DOR, 2003).

Além dos esforços públicos oficiais, muito há que se fazer ainda para que cada profissional, em cada canto desse imenso país, saiba o que é dor e como cuidar de um paciente com dor. Ela é uma atribuição de todos os que cuidam do paciente e exige do profissional que ele mobilize todo o conhecimento de que dispõe, de forma a que nos convençamos todos de que o humanamente possível foi feito para o alívio do sofrimento causado pela dor. A humanização da assistência pressupõe esse esforço. ■

Referências Bibliográficas

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain, v.6, p.249-52, 1979.

FREIRE, R. & MENEZES, R. Tudo sobre dor, **Médico Repórter**, p51-52 jul. 1999.

TEIXEIRA, M. J. & PIMENTA, C. A .M. Epidemiologia da dor . In TEIXEIRA, M. J. ; CORREA, C.F. & PIMENTA, C.M. **Dor** conceitos gerais. São Paulo: Lymay, 1994 p. 57 –58 (Estudo Master Dor,1)

PIMENTA, C. A M & TEIXEIRA, M. J. Formação e Treinamento para o Controle da dor. **Âmbito Hospitalar**, n.3, p 11-26, 1998

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR - SBED - IASP Brazilian Chapter, disponível em: <<http://www.dor.org.br>>. Acesso em 11 out. 2003.



Práticas educativas e humanização da assistência

Cláudia Maria Bógus¹
Sonia Isoyama Venancio²

A necessidade de “humanizar” a assistência à saúde no âmbito do SUS é uma discussão recorrente nos últimos anos. Embora existam várias formas de encarar o significado da humanização, certamente é preciso pensar que ela ocorrerá somente com a mudança nas relações interpessoais, especialmente entre os trabalhadores da saúde e a população usuária do sistema.

Faz-se importante refletirmos sobre o que tem sido feito, efetivamente, para que ocorra uma mudança na abordagem utilizada por esses trabalhadores, especialmente no tocante às práticas educativas.

De forma geral, pode-se identificar três tipos de práticas educativas dos profissionais de saúde em relação à prestação de orientação aos pacientes (DIAZ BORDENAVE, 1982, 1984; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1997).

A postura mais usual é a identificada como “pedagogia da transmissão”, que valoriza sobretudo os conteúdos – conhecimentos e valores – que devem ser transmitidos e absorvidos pela população, a qual é vista como “*tábulas rasas*”, desconsiderando-se qualquer tipo de vivência prévia sobre o tema. Nesse caso, da população espera-se apenas uma atitude passiva. A relação que se estabelece entre profissionais de saúde (educadores) e pacientes (educandos) é autoritária e paternalista.

Quando o profissional de saúde tem como postura valorizar o efeito obtido pelo processo educativo, ou seja, as mudanças de comportamento ou habilidades conseguidas pelo indivíduo, tem-se a “pedagogia do condicionamento”: o educador é identificado como um programador ou instrutor e sua relação com o educando é de persuasão. Esta concepção de educação centra-se também na transmissão de conteúdos e habilidades que se aprendem **fazendo repetidamente**. Também neste caso a atitude do educando é receptiva e passiva.

Uma terceira opção pedagógica pode ser denominada como “pedagogia problematizadora”, com ênfase no processo ensino-aprendizagem, pretendendo a transformação das pessoas, grupos e comunidades envolvidas. Esta pedagogia, cujo principal representante é Paulo Freire, parte do princípio de que o mais importante não são os conhecimentos ou comportamentos corretos e fiéis ao esperado, mas o aumento da capacidade das pessoas e grupos para detectar os problemas reais e buscar-lhes solução original e criativa dentro das suas vivências e expectativas. O profissional de saúde passa a ser visto como um facilitador cuja intervenção pretende

propor situações de ensino-aprendizagem que viabilizem a participação real e o diálogo, estimulando a criatividade e a crítica, a tomada de decisões e a própria ação das mães (CASAGRANDE et al., 1998).

Essa opção pedagógica pretende desenvolver uma ação educativa onde cada indivíduo possa fazer a sua própria escolha, tomando sua própria decisão quanto à melhor alternativa, para si, entre práticas distintas de saúde, considerando os aspectos que interferem e determinam a sua condição de vida e de saúde.

O papel do profissional de saúde é fornecer instrumentais para subsidiar a escolha do paciente e apresentar-se como um conselheiro disponível para ouvir e orientar, sem fazer imposições e julgamentos a partir de seu ponto de vista. Então, pode-se falar de *empowerment*, ou *empoderamento*, cujo significado é o de “dar poder a, ativar a potencialidade criativa, desenvolver a potencialidade criativa do sujeito e dinamizar a potencialidade de sujeito” (FREIRE & SHOR, 1986, p. 11).

Este conceito implica, também, no acesso e controle dos recursos necessários para a tomada de decisões que impliquem em ações individuais ou coletivas. O *empowerment* individual refere-se às características psicológicas de auto-estima, confiança em si mesmo e auto-controle para alcançar uma meta pessoal. O *empowerment* comunitário refere-se às características de organização social, uma aliança entre grupos de pressão que podem influenciar os níveis de decisão econômica e política de tal maneira que se alcancem as metas de interesse do grupo ou da comunidade.

Este conceito deve ser cada vez mais valorizado nos trabalhos de educação de pacientes e usuários de serviços de saúde. Uma abordagem educativa centrada na capacitação dos educandos ou no seu *empowerment* estará sempre envolvendo pessoas, através de processos de diálogo na identificação de seus problemas, analisando criticamente as raízes culturais, históricas e sociais de seus problemas e desenvolvendo ações estratégicas para mudanças pessoais e sociais.

A utilização da pedagogia problematizadora e a valorização do *empowerment* nas práticas de saúde podem ser grandes aliadas rumo à humanização da assistência. Porém, como em geral os profissionais de

¹ Pedagoga, Educadora em Saúde, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

² Médica, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

saúde não foram capacitados para trabalhar com essa abordagem, faz-se necessário inserir esses conteúdos, sempre que possível, na elaboração dos diversos treinamentos oferecidos, em diferentes áreas de atuação.

Trazemos o exemplo do Curso de “Aconselhamento em Amamentação” (OMS, 1995), que se diferencia por abordar não somente conteúdos relacionados às técnicas e manejo do aleitamento, mas também conteúdos voltados à reflexão de como melhorar a relação entre profissionais e mães e tornar a orientação em amamentação mais eficiente. Esse curso tem duração de 40 horas e é dirigido para todo o pessoal de saúde que lida com o binômio mãe-bebê em todas as etapas da assistência oferecida pelos serviços de saúde.

A palavra aconselhamento é nova para muitas pessoas e é diferente de fornecer simples informação. Quando se aconselha uma mãe, não se diz a ela o que fazer, mas sim oferecem-se elementos e ajuda para que ela possa decidir o que é melhor para ela.

Um dos mais importantes aspectos de como aconselhar em amamentação envolve ouvir atentamente a mãe e aprender (entender) como ela se sente. Para isso, os participantes do curso praticam seis **habilidades de “ouvir e aprender”**: *usar comunicação não verbal e útil; fazer questões abertas; usar respostas e gestos que demonstrem interesse; devolver a questão, refletindo sobre o que a mãe diz; mostrar empatia - mostrar que entende como a mãe se sente; e, evitar palavras que impliquem julgamento .*

Outro aspecto fundamental do “Aconselhamento em Amamentação” é aprender a (re)construir a autoconfiança da mãe e dar-lhe apoio. Assim, também seis habilidades de **como construir a confiança e dar apoio** são desenvolvidas no curso: *aceitar o que a mãe pensa e sente; reconhecer e elogiar o que mãe e bebê estão fazendo bem; dar ajuda prática; dar pouca informação relevante para o momento vivido; usar linguagem simples; fazer uma ou duas sugestões, não dar ordens.*

O Instituto de Saúde avaliou, com apoio da Organização Mundial de Saúde, o impacto desse curso no tocante ao desenvolvimento das habilidades de aconselhamento. Os resultados indicaram que os profissionais consideravam bastante importante incorporar essas habilidades em qualquer tipo de atuação profissional, além de considerá-las significativas e positivas para as suas vidas pessoais (REA & VENANCIO, 1999).

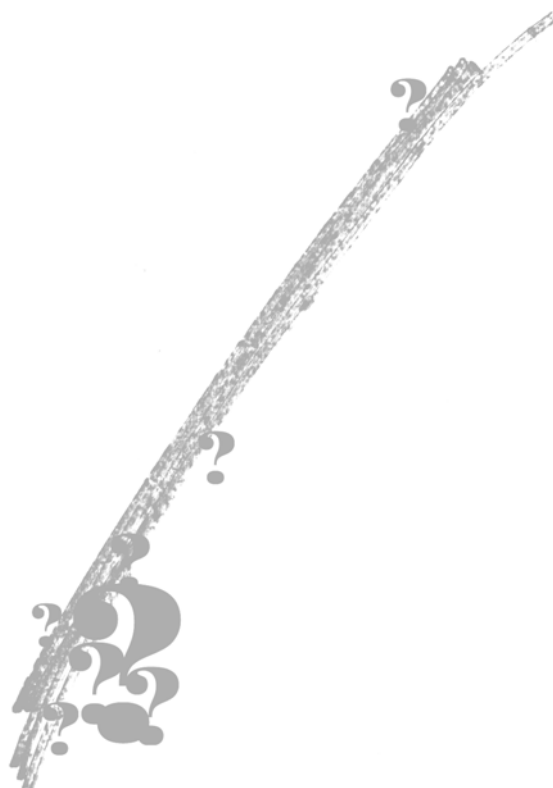
Ficou claro que no Curso de “Aconselhamento em Amamentação” há um compromisso implícito com o *empowerment* das mães; espera-se que as mães se apropriem de informações importantes que lhes garantam condições adequadas de decidir sobre a sua saúde e a de seu bebê.

Isso reforça a idéia de que é possível, nos diferentes treinamentos oferecidos a profissionais de saúde, incorporar conteúdos que gerem a reflexão sobre as estratégias pedagógicas utilizadas nas atividades

educativas cotidianas, com vistas à humanização da assistência. ■

Referências Bibliográficas

- DIAZ BORDENAVE J. “Opções pedagógicas”. In: Encontro de experiências de educação e saúde da Região Norte, Belém, 1982. Ação Participativa: capacitação de pessoal. Anais, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p. 13 – 18. [Série F: Educação e Saúde, 3].
- DIAZ BORDENAVE J. A opção pedagógica pode ter conseqüências individuais e sociais importantes. In: Planejamento e participação. Rev. Educ. AEC do Brasil. 13 (54), 1984.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Educação em saúde: planejando as ações educativas – teoria e prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS – São Paulo. São Paulo, CVE, 1997.
- CASAGRANDE et al. Problem-posing in education: transformation of the practice of the health professional. Patient Education and Counselling 33: 161- 7, 1998.
- FREIRE P & SHOR I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Aconselhamento em Amamentação. Um curso de treinamento. Manual do treinador, 1995.
- REA MF; VENANCIO SI. Avaliação do Curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. J. Pediatria 75(2): 112-118, 1999.



Humanização de Serviços e a Homeopatia

Aurea Eleutério Pascalicchio¹

O novo homem do século XXI exige uma abordagem terapêutica integralizada, onde saúde/doença seja conceito dinâmico e a promoção da saúde desempenhe papel primordial. Serviços de saúde fundamentados no modelo biomédico e hospitalocêntrico estão sendo duramente questionados. Em contraposição, a humanização pode ser observada como categoria central nas formas de atuação da Homeopatia.

O modelo de atenção à saúde e qualidade de vida enraizado na forma de vida ocidental - um mundo urbano, rico, polarizado em valores inerentemente significativos - e a sua pretensa aplicabilidade universal propiciam uma linha de reflexão fundada em elementos-chave, tais como: universal/particular e objetivo/subjetivo. Tal conceituação, que é amplamente disseminada na imprensa, em meio à população e entre especialistas, apresenta dificuldades na interface pretendida entre o biológico, o social e o cultural. Por outro lado, a abordagem interdisciplinar, numa visão multidimensional de mundo, permite a apreensão do modelo de atenção à saúde em sua globalidade. A Homeopatia atua na visão do SER humano, onde mais do que um substantivo, o SER aparece como verbo. Seus atributos no plano dos serviços serão flexibilidade, espírito de equipe, cooperação e autonomia.

A visão de mundo enfocando o homem ternário (corpo / alma / espírito) passa, a partir de Descartes, para uma visão binária: corpo e espírito, suprimindo-se a alma. Essa cosmovisão, no século XX, consolida uma teoria do conhecimento mecanicista, dicotômica e cientificista, estreitando os níveis de realidade às perspectivas da dimensão física, isto é, reduzindo-a à relação entre sujeito e objeto, em que o sujeito se "coisifica" e perde importância.

Na Era do Conhecimento a informação define o poder e consagra a importância estratégica da educação. O processo pedagógico, atuando nesse momento de mudança de paradigmas, traz para esse cenário o papel dominante que deverá ser o modelo baseado nas competências. Os referenciais onde as competências se somam, através dos princípios da ética, cidadania, consciência ambiental e trabalho em equipe, espera-se possam gerar profissionais competentes, interagindo com cidadãos conscientes. Tal paradigma sistêmico resgata o sujeito e estabelece uma interface com o movimento de humanização do cuidado com a saúde. Os desafios

colocados provêm da fragmentação do conhecimento, que deverá ser combatida pela interdisciplinaridade e pela pedagogia dos projetos construídos coletivamente.

As competências se traduzem por conhecimento associado às atitudes e habilidades, tarefas claramente cognitivas e comportamentais. O processo educacional está ligado ao aumento do conhecimento e da percepção individual, além de habilidades pessoais e de mudança de atitudes. Mas o que potencializará a importância do processo educacional para o projeto de humanização passa necessariamente por um seu entendimento mais radical, em que ele é pensado como uma atividade em "construção", induzindo mudança de suposições e ideologia, a qual provoca e apóia mudanças sociais.

A homeopatia se fundamenta num modelo de racionalidade cujos pressupostos são muito distintos dos encontrados no modelo biomédico ocidental hegemônico. Apóia-se no "princípio da semelhança", descrito por Hipócrates no século IV a.C e desenvolvido por Samuel Hahnemann, no século XVIII. Disseminou-se por várias regiões do mundo, sendo hoje regularmente praticada em diversos países da Europa, América e Ásia. No Brasil foi oficialmente introduzida por Benoit Mure em 1840. Sua base filosófica é a visão vitalista do ser humano. O princípio de semelhança, associado à experimentação no "HOMEM SÃO", e a utilização de medicamentos diluídos e dinamizados, compõem seus pilares fundamentais.

A população tem demonstrado crescente confiança e interesse na homeopatia, principalmente nos últimos vinte anos. As publicações demonstram esse interesse em todo mundo (ACHTEMBERG et alii, 1995; Berman et alii, 1995). A Organização Mundial de Saúde recomenda sua utilização desde 1974 e reafirmou sua importância em 2002 (The WHO Policy and strategy on traditional medicine 2002-2005). É crescente o número de pesquisas experimentais sobre este tema. De 1985 até 1995 há registro de 148 trabalhos indexados no MEDLINE e, de 1995 até 1999, somam-se mais de 200 trabalhos (Bonamin, 2001).

Segundo expectativa do Centro Médico Beth Israel (EISEMBERG, 1998) mais de 2/5 dos americanos recorreriam a alguma espécie de terapia não convencional

¹ Médica acupunturista, homeopata e sanitarista. Msc. em Ciência Ambiental e Doutora em Saúde Pública. Instituto de Saúde, SES/SP

em 2000, representando quase 2/3 a mais de consultas do que as de clínica alopata. O gasto estimado beira os 30 bilhões de dólares. Mais de 75 escolas de medicina nos EUA têm cursos no campo da medicina complementar e os programas de seguro-saúde têm aumentado sua oferta de cobertura. Estes números demonstram não apenas mudanças localizadas, mas necessidades e valores da sociedade moderna (ASTIN, 1998).

E quanto aos custos? A escalada do custo com assistência médica é um fator importante na alternativa dos tratamentos oferecidas pelas práticas não convencionais; estima-se que os custos dobrem nos próximos dez anos (WORTON, 1999). O interesse demonstrado por médicos e gerentes do sistema de saúde inglês que, orientados por estudos estatísticos de eficácia e resolutividade da “medicina baseada em evidências”, procuram informações sobre a segurança, os custos e as dificuldades das práticas não convencionais, indica sua contínua maior integração ao sistema de saúde (KLERJNEM, 1991). No Brasil os convênios têm reconhecido a homeopatia como especialidade médica, nesta última década. O Ministério de Saúde, secretarias estaduais de saúde e serviços municipais, há vinte anos, vêm implantando tais serviços.

A prática da promoção e dos cuidados em saúde da medicina complementar, ao otimizar o uso de recursos disponíveis e atender à demanda da população por melhor qualidade da atenção, propiciando tratamento digno e zelando pelos princípios éticos na relação médico-paciente, mostra-se absolutamente integrado aos princípios humanistas e igualitários do SUS: universalidade, integralidade da atenção, equidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação social.

Entendendo-se a promoção de saúde como capacitação da comunidade para incrementar a qualidade de vida, esta vista como autonomia e liberdade de escolha, do indivíduo e da sociedade, vemos que as práticas da homeopatia contribuem sistematicamente para um contraponto à medicalização, reduzindo seus excessos, já que enfatiza os momentos de promoção da saúde e prevenção da doença.

São muitas as razões para uma efetiva disseminação da homeopatia no mundo contemporâneo. Ou seja, essa prática dispõe de tecnologia adequada à satisfação das necessidades de saúde da população, resgata os princípios éticos de relacionamento médico-paciente, representa uma alternativa de custos inferiores ao modelo atualmente hegemônico e insere-se num movimento internacionalmente perceptível de adoção de novos paradigmas para equilibrar o processo saúde-doença.

Disseminá-la implica necessariamente um processo

educacional e participativo. Algumas atividades com esse teor foram recentemente realizadas na cidade de São Paulo. Têm-se construído parcerias com entidades de formação dos especialistas em homeopatia, com a participação do Instituto de Saúde e do Núcleo Voluntário de Homeopatia* da SMS/SP. Em Junho de 2002 realizou-se uma primeira oficina, no Instituto de Saúde, à qual foram convidados profissionais de saúde e gestores interessados, na cidade de São Paulo, no tema da Homeopatia como fundamento de um modelo de atenção à saúde. Cinqüenta e quatro profissionais da rede municipal de saúde presentes, interessados na implantação do atendimento em Homeopatia, contribuíram com sugestões viabilizadoras, registradas na forma de questionário, cuja condensação, parece-nos, traça um perfil estruturado de uma atenção à saúde absolutamente orientada para a humanização.

Os participantes crêem que os pacientes se interessariam pela implantação de um atendimento homeopático por este apresentar uma visão holística e integral da saúde, apresentar menores efeitos colaterais, propiciar melhor qualidade de vida e prevenir doenças, bem como pela tendência atual da sociedade em buscar o uso de remédios mais naturais. Além disso, os pacientes se mobilizariam mais intensamente a procurar os serviços de homeopatia, desde que houvesse um incremento na divulgação da existência de práticas homeopáticas na rede de saúde e mais informação sobre o sucesso do tratamento. Também contariam a favor da homeopatia o fato de a promoção à saúde ser um direito do cidadão, de os custos dos medicamentos serem menores e haver maior encaminhamento proveniente de outras especialidades médicas.

Por outro lado, os integrantes da oficina levantaram a elevada demanda corrente de assistência clínica, ginecológica e pediátrica nas unidades básicas como fatores limitantes do incremento de atenção homeopática. Pesa negativamente também os preconceitos, tanto entre os profissionais quanto na clientela, a sobrecarga atual das unidades básicas com as clínicas tradicionais acima mencionadas, a falta de espaço físico adequado nas unidades, o não fornecimento de medicamentos homeopáticos pela rede, a prática inercial das unidades em realizar consultas em tempo exíguo, não haver contratação de profissionais homeopatas, desinteresse de muitas chefias e dos gestores. Enfim, pesa contra as medicinas complementares toda a prática atual dos serviços de saúde, que privilegiam as ações que giram em torno do ato eminentemente curativo e mantenedor do “status quo”.

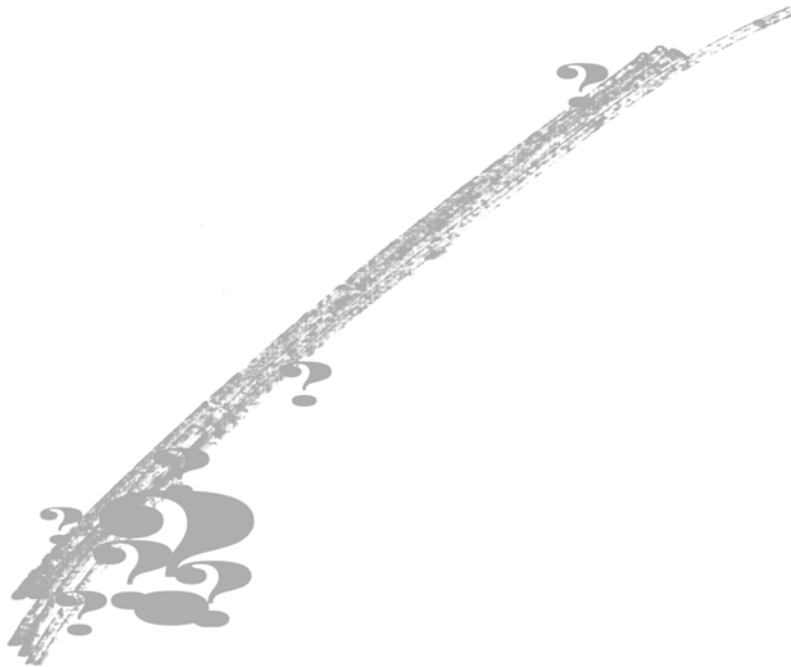
A implantação sistêmica dos serviços de homeopatia devem partir de um diagnóstico de situação, por mais

adverso que ele se revele, e basear sua ação nos seus reais atributos e recursos existentes. Contam a favor da homeopatia, hoje: a expressiva procura da população, a introdução do PSF e da homeopatia em alguns locais, a já existência de homeopatas no serviço público, a criação de vagas de médico homeopata, o fato de os profissionais e administradores e gestores de saúde já se encontrarem mais esclarecidos sobre o tema, haver a prática da distribuição gratuita de medicamentos aos usuários do SUS, o menor custo do medicamento e do momento em que vivemos, de implementar a qualidade e a humanização nos serviços do SUS, situação em que se pode inclusive buscar a sinergia com outras áreas de atenção e promoção da saúde.

As reflexões do grupo voluntário e a oficina demonstram que rumo à humanização da atenção em saúde, a Homeopatia terá seu espaço construído e consolidado como condição possível para o aprimoramento da qualidade de vida das pessoas, mas também conforme saiba colocar-se, como prática centrada no bem-estar da humanidade, em sintonia com movimentos de inclusão de minorias e baseados nos princípios ecológicos.■

Referências Bibliográficas

- ACHTERBERG J, DOSSEY L, GORDON J S, et alii. Mind-body interventions. In: *Alternative medicine: expanding medical horizons. A report to the National Institutes of Health on alternative medical systems and practices in the United States.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1995:3-43.
- AMHB- Associação Médica Homeopática Brasileira - <http://www.amhb.org.br/>
- ASTIN J A .Why patients use alternative medicine; results of a national study. *JAMA* 1998;279:1548-1553.
- BERMAN B M, SINGH B K, LAO L, et alii. Physicians attitudes toward complementary or alternative medicine: a regional survey. *J Am Board Fam Pract* 1995;8:361-366
- BONAMIN, L V A HOMEOPATIA sob a ótica dos novos paradigmas da ciência: Revisão bibliográfica. *Revista de HOMEOPATIA*, v. 66 , n 1,2001.
- EISEMBERG D M , DAVIS R B, ETTNER S et alii. Trends in alternative medicine use in the united States 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280:784-787
- KLERJNEN J P KNIIIPSCCHILD. *British Medical Journal*. February 9, 1991, 302:316-323.
- WORTON J C The history of complementary and alternative medicine. In:Jonas W B, Levin J S eds. *Essentials of complementary and alternative medicine.* Philadelphia: Lippincot Willians 7 Wilkins, 1999.



* Integram o Núcleo: Alcione Geralda - farmacêutica homeopata, responsável pela Farmácia Homeopática do CS Pinheiros SES/SP; Aurea Ap. Eleutério Pascalicchio - médica acupunturista, homeopata e sanitarista, Msc. em Ciência Ambiental e Doutora em Saúde Pública, Instituto de Saúde, SES/SP; Corrado Giovanni Bruno - médico homeopata, vice-presidente da Liga Médica Homeopática Internacional, Coordenadoria de Planejamento em Saúde GTNAC/SES/SP; Gil Moreira Neto - médico homeopata, Msc em Saúde Pública, CS Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública; Lygia C. Cunha - médica homeopata e acupunturista, Programa de Saúde da Família SMS/SP; Miriam Sueli Bindi - médica homeopata, Distrito de Saúde Sé SMS/SP; Vera Lúcia Mercucci - farmacêutica homeopata, Mestranda do Instituto de Saúde.

Humanização na gestão de organizações

Tânia Margarete Mezzomo Keinert¹

“Gente servindo gente”. Este é o slogan de um restaurante simples numa das cidades do grande ABC (região metropolitana de São Paulo), onde almocei ainda ontem... O slogan encontra-se por toda a parte: guardanapos, bandejas, paredes. E o mais importante: na cabeça das pessoas... Tanto é que, ao menor sinal de desconforto do cliente que está almoçando (e, portanto tirando um tempinho da sua jornada de trabalho para sossegar), logo alguém aparece para servir-lhe sal, fornecer mais guardanapos, retirar a bandeja, oferecer café ou chá (gratuito). É este espírito de serviço que costuma fazer a diferença quando escolhemos este ou aquele lugar para almoçar, ainda que seja um restaurante para almoçar no dia-a-dia, por quilo, como costumamos dizer (*self-service*). Cuidado e atenção fazem sempre diferença...

Some-se a isso outras questões que empresas como companhias aéreas, organizações de prestação de serviços, unidades básicas de saúde, hospitais, escolas e repartições públicas em geral tanto têm se debatido em oferecer: um atendimento humanizado. Mas, o que seria isto? De maneira geral, as pessoas desejam ser tratadas “como gente”, não como número, não como gado. Em outras palavras, considerar uma pessoa como portadora de demandas e necessidades específicas é comumente associado a atendimento humanizado.

E qual é o segredo da humanização, afinal? Geralmente coisas muito, mas muito simples mesmo. É o sorriso do atendente, de preferência seguido de um bom-dia ou boa-tarde, prestando informações claras e objetivas, paciência para repeti-las o número de vezes que for necessário até que o problema seja esclarecido, o agrupamento de vários serviços ou “conveniências” em um mesmo espaço físico (as “Ruas da Cidadania” ou os “SAC’s- Serviços de Atendimento ao Cidadão” ou o “Poupa-Tempo” ou, ainda, as “Oficinas de Humanização da Assistência Hospitalar”) que podem ser consideradas experiências (ainda que embrionárias) de humanização, respeito e resgate da noção de direitos dos cidadãos.

A inexistência de filas de espera é outra grande protagonista da humanização na prestação de serviços. São exemplos de preocupação com esse problema iniciativas como a de utilização de uma senha para que, pura e simplesmente, as pessoas possam aguardar confortavelmente, ou, ainda, às vezes, fazer-se uma espécie de triagem ou pré-atendimento na própria fila – caso dos Correios (EBCT), que já fazem isso -, ou o acesso de fácil manuseio aos computadores com sistemas amigáveis e auto-explicativos (*friendly softwares*) - o sistema da Receita Federal para a Declaração do Imposto

de Renda é relativamente amigável, não fossem as alíquotas e o leão tão faminto por humanos...

Mas, como foi que a gestão das organizações tornou-se tão desumana? Tudo começou no início do século XX, quando se passava de um modo de organização de produção agrícola-artesanal para o industrial. Mecanizou-se, padronizou-se, rotinizou-se e burocratizou-se a organização da incipiente produção fabril, a tal ponto que mecanizaram-se o próprio trabalho humano e, como consequência, o homem; esse viu-se obrigado a adaptar-se à máquina, e não o contrário. Os princípios mecanicistas passaram a moldar o pensamento humano e a própria sociedade (MORGAN, 1993).

O pensamento mecânico deu origem a instituições planejadas e operadas como máquinas, cujo exemplo mais característico é a organização burocrática. Os fundamentos dessa visão repousam na neutralidade da técnica; na negação da existência de conflitos e jogos de interesses; no formalismo e rotinização; na transformação do ser humano dentro da organização em uma peça padronizada e, portanto, facilmente descartável e substituível.

Max Weber, um dos grandes estudiosos da burocracia, aponta para o fato de que esta se constitui em uma forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, o formalismo, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, através da divisão de tarefas, supervisão hierárquica, regras e regulamentos. Dentro da tipologia weberiana de dominação, esse seria o modelo de legitimação do poder denominado racional-legal, porque baseado em procedimentos formais, na estrutura hierárquico-funcional e no aparato administrativo (KEINERT, 2000).

Assim, quando um médico pergunta para a enfermeira como está o joelho do 16 (o joelho do Pedro, paciente idoso, do quarto 16), podemos ter certeza que o hospital mecanizou-se e burocratizou-se a ponto de virar uma fábrica... ou linha de montagem... humanizada? ■

Referências Bibliográficas

- KEINERT, T. M. M. (2000) “Administração Pública no Brasil: Crise e Mudança de Paradigmas”, FAPESP/Annablume, São Paulo.
KEINERT, T. M. M. e KARRUZ, A. P. (2002) “Qualidade de Vida: Observatórios, Experiências e Metodologias”, FAPESP/Annablume, São Paulo.
MORGAN, Gareth (1993) *Images of Organizations*. Sage, London.

¹ Administradora, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde, Pós-Doutora em Gestão da Qualidade de Vida na UT-Austin (EUA)

No limiar entre o homem e o inseto

Marisa Fefferman¹

Na sociedade do capitalismo globalizado, observa-se o recrudescimento da tendência totalitária em virtude do acirramento da contradição própria de um desenvolvimento tecnológico atrelado à reprodução da miséria e das desigualdades sociais. Nesse mundo tecnologicado, o progresso conduz à legitimação da intolerância através da padronização e valorização de condutas sociais calcadas no binômio superioridade-inferioridade. Um mercado voraz, que tende a combinar altos índices econômicos com elevados índices de marginalização de indivíduos da atividade produtiva organizada, desta forma *excluindo-os* da vida da sociedade, concorre simultaneamente para a desestruturação de laços comunitários e para o desenvolvimento de outros processos, como a delinqüência e a violência. O resultado é que a dimensão do 'outro' desaparece. A perspectiva de uma vida em comunidade e dos propósitos humanos se deterioram no conjunto da vida social.

Nestas condições, diz Crochik (1997; 45) a frieza é "componente necessário para suportarmos os resultados dos conflitos sociais, expressos no contigente expressivo de miseráveis, na negação do alívio da dor para muitos que não têm acesso à saúde, na contínua eliminação da dignidade humana que deve ser ofertada ao preço do mercado, na resignação a uma vida cujo sentido é continuamente expropriado pelos meios de comunicação de massa, na humilhação cotidiana de se ser continuamente enganado".

Por outro lado, a indústria cultural molda mentalidades, massifica os sujeitos, tornando-os passivos e acomodados frente a essa realidade. A prevalência da razão instrumental reduz o entendimento do mundo a algumas poucas e restritas categorias. O suporte de identificação dos sujeitos está nas prateleiras dos supermercados. O princípio da estandardização guia a indústria cultural e impede a formação de sujeitos autônomos. O indivíduo passa a pensar o mundo em categorias. O "ticket" (ADORNO, 1986) é a esterotipia, é a forma de responder à angústia do desconhecido.

Os indivíduos passam a ser diretamente socializados pela sociedade de consumo, o pensamento submete-se às leis econômicas que regem essas instituições, ao invés de conduzir suas decisões mediadas pela tensão entre as pulsões, a consciência moral e a realidade externa.

Promete-se o que não se pode cumprir. Mais que isso: impede-se a reflexão sobre a frustração do desejo.

A subjetividade é, assim, deglutida pela máquina e a razão individual dissolve-se na lógica da razão instrumental. Do indivíduo autônomo, capaz de transformar a realidade que o circunda, resta apenas vaga lembrança. Determina-se uma maneira de agir desgarrada de valores éticos, produzindo formas inéditas de desamparo, em que a violência perpassa quase todas as relações sociais. Os ideais, hoje, são autocentrados e a ordem social conduz necessariamente os sujeitos e os grupos sociais para o pólo narcísico de sua estrutura simbólica.

Dessa forma, no processo de individuação a diferença e alteridade são imediatamente transformadas em signos hierárquicos infalíveis de superioridade e inferioridade. A intolerância se funda na impossibilidade de convívio do sujeito e do grupo social com a diferença do outro. O sujeito, não podendo suportar qualquer diferença racial, étnica, estética, política ou religiosa, atua no sentido de invalidar e anular a diferença; a violência passa a ser o desenlace inevitável.

A constituição da subjetividade não preserva a mediação entre desejos e proibições; isto é, devido à escassez de modelos fortes de identificação, a formação do Ego é frágil. Os modelos de identificação são substituídos por outros modelos cujos contatos são rápidos e superficiais, quando não indiretos, através dos meios de comunicação. Perde-se com o enfraquecimento do ego a possibilidade do confronto entre os modelos de identificação, que permite a diferenciação individual. Assim, não é mais possível opor-se ao poder, mas somente identificar-se com ele. O superego é orientado, de uma forma exagerada, por agências sociais: não há mediação entre indivíduo e cultura.

Em "Psicologia das massas e análise do eu", Freud afirma que é através da identificação de modelos variados dos membros de um grupo que podem ser representados por um líder ou por idéias, que o indivíduo constrói seu ideal de ego. Todavia, quando a relação com "o ideal do ego" se enfraquece, ocorre o mesmo com os vínculos sociais: a identificação com o ideal é ameaçada e pode-se ter como conseqüência a barbárie.

A atualidade social não nos oferece possibilidade de experiências. Assimilam-se passivamente os conceitos. Padronizam-se hábitos, comportamentos e pensamentos.

¹ Psicóloga do Instituto de Saúde, doutoranda do Instituto de Psicologia da USP.

Assim, a fusão de necessidades objetivas e subjetivas, da não-diferenciação e da não- individualidade, produz a subjetividade atual.

A fragmentação da subjetividade surge como uma nova forma de subjetivação, que enfatiza a exterioridade e o autocentramento - cultura do narcisismo (LASH, 1990) e pela sociedade do espetáculo (DEBORD, 1997) - e é desinvestida das trocas inter-humanas. Configura-se dessa maneira um cenário fértil para a explosão da violência.

A violência literalmente 'toma corpo'. O sujeito produzido pela cultura de massa, na ausência de projetos sociais compartilhados, encara o outro apenas como objeto. Nas situações de violência concreta, os princípios fundamentais do direito à vida e à interdição da morte não estão garantidos.

Na sociedade brasileira, em face da desigualdade social, a violência assume diferentes feições: crime organizado, guerra do tráfico, arrastões. Além desse tipo de violência, deparamo-nos a todo instante com "microcenos" de violência: humilhações e discriminação impingidas às crianças, aos negros, às mulheres, aos homossexuais e marginalizados em geral. Essa violência sistêmica subverte os valores da cidadania e corrói o domínio da lei. Isso se expressa na solidão e no medo diante de uma sociedade sentida como perigosa e hostil.

É necessário, portanto, um pólo legislador entre a cultura e o indivíduo, capaz de garantir uma rede simbólica que lhe ofereça segurança mínima, que possibilite a constituição de um projeto identificatório, caso contrário a relação entre o indivíduo e a cultura culminará num colapso (BIRMAN, 1994).

Como pensar na construção da subjetividade em uma sociedade que tem na violência sua forma "natural" de agir?

A naturalização da violência nos torna impotentes para lidar com a realidade. Os indivíduos, destituídos de força no agir, não vislumbram a capacidade de modificarem a si próprios e ao mundo que os rodeia. A ameaça do medo constante gera conseqüências: a ausência de solidariedade humana, a indiferença para com a miséria e a tolerância com a corrupção e a impunidade. A banalização da violência intensifica a sua precipitação.

A violência* se opõe à ética, na medida em que a ética pressupõe o sujeito racional, voluntário, livre e responsável: não considerá-lo a partir destes pressupostos é tratá-lo como coisa. Vive-se, portanto, um processo de 'coisificação' dos sujeitos numa sociedade reificada.

Torna-se imperativo repensar as condições éticas das relações sociais existentes e o risco de que se considerem racionais as atitudes e convicções que vão de encontro aos interesses básicos do homem, ou seja, a preservação da própria vida.

Não podemos nos contentar simplesmente em constatar a atual realidade e afirmar que a espontaneidade da humanização foi substituída pela cega aceitação de uma condição sub-humana. Como diz Adorno (1941:

48): "Mesmo a crença de que hoje o povo reage como insetos e está degenerado em meros centros de reflexos socialmente condicionados, é apenas aparente. Pelo contrário, a espontaneidade é consumida pelo tremendo esforço que cada indivíduo tem de fazer para aceitar o que lhe é imposto. (...) Para se transformar em um inseto, o homem precisa daquela energia que eventualmente poderia efetuar a sua transformação em homem."

É nessa brecha, nessa energia, que temos a obrigação de estar atentos.■

Referências Bibliográficas

- ADORNO, T.& HORKHEIMER, M., "Dialética do esclarecimento", tradução de Guido Antonio de Almeida, Rio de Janeiro, Jorge Zahar editor, 1986.
- ADORNO, T. *Sobre a Música Popular*- Reproduzido de Adorno T.W. & Simpson, G. On popular music. In: Horkheimer, Max, ed. Studies in Philosophy and social science. Nova York, Institute of Social Research, 1941. v.IX, p.17-48.
- BIRMAN, J. *Psicanálise Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro, Editora Zahar, 1994.
- CHAUÍ, M. S. *Participando do debate sobre a mulher e a violência*. Perspectivas antropológicas da Mulher. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.
- CROCHIK, J.L. *PRECONCEITO – indivíduo e sociedade*. São Paulo, Ed. Probel, 1997.
- DEBORD, G.. *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro. Ed. Contraponto. 1997.
- LASH, C. *O Mínimo Eu - Sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo. Ed. Brasiliense, 1990.



* Segundo Chauí (1985), Violência vem do latim 'vis', força, e significa: 1 - tudo que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser; 2 - Todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3 - todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por um sociedade (é violar); 4 - Todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém como uma sociedade define como justas ou como um direito; 5 - Conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais, definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror.

Sobre a humanização da saúde.

Notas críticas e contribuição ao debate

Carlos Botazzo¹

Introdução

Tornou-se usual nos últimos anos expressar a necessidade de “humanizar” os serviços de saúde no âmbito do SUS e fora dele. Não há prática profissional nem estabelecimento que tenha permanecido isento do comentário acerca das carências das equipes ou dos consultantes. A observação sensível das práticas de saúde seguramente indicou que as práticas profissionais deixavam a desejar, seja quanto à competência diagnóstico-terapêutica, seja na esfera da relação paciente-profissional.

Igualmente, vêm sendo objeto de comentário o acesso aos serviços, o nível do atendimento, acesso a informação, a fármacos, a vagas nos ambulatórios de especialidades e consultas de excelência. Parte deste material foi extensamente produzido nos últimos anos, e emergiu com a força da novidade imprevisível, destas que chegam com vontade de permanência.

A ninguém ocorreria defender práticas “não humanas” na produção do cuidado em saúde. Não deixa de ser curioso, no entanto, as flutuações conceituais e terminológicas que cercam a discussão, no presente estágio. Parece-me, por isso, adequado organizar, e com a brevidade que este espaço permite, a reflexão crítica em torno do tema. Tomarei alguns elementos “históricos” e “filosóficos” que me parecem passíveis de serem enquadrados na dimensão conceitual e prática que o tema sugere.

As reflexões acerca das instituições de saúde

Não é novidade a crítica às instituições de saúde. Desde a década de 1960, na escala mundial dos movimentos de contra-cultura, observa-se a produção regular de trabalhos que tomam os serviços de saúde e sobretudo a instituição médica como foco da discussão. Berlinguer, Franco Basaglia e Rotelli criticam a psiquiatria, Foucault, Illich, García e Polack, cada um a seu modo, criticam a instituição médica e as instituições totais. No Brasil, um forte movimento contra-hegemônico, que se organiza desde meados da década de 1970, toma para si não apenas a tarefa de *criticar* mas sobretudo a de *transformar*. O conjunto desta movimentação, isto é fato conhecido, acabará por realizar a Reforma Sanitária Brasileira (boto com maiúsculas para diferenciar da Reforma Italiana). A lista de participantes é extensa, mas valia dar destaque a Sérgio Arouca, Cecília Donnangelo e David Capistrano, os quais representam,

orgulhosamente, os mortos e os vivos. Todos esses autores, brasileiros e estrangeiros, tomaram ou o materialismo histórico-dialético ou a fenomenologia como pano de fundo para organizar a crítica às relações entre Capitalismo e Saúde e, decorrentemente, as questões do poder, a relação de subalternidade do proletariado por relação aos serviços, às políticas e aos programas de saúde, a questão do controle do Estado sobre a Sociedade etc. Da extensa produção teórica derivada, é possível deduzir a fragmentação do homem e sua reificação.

O que seria o homem reificado? É o homem tornado coisa (do latim RES). Para os autores, incluindo Marx, a condição de dominação sob o Capital implica a existência de práticas de alienação, isto é, de *separação* do homem da sua natureza social, fonte originária do humano, o que significa separação do homem dele mesmo. Reduzido à condição de mercadoria (força de trabalho), acabam os homens relacionando-se antes com objetos produzidos, e numa escala tal que todas as relações sociais aparecem como relação entre coisas. Nesta ótica, importa efetivamente o que pode ser produzido e consumido, portanto, o que pode ser trocado (comprado e vendido). Nem mesmo os afetos e as emoções escapariam a esta lógica do Capital, para muitos a base estruturada do adoecimento coletivo, pois a economia do Capital seria, antes, a economia da morte e da destruição. Nesta lógica é que se incluiriam as práticas de saúde. Por isso, é legítimo ainda hoje perguntar a velha pergunta: seria a saúde uma mercadoria?

Efeitos de superfície

Como diz Rubens Adorno, a sociologia contemporânea gerou 2 posições distintas: 1) a que vê sujeitos sem estruturas; 2) a que vê estruturas sem sujeitos. A primeira tornou as estruturas apenas “aparências” ou meros reflexos imponderáveis; a segunda, afirmaria a primazia da estrutura, os sujeitos é que seriam “aparências”. Althusser – corretamente -, numa posição que serviu de justificção a muitos desmandos prático-teóricos, afirmava não haver o sujeito da ciência, pois a ciência não é produtora de sujeitos, papel que compete à Ideologia. Polêmicas à parte, o fato é que se instalou no pensamento contemporâneo a idéia de *vontade*,

¹ Pesquisador científico do Instituto de Saúde. Professor do Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa, SES-SP

sobretudo da década de 1990 para cá. Há pessoas na sociedade, tão somente, e as pessoas podem. E podem, se desejam. Esse exagerado *poder fenomênico*, digamos assim, repousa numa concepção rasa de sociedade, da qual se retirou as classes e os grupos sociais, os conflitos entre os homens e as contradições do existir. Tudo o que ocorre de errado ou equivocado na sociedade seria devido ao fato de não se ter encontrado a pessoa certa para atuar na hora certa. Pessoa certa é pessoa dotada de vontade. Se não há essa vontade, ela pode ser instalada mediante certos procedimentos. Assim, decorrentemente, não há o Sistema Único de Saúde, há profissionais que atuam no SUS; não há a Medicina como instituição, há o Médico; assim como, do mesmo modo, não há a Economia Política, mas há o Economista. Dá no mesmo quando falamos da Ciência, responsável, nesta ótica, por todas as mazelas contemporâneas (racismo, objetivismo, dominação, racionalismo, ateísmo, ocidentalismo, machismo etc), porque entende-se que o mal reside no Conhecimento Científico (e no Cientista) e não nas estruturas de dominação política e Ideológica. Por não ver estruturas (vivas) e em atuação na sociedade, nem compreender o mundo da Política, esse pensamento não apreende a reprodução da ordem institucional, isto é, a reprodução das estruturas de poder e os mecanismos que a garantem, e é por este motivo que a Ciência e o Cientista não podem ser neutros. Se não são neutros, se acham eivados pelas contradições do existir, e tão preñhes de cultura quanto quaisquer outros sujeitos.

A violência das instituições

Seria em meio a esses deslocamentos todos que melhor se poderiam pensar as práticas de saúde e, junto, o trabalho do trabalhador. Para Gastão Wagner, dá para também serem pensados o Campo de Concentração e o Médico. Nada me parece tão deshumanizado quanto o Campo de Concentração. E, no entanto, não foram homens aos quais lhes faltasse “humanidade” que construíram o Campo mas, antes, foram homens que souberam propor e fizeram acontecer a política violenta do genocídio. Se falamos “campo de concentração” nos assustamos; porque sabemos que o Campo conseguiu objetivar todas as formas dispersas de violência, a sua forma sintética (nela podendo caber todas as demais), é por esta expressão de totalidade que nos assustamos, é porque ela expressa possibilidades políticas de atuação. Mas se há um Médico que ajudou a construir um Campo, pode haver outro Médico *dentro* do Campo. A qual deles atribuiríamos o papel de representar a Medicina? Por isso, discutir a relação instituições-violência pode ser útil, pois nada seria mais “humanizado” que essas formas de violência, sociais todas, institucionais todas, produzidas e produtoras de política e de cultura. E isto, definitivamente, não são coisas da Natureza.

Aqui residiria o ponto de inflexão desses raciocínios,

pois as práticas de humanização não considerariam a Violência em geral, isto é, em todas as suas formas, mas somente a Violência Pública (distinta da violência doméstica, por exemplo, que interessaria a outros sujeitos). É neste ponto, exatamente, que precisamos recolocar em cena políticas e serviços de saúde. Se concordamos que profissionais de saúde devem ter “sensibilidade”, devemos exigir que, antes, a organização onde atuam seja sensível. É possível organizar serviços com base em preceitos éticos, mas não podemos esquecer a dimensão tecnicista do ensino, calcada no consumo tecnológico e na reprodução alienada das relações sociais. Mas, sobretudo, não devemos esquecer que se acham em plena vigência políticas de pacificação social que visam a práticas de conformismo, o que implica toda ordem de discriminação no aparelho de saúde: limitações ao acesso e aos benefícios do conhecimento, a mercantilização da saúde e o fato, determinante, de que as políticas de saúde em vigência subalternizam a massa da população trabalhadora, do que são evidências os planos de saúde e os convênios privados. O monopólio estatal no uso da força, finalmente, não significa apenas a atuação da polícia e do exército, mas a atuação sutil (às vezes pouco sutil) dos dispositivos de controle social contidos nos serviços de saúde, pois estes são, inequivocamente, Aparelhos de Estado. ■

Referências Bibliográficas

- ADORNO RCF. Sociologia: um ensaio de introdução ao seu campo e a algumas de suas vertentes. In: Botazzo C e Freitas SFT (Orgs.). Ciências sociais e saúde bucal. Questões e perspectivas. São Paulo: Unesp/Edusc; 1999, p. 105-26.
- ALTHUSSER L. Ideologia e aparelhos ideológicos de estado (notas para uma investigação). In: Zizek S (Org.). Um mapa da ideologia. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996, p.105-42.
- BASAGLIA F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- Berlinguer G. Psiquiatria e poder. Belo Horizonte: Interlivros; 1976.
- CAMPOS GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991.
- DONNANGELO MCF. e Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
- ELIAS N. O processo civilizador. Uma história dos costumes. 1 volume. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1990.
- FOUCAULT M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
- FOUCAULT M. Vigiar e punir. História da violência nas prisões. Petrópolis; Vozes; 1991.
- NEIBURG F. O naciocentrismo das ciências sociais e as formas de conceituar a violência política e os processos de politização da vida social. In: Waizbort L (Org.). Dossiê Norbert Elias. São Paulo: Edusp; 2001, p. 38-62.
- ROTELLI F et al. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
- ZIZEK S. O espectro da ideologia. In: Zizek S (Org.). Um mapa da ideologia. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996, p.7-38.

Humanização da assistência ao recém-nascido: o papel das políticas públicas.

Sonia Isoyama Venancio¹
Rui de Paiva²

O nascimento é um fenômeno natural e fisiológico e constitui-se em um momento único, marcado por um profundo significado para a mulher e o bebê.

Em meados do século XX ocorreu a transição do parto domiciliar para o parto hospitalar e, com isso, houve a incorporação de novas tecnologias e de um grande número de intervenções nesse processo (na maioria das vezes desnecessárias), inspiradas em um paradigma assistencial que privilegia a tecnologia e a impessoalidade.

Em relação ao parto, esse tipo de concepção levou a um aumento expressivo e injustificável das taxas de cesárea. No tocante ao recém-nascido, esse paradigma teve como conseqüências a separação de mães e bebês após o nascimento, a realização de uma série de intervenções (como a aspiração de vias aéreas superiores, que se tornou “rotina” em muitos serviços) e a alimentação precoce dos bebês com leites artificiais.

Com o surgimento da Neonatologia, especialidade pediátrica voltada aos cuidados intensivos de recém-nascidos, essa visão “medicalizada” do nascimento tendeu a se exacerbar, sendo que muitos procedimentos indicados para bebês com patologias passaram a ser adotados também para bebês saudáveis.

Desde então, vários estudos publicados apontam a necessidade de se reorganizar o sistema de trabalho nas maternidades. De especial influência foi o conceito de vínculo, introduzido por Klaus e Kennell (1982), hoje reconhecido em todo o mundo.

Atualmente, os movimentos pela humanização da assistência ao nascimento e parto, existentes em várias partes do mundo, têm como aliados as evidências científicas favoráveis à não separação entre mãe e bebê após o nascimento, à permanência em alojamento conjunto e à promoção do aleitamento materno nas maternidades (OMS, 2001).

A humanização da assistência ao nascimento e parto pode ser vista, nesse contexto, como uma proposta de resgate de valores afetivos e sociais na assistência, evitando-se o uso abusivo de intervenções e tecnologias e utilizando-se as evidências científicas como norteadoras das condutas.

Em relação à assistência ao recém-nascido, merece destaque o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, no final da década de 80 (OMS, 1989),

que, ao propor a implantação dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (Quadro 1) em todas as maternidades, disponibilizou instrumento para uma verdadeira revolução na assistência aos recém-nascidos saudáveis.

Porém, a IHAC não dá conta de outra mudança imprescindível, a da assistência prestada aos recém-nascidos doentes, que necessitam de cuidados intensivos e por vezes ficam longos períodos internados, privados do contato com suas mães e alimentados com leites artificiais. Levin (1999) bem sinalizou esse fato, propondo inclusive uma “Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado”.

O Método Mãe Canguru, adotado inicialmente na Colômbia por falta de recursos, especialmente incubadoras, hoje é adotado em vários países desenvolvidos, com a perspectiva de propiciar maior contato entre mãe e bebê e promover a amamentação.

Muito já se conquistou em relação à humanização da assistência ao recém-nascido. Colaboraram para isso a sociedade – através de movimentos organizados -, os pesquisadores - divulgando evidências científicas - e os organismos internacionais, como o UNICEF e OMS, com suas recomendações.

Porém, sente-se ainda a necessidade de tornar a assistência humanizada acessível a toda população e, para que isso ocorra, é fundamental o papel dos formuladores de políticas.

O Ministério da Saúde foi signatário da Declaração de *Innocenti* (WHO, 1991), juntamente com outros países, assumindo dessa forma o compromisso de implementar a IHAC como uma política nacional. Desde 1992, quando foi lançada a IHAC no Brasil, mais de 200 hospitais foram credenciados, sendo que o Estado de São Paulo conta atualmente com 25 Hospitais Amigos da Criança. Além disso, preocupado em encontrar uma metodologia de abordagem perinatal que tivesse como foco a humanização da assistência, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru (BRASIL, 2002).

Esses foram passos importantes para a humanização da assistência ao recém-nascido no âmbito do sistema

¹ Médica, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

² Pediatra, Sanitarista e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde.

de saúde. Porém, frente ao processo de descentralização das ações, preconizado pelo SUS, é necessário que essa definição política aconteça igualmente nas demais esferas de governo, para tornar viável a implementação de tais estratégias. Somente com o envolvimento efetivo dos gestores dos níveis federal, estadual e municipal essas propostas serão adotadas de forma universal nos serviços de saúde, garantindo o direito da população à assistência humanizada.

Não falta desejo da sociedade e de trabalhadores de saúde, não faltam evidências científicas que apontem para a necessidade de humanização da assistência ao recém-nascido, estratégias já foram definidas para que isso aconteça. Falta, “simplesmente”, fazer acontecer...■

Referências bibliográficas

- KLAUS HM, KENNEL JH. Parent-infant bonding. 2nd ed. St Louis: CV Mosby, 1982
- OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Brasília: OPAS, 2001.
- OMS. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de saúde. Genebra, 1989
- LEVIN A. Neonatal Humanization Care Initiative. Acta Paediatr; 88: 353-5, 1999.
- WHO. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Ecol. Food Nutr., 26: 271-3, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru. Manual do Curso. Brasília, MS, 2002.

Quadro 1. Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

| | |
|-----------------|--|
| PASSO 1 | Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida à equipe de cuidados de saúde. |
| PASSO 2 | Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma. |
| PASSO 3 | Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento. |
| PASSO 4 | Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia-hora após o nascimento. |
| PASSO 5 | Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos. |
| PASSO 6 | Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico. |
| PASSO 7 | Praticar alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia. |
| PASSO 8 | Encorajar o aleitamento sob livre demanda. |
| PASSO 9 | Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio. |
| PASSO 10 | Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta hospitalar. |

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1989

O Método Mãe Canguru como proposta de humanização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais

Ana Júlia Colameo¹

O Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como “pele-a-pele”, tem-se mostrado vantajoso na literatura científica, quando comparado ao atendimento convencional, porque melhora o controle térmico do recém-nascido, estabiliza mais precocemente as suas funções vitais, tais como a oxigenação e os ritmos cardíaco e respiratório, aumenta o bem-estar e diminui o choro do bebê, melhora o seu crescimento e ganho ponderal, estimula e aumenta a duração da amamentação, facilita o estabelecimento do vínculo afetivo entre a mãe e seu filho, aumenta a competência e a confiança dos pais nos cuidados e no manuseio de seu filho prematuro, melhora o relacionamento da família com a equipe de saúde, diminui a infecção hospitalar, a morbidade e a mortalidade intra-hospitalar, diminui o tempo de permanência hospitalar e aumenta a rotatividade dos leitos de UTI neonatal, além de ser mais econômico. Esses benefícios transcendem a saúde dos bebês, englobando suas famílias e as instituições especializadas no atendimento intensivo neonatal.

Apesar dessas vantagens, alguns trabalhos têm mostrado a resistência dos profissionais, predominantemente médicos e enfermeiras, em aderir ao método, possivelmente porque o MMC é visto muito claramente como uma contraposição ao modelo convencional de atendimento neonatal, já que permite e incentiva a presença constante dos pais em todas as dependências onde o bebê é atendido, seja na unidade de terapia intensiva ou no alojamento conjunto, estimulando a sua participação no tratamento e nos cuidados ao bebê. Essa participação efetiva dá aos pais “voz e voto” nas tomadas de decisão da equipe em relação aos muitos e vários procedimentos realizados nos recém-nascidos de baixo peso (RNBP), como coletas para exames, respeito ao sono, estimulação, alimentação e até mesmo alta hospitalar.

Quando o atendimento aos RNBP é olhado sob o ponto-de-vista dos “Direitos Humanos”, percebemos o quanto a medicina Neonatal exercida de modo tradicional tem pecado, em nome da alta tecnologia de sobrevivência, quando afasta o recém-nascido de seus pais e família, seus representantes de direito, seu núcleo de afeto e de

reconhecimento social.

A aceitação dessa intromissão nos direitos do indivíduo doente, e de seus representantes, nessa área altamente especializada significa uma profunda transformação cultural no exercício do saber e do poder médico, que exige da equipe um tempo de reflexão e, do poder público, uma estratégia de incentivo à implantação.

Em seu livro *Humanização das Relações Assistenciais: A Formação do Profissional de Saúde*, Nogueira Martins conclui que “para alcançar, a longo prazo, a meta da humanização das relações assistenciais, o enfoque na formação do profissional é fundamental” e termina: “convém finalmente salientar que toda e qualquer medida profilática envolve um processo de conscientização, com tentativa de modificação de atitudes. Este processo costuma ser demorado e doloroso. As resistências não são pequenas e com frequência crescem ao longo do processo” (NOGUEIRA MARTINS, 2001: 118).

No Brasil, o Método Mãe Canguru foi adotado como uma política nacional chamada de *Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru*, em 1999. Foi elaborada para ser desenvolvida em 3 etapas:

1ª Etapa: Humanização da UTI Neonatal (MMC Precoce). Período em que um RNBP está sob internação na Unidade Neonatal.

Nessa etapa os pais são incentivados a manter um contato tátil com o bebê para facilitar o desenvolvimento do vínculo afetivo e têm livre acesso à UTI neonatal.

A mãe é orientada para manter a lactação com extração de seu leite através da ordenha manual. Quando a alimentação por sonda é necessária, é administrada pela mãe. O recém-nascido é colocado em “posição canguru” (pele-a-pele) assim que mostre estabilidade clínica. Além da presença da família, alguns cuidados ambientais também são observados, como o controle da luz e dos ruídos, o respeito ao sono, a manutenção do bebê em um “ninho” de modo que permaneça contido e organizado, além de rotinas de procedimentos invasivos mínimos;

¹ Pediatra Neonatologista, Médica do Instituto de Saúde, Conselheira em amamentação pela OMS/UNICEF.

2ª Etapa: Alojamento conjunto canguru (MMC Estável)

Período quando o RNBP clinicamente estável já pode ficar em alojamento conjunto com sua mãe no ambiente hospitalar. Nessa etapa a mãe e seu bebê permanecem no alojamento conjunto e em posição canguru 24h por dia, de modo que os cuidados com o recém-nascido sejam progressivamente assumidos pela mãe. Nesse período a amamentação é estimulada e apoiada. Durante sua permanência a mãe realiza pequenas tarefas ou atividades de lazer. A família é convidada a apoiar a mãe e a participar do método. A equipe de profissionais e a família começam a discutir os preparos para a alta hospitalar;

3ª Etapa: MMC Ambulatorial

Período após a alta hospitalar quando o RNBP é mantido no MMC em casa, com retornos periódicos freqüentes.

Nessa etapa os pais são orientados a manter o MMC em casa, com ajuda da família. Devem realizar retornos ambulatoriais freqüentes para o controle do crescimento e desenvolvimento do bebê e seu encaminhamento aos especialistas.

Visitas domiciliares também são realizadas na medida da necessidade. A alta do MMC é dada após 2500g, quando o RNBP é encaminhado à rede básica de saúde.

Pensando na formação dos profissionais, em 1999, o Ministério da Saúde criou pólos de capacitação distribuídos pelo país, para proporcionar às equipes multidisciplinares, dos hospitais com atendimento intensivo neonatal, o "Curso da Atenção Humanizada ao RNBP – Método Canguru". Este treinamento conta com cerca de

20 horas teóricas e 20 horas de atividades práticas, sendo de caráter intra-hospitalar. O curso tem por objetivo capacitar os profissionais na utilização do MMC, segundo a norma do Ministério da Saúde, para implantá-lo nos diferentes níveis de complexidade da atenção neonatal. Está subdividido em seis módulos: 1- Políticas de saúde; 2- Aspectos psico-afetivos; 3- Aspectos biológicos; 4- Cuidados com o recém-nascido de baixo peso; 5- Seguimento ambulatorial e 6- Avaliação do MMC.

O Estado de São Paulo tornou o MMC uma política estadual de saúde em 2001, quando o regulamentou sob o nome de "Normas de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso no Estado de São Paulo – Método Canguru", iniciando o processo de implantação.

No momento, outubro de 2003, São Paulo conta com cerca de 350 profissionais treinados, de 50 hospitais da rede SUS com leitos neonatais e 3 centros de capacitação: o Hospital Geral de Itapeverica da Serra, o Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo e o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Os treinamentos são oferecidos para equipes multidisciplinares que lidam com RNBP e estão abertos para os hospitais interessados em todo Estado.

Vale a pena conhecer, vale a pena refletir, vale a pena implantar. ■

Referência Bibliográfica

NOGUEIRA MARTINS, M C F – Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.



A inclusão da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso

Tereza Setsuko Toma¹

O enfrentamento das dificuldades devidas a falta de recursos no setor saúde da Colômbia levou seus médicos, na segunda metade da década de setenta, a adotar medidas inusitadas, como a de colocar até três bebês dentro de uma mesma incubadora, o que resultou em muitas mortes por infecção cruzada. Em 1979, O Drs. Rey e Martinez, do Hospital San Juan de Dios, da cidade de Bogotá, tiveram a idéia de aproveitar o próprio corpo das mães para aquecer seus bebês de baixo peso/prematuros. O UNICEF e seus consultores, felizmente, conseguiram enxergar nessa última modalidade de atenção, a qual passou a ser chamada como Mãe Canguru, vantagens que iam além da questão de sobrevivência em países pobres. Hoje em dia, pesquisas realizadas em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento apontam que essa forma de atenção ao bebê prematuro é segura, vantajosa e viável.

No Brasil, diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo estabelecem parâmetros para garantir a segurança na implementação do Método Mãe Canguru (MMC)*.

Um dos grandes benefícios do MMC é que a participação efetiva da família no cuidado desses bebês, desde o início da vida, favorece a criação e o fortalecimento do vínculo afetivo e eleva a auto-confiança das mães, o que pode contribuir para uma melhor qualidade de vida dessas crianças no futuro. Entretanto, considerando a tradição autoritária dos serviços públicos nas suas relações com as classes populares, nunca é demais chamar a atenção para o cuidado de não substituir as iniciativas familiares, mas sim caminhar no sentido do seu fortalecimento.

Em 2001-2002 realizamos um estudo qualitativo, que teve como objetivo aumentar a compreensão sobre a influência das condições hospitalares e da organização familiar sobre a prática do MMC* * . Foram realizadas entrevistas com 14 mulheres e sete homens participantes do Programa Canguru, do Hospital Geral de Itapeverica da Serra (SP). Os depoimentos dos entrevistados apontam o processo de decisão para a prática do MMC como um complexo que depende não só da vontade da mãe, mas também do apoio de sua rede familiar e de uma equipe de saúde compreensiva. Embora as mães percebam a importância do método para a recuperação de seus filhos, os dilemas e as dificuldades pessoais e de ordem familiar podem impedi-las de participar efetivamente do programa. Por exemplo, nosso estudo mostra que há grande participação das famílias no apoio à mãe canguru, particularmente de sua mãe (a avó do bebê), mas seria

interessante realizar estudos semelhantes em outras regiões, onde o comportamento dos grupos familiares podem ser diversos. Apresentamos a seguir alguns aspectos que se mostram mais ou menos propícios à realização do MMC, considerando-se que os dilemas e dificuldades podem vir a ser melhor explorados se as fases hospitalar e domiciliar forem vistas separadamente.

Fase hospitalar:

- Mães de primeiro filho têm mais disponibilidade para participar, desde que não se sintam pressionadas a dar conta de suas tarefas domésticas. Portanto, companheiros compreensivos e o apoio da rede familiar no cuidado da casa são de grande ajuda;
- Os pais, em geral, fazem o pele-a-pele quando visitam a criança. Se estão empregados, pode-se esperar sua participação após a saída do trabalho, nos dias de folga e finais de semana. É possível que um ou outro participe mais efetivamente se o seu trabalho permitir um horário bastante flexível. De qualquer forma, a presença regular e o apoio afetivo do pai podem ajudar as mulheres a enfrentar essa etapa com mais facilidade;
- A existência de outros filhos é fator que dificulta a participação da mulher, mesmo quando a rede familiar é continente. A permissão para entrada dos irmãos na Unidade Neonatal, assim como a liberdade para que as mulheres possam ir a suas residências e voltar ao hospital, podem ser medidas importantes para maior adesão ao programa;
- Gravidez indesejada e perda do bebê em gravidez anterior podem afetar a disponibilidade da mulher para o estabelecimento de vínculo com a nova criança. É necessário estar atento a essas situações e contar com profissional capaz de lidar com elas;
- Filhos gêmeos de baixo peso exigem apoio redobrado da equipe e dos familiares. A participação constante de outro membro da família permitiria mais tempo para descanso dessas mães;
- O preparo para manter a produção de leite e a amamentação exigem grande disposição das mulheres, particularmente quando os bebês são muito pequenos e no caso de gêmeos;
- Conforto e atividades recreativas podem ser muito úteis para as mulheres cujos bebês permanecerão por longo período internados.

¹ Médica pediatra, com mestrado em saúde pública, coordenadora do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde.

Fase domiciliar:

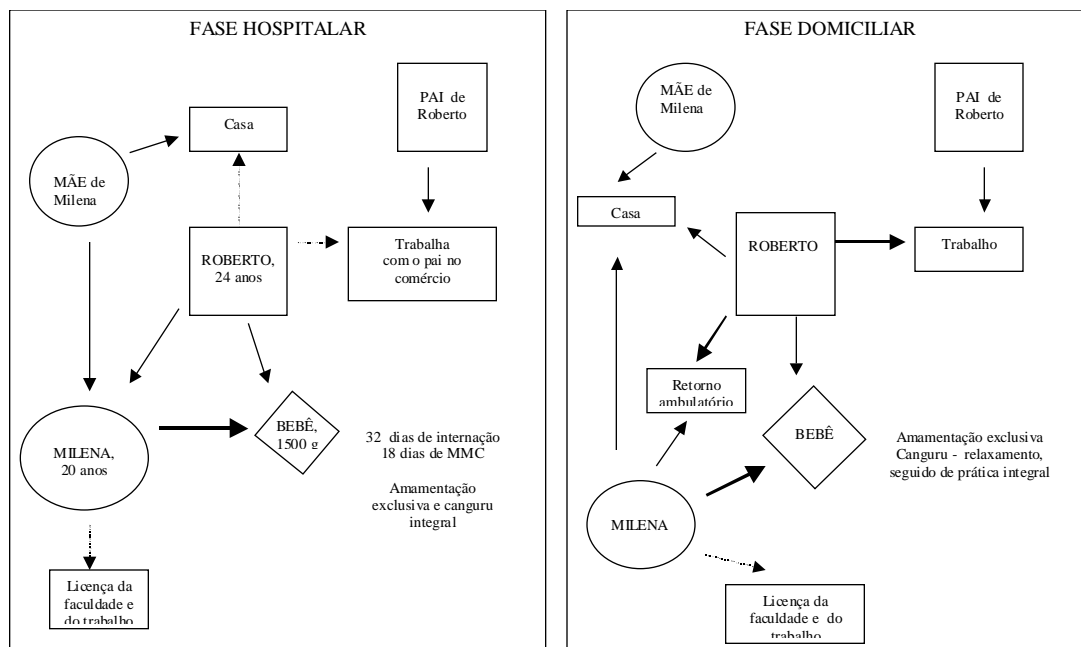
- Se a criança recebeu alta hospitalar, a tendência é a família achar que ela está bem e haver um relaxamento quanto a seguir todas as recomendações dadas pelo serviço. Por isso, é importante um bom acompanhamento ambulatorial. Atenção cuidadosa deve ser dada aos bebês que receberam alta com pesos mais baixos;
- Em casa, mais do que no hospital, é importante que todas as tarefas possam ser compartilhadas de acordo com o desejo da mãe. Nem sempre, o que ela quer é que alguém cuide da casa para que ela possa ficar todo o tempo com o bebê. Exceto a amamentação, os demais cuidados podem ser feitos igualmente por outras pessoas adequadamente orientadas;
- Outros filhos continuarão sendo motivo de dificuldade para a mãe em casa, em particular se ainda não estiverem freqüentando a escola;
- Não se deve idealizar a prática do canguru. As mães podem não se sentir seguras em realizar tarefas na cozinha com o bebê em posição canguru;
- A participação efetiva do pai ou de outro membro da família para manter a posição canguru durante a noite é fator muito importante, desde que respeitada a vontade da mãe. No caso de gêmeos, isso é ainda

mais evidente para que a mãe não fique sobrecarregada. Entretanto, nem todas as mulheres se sentem seguras em deixar seus companheiros dormirem com os bebês em posição canguru.

No hospital onde o estudo foi realizado chama a atenção o alto grau de adesão das famílias ao programa. O sucesso parece depender particularmente da capacidade de conhecer as possibilidades e limitações de cada família e de, em conjunto com elas, construir o caminho mais propício ao desenvolvimento de suas habilidades em cuidar do bebê de baixo peso ao nascer. Esse trabalho com as famílias pode parecer complexo demais para as equipes interessadas em utilizar o Método Mãe Canguru. Por outro lado, vale a pena refletir sobre o que tem ocorrido com os bebês e suas famílias no modelo convencional de atenção, no qual ao atingir 2000 gramas as crianças são consideradas “aptas para alta”, sendo, entretanto, verdadeiros desconhecidos para seus pais.

Na Figura 1 expressamos o esquema de um casal que representa um modelo bastante favorável à prática do MMC. Observa-se que a rede familiar de apoio atuou de acordo com a necessidade do casal para o cuidado ao bebê nas fases hospitalar e domiciliar. ■

Figura 1. Milena e Roberto - fatores intervenientes no processo de decisão sobre a prática do MMC no hospital e em casa. (Modelo favorável à prática do MMC: companheiro participativo, apoio da rede familiar de ambos os lados)



* D.O.E. Poder Executivo, Seção I, São Paulo, 111 (138), 25/07/2001, p.20. Resolução-SS 84, de 24-7-2001 Aprova as “Normas de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) no Estado de São Paulo” como as rotinas básicas adotadas para o credenciamento no método no Estado de São Paulo e dá outras providências correlatas

** Projeto realizado com apoio financeiro do NEPO/UNICAMP e Instituto de Saúde.

O direito a acompanhante no parto*

Sonia Nussenzeig Hotimsky¹
Daphne Rattner²

Até meados do século passado, as mulheres eram acompanhadas por outras pessoas durante o parto na maioria das sociedades e culturas. No entanto, as formas de acompanhamento têm variado segundo o contexto social e histórico, sendo moduladas a partir de diferentes valores culturais.

Foi apenas com o advento do parto hospitalar que a mulher passou a ser afastada do seu meio e de seus entes queridos durante esse evento. Nesse ambiente, muitas mulheres passaram a associar a vivência do parto ao sentimento de isolamento e abandono. Diversas pesquisas indicam que a ausência de suporte emocional interfere na fisiologia do parto.

Por outro lado, evidências científicas assinalam que a presença de acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. A presença de acompanhante aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual de cesáreas, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia/anestesia e de ocitocina (para apressar o parto) e o tempo de hospitalização dos recém-nascidos.

Essas evidências levaram a Organização Mundial de Saúde a recomendar a presença de acompanhante no parto, na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto, em 1985, e também inspiraram a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) a iniciar uma campanha pelo direito a um acompanhante de sua escolha. A primeira iniciativa realizada no Brasil com o intuito de garantir o direito ao acompanhante ocorreu no Rio de Janeiro, quando a Secretaria Municipal de Saúde, através da Resolução nº 667, de 20/10/98, garantiu o direito a acompanhante nas oito maternidades municipais. Em São Paulo, uma campanha foi lançada em maio de 2000, e conta com o apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo, entre outros.

Inicialmente, o objetivo dessa campanha era dar visibilidade à lei em vigor no estado de São Paulo, que já assegura esse direito às parturientes paulistas, e trabalhar em prol de sua implementação. Trata-se da lei 10.241, de 1999, que é de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia (PT-SP) e refere-se aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde. A campanha vem se ampliando em âmbito nacional e membros da ReHuNa, juntamente com seus aliados, passaram a apresentar projetos de lei em seus estados, de tal modo que atualmente também em Santa Catarina a parturiente tem direito a acompanhante de sua escolha. Há projetos de leis tramitando no Rio Grande do Sul, no Paraná, no Espírito

Santo e em Recife. Recentemente (novembro de 2003) foi aprovada lei que faculta às gestantes de Goiânia a presença de acompanhante de sua escolha. No Senado Federal há projeto de lei proposto pela senadora Ideli Salvatti, (PT-SC) e em setembro de 2003 foi realizada audiência na Comissão de Saúde, com a participação de integrantes da ReHuNa.

No âmbito internacional, essa demanda é hoje considerada um direito relativo ao parto e nascimento e sua incorporação à Iniciativa Maternidade Segura (OMS) vem sendo pleiteada. O isolamento e abandono da mulher na hora do parto são considerados uma manifestação de violência institucional e uma violação do direito humano de não ser submetida/o a tortura ou a tratamentos cruéis e degradantes.

No Brasil, o Ministério da Saúde também vem se mostrando sensível a esse tema e atualmente reconhece o direito da gestante a acompanhamento durante o trabalho de parto por pessoa de sua escolha. Porém, a despeito dos avanços, a maioria das brasileiras continua desacompanhada nesse evento.

É preciso, portanto, ampliar os esforços visando garantir esse direito em todos os estados e municípios, bem como no nível nacional. Ao mesmo tempo é de fundamental importância reconhecer que cabe à mulher o direito de escolha de seu(s) acompanhante(s), pois é a ela que cabe determinar quem pode melhor lhe prover o suporte emocional de que necessita. Como indicam alguns estudos, há entre os membros das camadas populares urbanas e das camadas médias uma demanda social pela presença de acompanhante no parto. Cabe ressaltar que, nos serviços em que é permitida a entrada em cena desse “novo personagem”, têm-se verificado que os padrões de acompanhamento são diversificados, sendo esse papel desempenhado por maridos, amigas e/ou parentes do sexo feminino e que há diversos sentidos que sua presença pode adquirir para os participantes desse evento. Assim, o pleno exercício da diversidade de escolhas com relação ao acompanhamento, inclusive a opção por estar desacompanhada, é um dos aspectos fundamentais do reconhecimento deste direito reprodutivo. ■

¹ Antropóloga, ex-integrante da coordenação estadual da ReHuNa/SP, mestre pela Faculdade de Saúde Pública-USP.

² Médica sanitária, epidemiologista com doutorado na Universidade da Carolina do Norte, EUA, pesquisadora do Instituto de Saúde.

* Cópia autorizada e atualizada da publicação de mesmo nome, de Sonia N. Hotimsky, no Dossiê Humanização do Parto/ Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002.

A Contribuição da Doula

Marisa Telles de Menezes Ferreira da Rocha¹
Renata Beltrão²

Até o início do século vinte, as mulheres aprendiam em casa sobre o parto, com as mães e irmãs; o parto domiciliar favorecia a participação da família. Num ambiente conhecido, a presença de parteiras dava conforto e estímulo em todo o trabalho de parto e nascimento, estendendo-se ao período do pós-parto.

Os progressos científicos, que aumentaram a segurança dos cuidados e melhoraram os resultados do binômio mãe-bebê, foram também responsáveis pelo distanciamento da família no processo do nascimento. Com a hospitalização do parto, a mulher recebeu muitos benefícios, mas a saída do âmbito familiar acabou por introduzir intervenções, muitas vezes desnecessárias. As novas técnicas rapidamente se transformaram em rotina aparentemente indispensável. E o distanciamento da família gerou problemas para os quais se procurou melhores resultados psicossociais, sem entretanto dispensar a tecnologia. A importância de promover o vínculo precocemente, o que determina o futuro relacionamento familiar, reconhecendo-se que uma vivência positiva do parto perdura por toda a vida da mulher, casal e família, favoreceu a procura de meios de humanizar o atendimento ao parto e nascimento.

A serenidade e a sabedoria alcançadas no curso de gerações passadas dificilmente são obtidas pelo concurso da alta tecnologia da obstetrícia moderna. Parece residir aí a necessidade que levou ao surgimento de uma atividade profissional que resgatasse a maneira como o nascimento era vivenciado outrora e que, ao mesmo tempo, tivesse trânsito facilitado no mundo da obstetrícia atual. O surgimento da doula como profissional da área de saúde vem ao encontro, também, das recomendações da OMS para um parto respeitoso.

Doula é uma palavra que ainda não consta dos dicionários brasileiros de língua portuguesa. Mas, no plano internacional, denomina uma mulher que está presente no trabalho de parto, parto e pós-parto de outra mulher e que a ajuda nesse momento. É uma palavra de origem grega que significa 'aquela que serve', ou aquela que ajuda a dona da casa durante o resguardo. Seu uso contemporâneo define aquela que acompanha o parto.

As mulheres sempre se prepararam para o nascimento de seus filhos. O nascimento de cada bebê é único e a forma como acontece deixa marcas indelévels na saúde física e emocional da mulher, seu filho e família. A doula tem uma enorme responsabilidade na memória que o casal terá do nascimento de seu filho. Apesar de as mulheres terem sempre buscado apoio em outras mulheres no trabalho de parto, a profissão de doula é relativamente

nova e está crescendo rapidamente. Existem hoje, nos EUA e Canadá, mais de dez mil doulas trabalhando, além de diversas associações profissionais que estão procurando definir as suas categorias existentes. No Brasil, em 2003, foi fundada a Associação Nacional de Doulas – ANDO. De suma importância para a credibilidade da profissão, oferece seleção, treinamento e certificação profissional e regula, através de um código de ética e normas de conduta, o exercício profissional. O treinamento prioriza as necessidades emocionais das mulheres em trabalho de parto, bem como a adoção de medidas não-médicas de apoio físico e conforto emocional. Para conceder a certificação, a maioria dos programas requisita experiência na assistência ao parto ou na sua preparação, ou, ainda, observação de algumas aulas de preparação para o parto. Também são requisitos para a certificação: um curso de treinamento de doula, leituras de apoio e um exame escrito ou uma monografia que demonstre entendimento integral dos conceitos de apoio ao parto. Avaliações positivas realizadas pelas clientes, médicos, enfermeiras e parteiras também são necessárias.

O notório grupo científico da Cochrane Collaboration's Pregnancy and Childbirth Group, em Oxford, após a análise de numerosos estudos científicos de apoio no trabalho de parto, declarou: "Devido aos claros benefícios e nenhum risco conhecido associado ao apoio intra-parto, todos os esforços devem ser feitos para assegurar que todas as mulheres em trabalho de parto recebam apoio, não apenas de pessoas próximas mas também de acompanhantes especialmente treinadas. Este apoio deve incluir presença constante, fornecimento de conforto e encorajamento" (HODNETT et al, 2003).

Tanto os resultados obstétricos como os psicológicos, investigados pelas pesquisas, demonstraram os benefícios da presença da doula. Outros trabalhos investigaram os resultados pós-parto e concluíram que a presença contínua da Doula contribuiu para resultados mais positivos, nas quatro a oito semanas após o parto, do que em partos que não tiveram a sua participação. Observaram-se: melhor índice de amamentação, melhor interação mãe-bebê, diminuição da proporção de

(continua no box da pg. 29)

¹ Psicóloga, Doula, Especialista em Saúde Perinatal.

² Pedagoga, Doula, Educadora Perinatal, Especialista em Saúde Perinatal.

Maternidade do Hospital Universitário: Humanizando a Assistência

Marcos Leite dos Santos¹

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina implantou em outubro de 1995 sua Maternidade, que tem como filosofia a humanização da assistência à mãe, ao bebê e à família. Subordina-se a prestação de serviços ao papel educativo da instituição, transferindo informações e educando a população, contribuindo, assim, para a criação de uma cultura de saúde.

A interdisciplinaridade é também um princípio que norteia a filosofia da maternidade, o que permite o envolvimento de profissionais de diversas áreas do conhecimento: médicos obstetras, neonatologistas e anestesistas; equipe de enfermagem; psicóloga; nutricionista e assistente social. Estes profissionais perspectivam uma atitude interdisciplinar que leva ao reconhecimento dos limites do seu saber, para acolher as contribuições das outras profissões, numa complementaridade que visa a substituir a “separação” por uma “convergência”, a fim de alcançar objetivos comuns, como uma alternativa na busca de equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora, “entre a especialização e o saber geral, entre o saber especializado do cientista e o saber do filósofo.”

Essas premissas de humanização do atendimento e interdisciplinaridade se expressam enquanto prática, através de uma série de condutas e atividades que buscam dar conta de diversos aspectos relacionados com o parto, o nascimento e a saúde. Assim, quando se permite à parturiente que tenha o acompanhante que desejar desde a internação até a alta, ou quando se possibilita ao recém-nascido entrar em contato pele-a-pele com sua mãe, sendo amamentado logo após o parto, na presença do pai, está sendo propiciado um momento extremamente rico de integração, onde os laços afetivos tendem a se estreitar, num ambiente natural e de referência mútua para aqueles que o estão vivenciando.

O incentivo à prática do aleitamento materno consolidou-se como aspecto importante presente em todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde. Sabemos que o desmame precoce é uma realidade mundial e suas causas são muito complexas, envolvendo desde a atitude dos profissionais de saúde até questões sócio-culturais mais amplas. A conscientização e a participação dos

serviços de saúde e da comunidade em geral nesta luta são imprescindíveis.

Atividades desenvolvidas

O atendimento humanizado e voltado à família norteia todos os trabalhos desenvolvidos na maternidade do HU, sendo que cada um deles possui projeto com objetivos e metodologia específica, como veremos abaixo.

Após passarem (a mulher e o acompanhante de sua escolha) pelo setor de triagem obstétrica, onde é feita a internação (rotinas como tricotomia e enteroclise foram abolidas) e iniciado o processo de informação sobre parto, aleitamento, etc., os dois são acolhidos no Centro Obstétrico, onde o trabalho de parto e o parto se desenvolvem — a presença do acompanhante não somente é garantida, como estimulada.

Durante o trabalho de parto, a gestante é incentivada a deambular, contando para isto com: área específica, com barra de sustentação, bola de Bobbat e banco desenhado especialmente para este período; ajuda do acompanhante e/ou dos profissionais de saúde; estimula-se o banho morno e massagens com o intuito de amenizar a dor. A

mulher é convidada a conhecer as salas de parto, onde é apresentada a cadeira para parto verticalizado, ou de cócoras — técnica que vem paulatinamente ganhando mais adeptos, tanto na população assistida como entre os profissionais de saúde.

Aproveita-se este momento para reforçar as informações obtidas no pré-natal, conversa-se sobre o parto e incentiva-se a presença do acompanhante no momento do nascimento, mesmo sendo o parto cesáreo.

O parto, acompanhado por obstetra ou enfermeira obstétrica, é realizado de acordo com a vontade da mulher, em ambiente cirúrgico ou no leito de pré-parto, com todos os recursos de segurança, mas com cuidados para amenizar a frieza do local. As paredes são pintadas de azul claro, há apliques de peixes e cavalos-marinhos lembrando o fundo do mar. Quando possível toma-se cuidado com luz e ruídos desnecessários — mantendo o ambiente na penumbra. A mulher tem o direito de optar

“Os sentimentos são contraditórios. Uma imensa felicidade, plenitude, satisfação em poder atuar junto às mulheres/famílias, ser ‘porta de entrada’ de um novo ser neste mundo. Contribuir com o ensino/aprendizado. Por outro lado me entristece muito ‘ainda’, a forma como as mulheres são assistidas, a forma como os profissionais concebem o parto/nascimento e o modelo de assistência vigente”

Enfermeira Obstetra Dionice

¹ Obstetra da Maternidade do HU-UFSC; integrante da Coordenação Nacional da ReHuNa

pelo parto horizontal ou vertical. As intervenções como uso rotineiro de ocitocina e episiotomia vêm sendo paulatinamente substituídas por uma política de uso mais restrito, adotando-as somente quando indicadas clinicamente.

No parto de cócoras o acompanhante é estimulado a participar mais ativamente, eventualmente se colocando por trás da gestante, auxiliando-a na posição sustentada e dando-lhe apoio e carinho.

A assistência prestada por enfermeira obstetra encontra-se plenamente incorporada pelo serviço, apesar de ter inicialmente encontrado resistência, principalmente por parte dos estudantes de medicina. Hoje, esses mesmos estudantes são orientados pelas enfermeiras e em sua maioria aceitam muito bem esta orientação, entendendo a importância e a efetividade deste tipo de cuidado.

Imediatamente após o nascimento, mesmo na cesariana, o recém-nato é entregue à mulher – atitude que incentiva o aleitamento precoce e facilita o apego.

Após o parto e de uma breve estada na sala de recuperação, o trio é encaminhado ao Alojamento Conjunto, onde ficam instalados até a alta hospitalar. Aproveita-se esta estadia — 48 horas no parto normal e 72 horas na cesariana — para fornecer informações, demonstrar os cuidados básicos com o recém-nato, estimular e promover o aleitamento materno.

As mães que obtiveram alta, cujos bebês estiverem internados na UTI-Neonatal, ocupam o “Hotelzinho” da maternidade, o que permite o reforço da amamentação e o vínculo afetivo entre ambos.

Na UTI-Neonatal não somente se permite a presença dos pais, sem imposição de horários ou tempo de permanência, como ela é incentivada, tornando o casal membro ativo da equipe que presta cuidados ao RN.

Em 14 de junho de 1996 iniciou-se o Projeto Mãe Canguru. Desenvolvido com os bebês prematuros, consiste no contato pele-a-pele destes com a mãe, proporcionando vantagens referentes ao desenvolvimento físico e psicoafetivo, além de aumentar e manter a produção do leite materno. A maternidade hoje é centro de referência e divulgação do cuidado Mãe Canguru para toda a região sul do país.

Além destas atividades a maternidade conta com a Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM), Grupo de Gestantes e/ou Casais, Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre e Grupos de Sala de Espera.

Todos os projetos acima mencionados estão sendo desenvolvidos mediante processo de discussão entre os profissionais da equipe interdisciplinar que, com a proposta metodológica de assistir e educar, também estão, concomitantemente, passando por um processo educativo.

Dessa forma estamos contribuindo para o fortalecimento de uma nova aliança entre as categorias profissionais envolvidas na assistência ao parto e nascimento, que possuem objetivo comum, porém papéis diferenciados, acreditando que conseguiremos evoluir para um modelo de atenção ao parto e nascimento onde a vida poderá florescer e os seres humanos poderão viver no cuidado de uns para com os outros, irradiando justiça, celebrando e perpetuando a paz desde sempre buscada! ■

Continuação da pg. 27

depressão pós-parto, ansiedade e baixa auto-estima e maior satisfação com a experiência do parto. Estudos de meta-análise revelaram: redução do uso de analgesia, em 35% dos partos; diminuição de aceleração de parto com ocitocina, em 71%; diminuição do uso de fórceps, em 57%; redução de cesarianas, em 51%; redução da duração do trabalho de parto, em média, em 98 minutos.

Devido à ausência de registros brasileiros sobre parto com doulas, comparações com o quadro internacional não poderiam ser realizadas, o que motivou nossa pesquisa “A Satisfação com o parto em mulheres com preparação para o parto que receberam o cuidado de uma doula”. Três grupos de 30 mulheres cada foram estudados: o primeiro realizou preparação para o parto (recebeu informações sobre gravidez, parto e puerpério, métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor, posições de conforto, amamentação e cuidados com o bebê), mas

não teve o apoio de uma doula. O segundo grupo participou de cursos de preparação para o parto e contou com a presença da doula no trabalho de parto e nascimento. O terceiro grupo - o controle - **não** realizou nenhuma forma de preparação para o parto, **nem** contou com a presença de doula. Os resultados obtidos, bastante conclusivos, confirmaram os resultados alcançados pelas pesquisas estrangeiras, evidenciando o diferencial que a prática das doulas apresenta frente ao procedimento obstétrico da medicina convencional. ■

Referências Bibliográficas

HODNETT ED, GATES S, HOFMEYR GJ & SAKALA C. “Continuous support for women during childbirth” (Cochrane Review) In the Cochrane Review Manager 4.2.2 (23/07/2003) Issue 3, 2003. (http://www.maternitywise.org/pdfs/continuous_support.pdf).

Interface entre qualidade e humanização na assistência a partos e nascimentos

Corintio Mariani Neto¹

O Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB) é uma instituição pública tradicional em assistência, ensino e pesquisa na área da saúde da mulher e do recém-nascido. Ultimamente, vem investindo na implantação de ações voltadas à qualidade e humanização dos serviços. Essa história recente começa com a busca de um modelo de gestão apto a lidar com o potencial intelectual que a *Casa Maternal* sempre possuiu e, ao mesmo tempo, elevar o seu padrão administrativo. Em outras palavras, corrigir o descompasso entre a administração e a área técnica (em especial, o corpo clínico) altamente capacitada para o cumprimento de sua missão.

Em 1991, o HMLMB inscreve-se no Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), patrocinado pela Associação Paulista de Medicina e pelo CREMESP. Com o programa vieram as primeiras ações, muitas delas hoje entendidas como de humanização. Um exemplo é o plantão controlador regional da mulher, único remanescente dos cinco criados pela SES. Com uma resolubilidade beirando os 100% para o baixo e médio risco, conseguiu eliminar (na região) a verdadeira desumanidade representada pela romaria das gestantes em busca de uma vaga no serviço público, por ocasião do parto. Podemos citar também o time de Atendimento ao Usuário, criado com o objetivo de resolver conflitos pontuais e transmitir à direção do hospital as melhorias necessárias, segundo a visão de sua clientela, pessoalmente ou através de caixa de sugestões.

A conquista do selo do CQH, em 1994, sacramentou nossa opção por um atendimento humanizado e com qualidade. O selo trouxe também a motivação para a implantação de novos paradigmas, sempre visando a melhor assistência e fundamentados nas melhores evidências científicas. Foi assim que buscamos e implantamos os modelos de Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura. Os requisitos para que conseguíssemos tais titulações (em 2000 e 2001, respectivamente) proporcionaram um avanço considerável para a concretização das ações humanizadas no hospital. Muitas barreiras, especialmente culturais, tiveram que ser vencidas para implantar, por exemplo, a presença do(a) acompanhante no momento do parto, um direito previsto em lei para todas as parturientes.

Numa instituição quase sexagenária, a incorporação de novas rotinas e a eliminação de outras já cristalizadas representam enormes desafios, que muitas vezes parecem intransponíveis. Assim, cada nova ação introduzida na rotina do HMLMB só aconteceu graças ao envolvimento da alta direção da unidade e ao trabalho integrado de duas comissões específicas (Gestão da Qualidade e Humanização da Assistência), em conjunto com a Educação Continuada de Enfermagem e a Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

O início do voluntariado no hospital, há dois anos, dinamizou ainda mais esse trabalho, uma vez que esse grupo estimula e auxilia a aproximação entre pacientes e profissionais de saúde, apontando ainda alguns pontos de estrangulamento, muitas vezes camuflados pelo caráter técnico do atendimento prestado.

As voluntárias são senhoras leigas que atuam em vários setores; entretanto, é a atividade no Centro Obstétrico que melhor exemplifica o seu caráter humanitário. Além de atender e manter uma sala específica para os acompanhantes, acolhem as parturientes, através de atitudes como olhares receptivos, sorrisos tranquilizadores, palavras de encorajamento, toques carinhosos e massagens relaxadoras que, ao complementar os procedimentos obstétricos, caracterizam o verdadeiro sentido do parto e do nascimento humanizados.

Sabemos que não há novidade ou particularidade nesses processos. Mas é preciso lembrar que todas essas ações se iniciaram numa época em que a palavra qualidade estava muito distante do setor de serviços (e mais relacionada ao setor produtivo da economia), quando, inclusive, não se demonstrava maior preocupação com ações humanizadas. Nesse sentido, o HMLMB manteve sua tradição de pioneirismo em muitas das atividades hoje disseminadas em tantas unidades hospitalares; basta lembrar que nosso sistema de alojamento conjunto foi implantado ainda na década de 70.

A melhoria da assistência é um desafio constante, especialmente no serviço público. Por isso o trabalho continua sempre visando o atendimento humanizado e com qualidade. Outros programas já implantados incluem organização do recém-nascido* prematuro, coleta domiciliar do leite humano, pré-natal personalizado, pré-consulta de enfermagem, entrega do registro civil de nascimento, acolhimento jurídico às usuárias, só para citar alguns. Nossos próximos passos se dirigem para a criação de boxes individuais no pré-parto e a implementação do Centro de Parto Normal. São novos desafios que esperamos concretizar muito em breve. ■

¹ Médico tocoginecologista, Mestre (FMUSP) e Doutor (Unicamp) em Medicina, Diretor Técnico e Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (SES) e Presidente da Comissão Nacional de Aleitamento Materno da FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia).

* O termo "organização do recém-nascido" expressa um conjunto de medidas visando a humanização da assistência ao RN prematuro e/ou de baixo peso, particularmente os internados em UTI. Entre elas, estão: minimização do ruído dos respiradores, monitores, bombas de infusão, etc.; instalação de "cortina" na incubadora, para que o RN permaneça no escuro quando não está sendo manipulado, possa repousar mais tranquilamente e já vá "incorporando" noções de noite e dia; instalação de "ninho" na incubadora, para fornecer maior aconchego. Tais atitudes objetivam promover o desenvolvimento interrompido pela prematuridade.

Humanização da assistência ao parto e nascimento – desafios na implantação de uma política estratégica

Maria Cristina Boaretto¹

José Mendes Ribeiro²

Kátia Maria Netto Ratto³

Rosa Maria Soares Madeira Domingues⁴

Marcos Augusto Bastos Dias⁵

A noção de humanização vem sendo utilizada em várias áreas do conhecimento humano, como Educação, Trabalho e Saúde. Na área da saúde, ações ligadas a este conceito ganharam relevância nas últimas décadas, até mesmo enquanto instrumento terapêutico na assistência hospitalar, principalmente de bebês e crianças.

Na assistência ao parto e nascimento, a política voltada para a humanização foi se constituindo a partir de fatos importantes na sua modelagem. Em 1985, a OMS, baseada em estudos de epidemiologia clínica, publica recomendações sobre o uso apropriado de tecnologia na assistência pré-natal, parto e nascimento, condena o uso excessivo de intervenções e recomenda uma abordagem que combine elementos dos modelos médico e social no cuidado à saúde (OMS, 1985). O Ministério da Saúde formula, no início da década de 1980, a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a participação ativa do movimento de mulheres (MS, 1984). A década de 1990 é marcada pelos processos de municipalização em todo o país, que conferiram maior autonomia e status decisório aos municípios, favorecendo iniciativas locais criativas. Nesse período, o Ministério da Saúde regulamenta várias ações com estrutura de incentivos voltadas às questões da humanização. São publicadas portarias que favorecem e incentivam práticas menos intervencionistas, culminando com a criação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, no ano 2000 (MS, 2000).

No Rio de Janeiro, com o aumento da participação da Secretaria Municipal de Saúde na assistência obstétrica, no início da década de 1990, devido à municipalização de várias maternidades federais, e a partir de um diagnóstico da assistência perinatal que demonstrou que o atendimento era excessivamente medicalizado e produzia resultados perinatais insatisfatórios, iniciou-se uma política de humanização do parto e nascimento, que teve como marco inicial a inauguração da maternidade Leila Diniz. Essa política teve como fundamento resgatar esses eventos como acontecimentos familiares, incluindo a participação de acompanhante de escolha da gestante durante o trabalho de parto e o parto normal; estimular a participação ativa da mulher em todo o processo, resgatando o seu protagonismo no parto e nascimento;

a hierarquização da atenção ao parto, com enfermeiras obstetras prestando assistência aos partos de baixo risco; o uso adequado da tecnologia na assistência; e o incentivo ao aleitamento materno.

Após dez anos do início da implantação dessa política, alguns avanços importantes já são observados (BOARETTO, 2003). Nas maternidades municipais, cerca de 37% das mulheres contam com a presença de acompanhantes familiares nos seus partos. As enfermeiras obstetras já são responsáveis pela atenção aos partos de baixo risco em cinco das nove maternidades municipais, não sendo essa prática observada nas demais maternidades públicas ou contratadas pelo SUS. A realização de alguns procedimentos considerados prejudiciais, como uso rotineiro de ocitócicos, enema e amniotomia precoce, apresentaram baixa frequência, o que pode significar o progressivo abandono dessas práticas nos serviços públicos de saúde.

Por outro lado, outros procedimentos considerados prejudiciais, como uso rotineiro de episiotomia e de cateterização venosa, continuam sendo largamente utilizados, ao passo que práticas reconhecidamente benéficas e que promovem a autonomia da mulher, como o estímulo à deambulação e à mudança de posições, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e realização de parto em posição verticalizada, são ainda incipientes nos serviços estudados.

Entendemos que a implementação dessa política tem um caráter incremental, exigindo um elevado nível de consenso entre dirigentes centrais e locais, bem como a difusão de protocolos clínicos e programáticos novos, que muitas vezes são contrários às práticas cotidianas dos

¹ Médica Sanitarista, mestre em Saúde Pública, Superintendente de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

² Médico, doutor em Saúde Pública, docente da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

³ Médica Pediatra, Sanitarista, mestre em Saúde da criança, Coordenadora de Atendimento Integral à Saúde da SMS/RJ

⁴ Médica Sanitarista, mestre em Saúde Pública, Assessora da Superintendência de Saúde Coletiva da SMS/RJ

⁵ Médico ginecologista-obstetra, mestre em Saúde da Mulher, Gerente do Programa de Saúde da Mulher da SMS/RJ

profissionais e às recomendações dos textos clássicos de obstetrícia, gerando reação e pouca concordância com as inovações, o que acarreta baixa implementação das ações. Devemos ressaltar também que, sendo o parto um evento cultural, as próprias mulheres internalizam o modelo médico e muitas demandam o uso de intervenções, compreendidas como a garantia de um parto seguro e sem dor.

Todos esses fatores contribuem para que o processo de humanização da assistência seja lento, exigindo uma série de estratégias concomitantes. Acreditamos que algumas medidas são fundamentais, como a publicação de portarias e resoluções, que dão o suporte legal para que algumas práticas se concretizem. Este é o caso da resolução municipal que regulamentou a presença do acompanhante nas maternidades municipais e também das portarias ministeriais que normalizaram a assistência por enfermeiras, os centros de parto normal e estabeleceram limites ao parto cesariano.

Outros aspectos importantes são os investimentos nas maternidades, tornando esses ambientes mais acolhedores e propícios à implantação de práticas que visam a humanização da assistência. Espaços amplos para movimentação e deambulação das parturientes e garantia de privacidade para a mulher e acompanhantes são exemplos de características do ambiente a serem buscadas pelos serviços que prestam assistência ao parto e nascimento.

A difusão dos novos protocolos a todos os profissionais, por meio de treinamentos de sensibilização e capacitação, manuais e rotinas escritas, é fundamental para o estabelecimento de uma nova cultura institucional, com ênfase na prestação de uma assistência voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Igualmente, a difusão das informações relacionadas à gestação, parto e nascimento é imprescindível para que as mulheres tenham maior conhecimento sobre o tema, maiores possibilidades de escolha, e maior autonomia e participação nas decisões relacionadas à sua própria gravidez e parto.

Mulheres com mais controle sobre o processo do parto têm experiências mais positivas desse evento, maior nível de satisfação e menor incidência de depressão (GREEN et al, 1998). É fundamental, portanto, que as instituições invistam em estratégias que propiciem uma melhor preparação das mulheres para o parto, buscando estimular uma postura mais ativa, com maior possibilidade de controle, visando melhores resultados, incluindo maior satisfação com a assistência. Acreditamos que resgatar a vivência do processo do parto e nascimento enquanto uma experiência afirmativa pode tornar a mulher mais confiante e empoderada para outras questões de sua vida. É necessário transformar as atuais práticas institucionais impessoais e discriminatórias, incorporando novos conceitos e atitudes que contribuam para a qualidade de vida da população.

Reafirmamos a importância da adequação e atualidade da integralidade como estratégia de organização da assistência, valorizando-se os determinantes sociais dos processos saúde-doença-cuidado e a implementação de estratégias intersetoriais de promoção de saúde. Na busca de uma abordagem da saúde pública que promova a combinação dos modelos médico e social, entendemos que o parto e o nascimento devam ser considerados atos de promoção de saúde e que a maternidade deva ser percebida como um tema importante para o fortalecimento de teorias e práticas de promoção. ■

Referências Bibliográficas

- BOARETTO, M.C., 2003. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- GREEN, J.; COUPLAND, V. & KITZINGER, J., 1998. *Great Expectations – A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth*. England: Books for Midwives Press.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984. *Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA, 2000. *Programa Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1985. Tecnologia apropriada para nascimento e parto. Traduzido por Sonia N. Hotimsky; revisado por Sonia I. Venancio. *The Lancet*, 8452-II: 436-7.



A Humanização da Assistência ao Parto e o Papel das Enfermeiras Obstetras

João Batista Marinho de Castro Lima ¹

A assistência ao parto e ao nascimento tem sofrido constantes mudanças através dos tempos. No passado o nascimento ocorria quase sempre em casa e a mulher era geralmente assistida por parentes, amigas ou parteiras. Com o correr dos anos, as mulheres vieram a ter os seus filhos ou filhas dentro de um hospital e, principalmente em países como o Brasil, os médicos tornaram-se o profissional dominante na assistência ao parto e nascimento.

Se o nascimento no ambiente hospitalar pode contribuir para a diminuição de complicações e mortes de mulheres e crianças que apresentem algum risco, também permite a realização de procedimentos que não necessariamente trazem algum benefício e que muitas vezes podem provocar danos. A gravidez, o parto e o nascimento são considerados como doenças e não como expressões de saúde. A excessiva preocupação com a segurança não leva em consideração os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos nesse momento tão importante na vida das mulheres e suas famílias.

Por tais motivos, há um crescente movimento dentro da sociedade no sentido de modificar tais práticas, surgindo o conceito de parto humanizado: vários procedimentos assistenciais são questionados, principalmente porque trazem desconforto à mulher e também pela ausência de motivos claros para que sejam adotados. Incentiva-se o respeito às características naturais e fisiológicas do nascimento, procurando-se também modificar o ambiente do parto, tornando-o mais aconchegante e com rotinas mais flexíveis, permitindo a participação da família ao lado da mulher, os quais se sentem autorizados a expressar livremente suas angústias, expectativas e preferências.

Nesta concepção, as obstetras e enfermeiras-obstetras desempenham papel importantíssimo. Em vários países do mundo, principalmente na Europa, elas são os profissionais mais importantes na assistência ao parto normal. O profissional de enfermagem, por causa de sua formação educacional e cultural, tem mais facilidade em prestar uma assistência onde predominem valores humanistas, ou seja, compaixão, parceria, relacionamento, solidariedade e carinho. Embora a medicina tenha como base tais valores, os mesmos se perderam dentro do modelo tecnicista predominante nas sociedades ocidentais, dificultando a adoção de práticas mais humanistas de assistência.

Ainda que o papel e o valor das obstetras ou

enfermeiras obstetras seja amplamente reconhecido em muitos países, no Brasil muitas questões têm sido levantadas em relação a sua atuação, principalmente quanto à questão da segurança. Vários estudos têm sido publicados com o objetivo de avaliar a eficácia de programas de assistência ao parto e nascimento normais manejados por obstetras, comparados com a assistência usual. Tais estudos têm demonstrado resultados que as qualificam como profissionais adequados para a assistência, tanto do ponto de vista de complicações, quanto de aspectos relacionados à satisfação das usuárias. As mesmas são capazes de prestar uma assistência segura, com o reconhecimento de complicações e encaminhamento (ou solicitação) de assistência em níveis mais complexos, sem colocar em risco a vida da mulher ou da criança. Ao mesmo tempo podem propiciar um elo importante entre a tecnologia, às vezes necessária, e uma prática onde se valorizam os aspectos humanistas já mencionados.

Baseado na prática de vários países, o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, desde sua fundação há 21 anos, tem como principal profissional na assistência ao parto e nascimento normais a enfermeira-obstetra. O Hospital pratica uma filosofia de cuidados com bases humanistas com os seguintes pilares: a) a valorização da experiência humana; b) a mulher e a família como centros do processo de atenção; c) o fortalecimento da mulher como cidadã, respeitando a sua dignidade; d) o resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento; e) práticas baseadas em evidências científicas; d) custo-eficácia. Nessa filosofia a enfermeira-obstetra exerce papel fundamental devido às características já apontadas.

Durante todo esse tempo a experiência tem nos revelado que sem a participação dedicada, competente, solidária e humana das enfermeiras-obstetras, juntamente com outros membros da equipe, imbuídos dos mesmos valores, incluindo os médicos, não é possível uma assistência de qualidade. Tal assistência deve aliar a arte à ciência e, ajudando a natureza, oferecer à mulher e sua família a oportunidade de vivenciar o nascimento do seu filho ou filha como uma celebração da vida e do amor e repleta de gratificações. ■

¹ Obstetra/Ginecologista, Coordenador de Assistência à Mulher do Hospital Sofia Feldman – BH/MG, Integrante do Conselho Científico-Editorial da ReHuNa.

Humanização do Parto e Nascimento

Anatália Lopes de Oliveira Basile¹

Humanizar é uma palavra que traz consigo o significado de humano; tende parecer óbvio que se trata da assistência entre seres humanos. Entretanto, o Ministério da Saúde define humanização como conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Considera ainda que individualizar a assistência é humanizar o atendimento (MS, 2001).

Quando a mulher é assistida como objeto de estudo, dentro de práticas rotineiras, sendo a patologia mais valorizada, a mulher perde sua individualidade e, conseqüentemente, a assistência deixa de ser humanizada.

O esclarecimento é a base do início do processo de trabalho de parto. A mulher e o seu acompanhante devem ser orientados quanto a condutas e atitudes para que se obtenha o sucesso esperado. Condutas como: esclarecimento da importância do banho de aspersão e imersão, das massagens lombo-sacras, da respiração durante as contrações, do relaxamento após a contração, da mudança de posições, da deambulação, dos exercícios abaixa-e-levanta, da escolha na posição de parto e de sua colaboração, para diminuir a incidência de intervenções desnecessárias e conseqüentemente as iatrogenias (PINTO et al, 2003; PINHEIRO et al, 2000).

Ainda, para o acompanhamento no trabalho de parto, parto e nascimento humanizado se fazem necessários profissionais envolvidos dispostos a esclarecer o andamento do processo, as características de cada fase, o que a mulher poderá sentir em cada uma delas e a importância das contrações no preparo do canal de parto e na remoção do líquido pulmonar fetal (BLOOM & CROPLEY, 1996).

Isso levará à redução do estresse materno e fetal, transformando ansiedade e medo em coragem e confiança. Ficando a mulher cada vez mais à vontade, resultará sua maior participação. Mulheres que tiveram uma boa experiência durante o trabalho de parto e parto estarão em condições de interagir melhor com seus filhos e de vivenciar o aleitamento materno.

Na atualidade, a mulher não tem participado como protagonista no seu parto, já que nossa sociedade está cada vez mais repleta de mulheres que não possuem uma memória a respeito do parto normal. Entre as mulheres que as possuem, na maioria das vezes ela é medicalizada, onde o envolvimento da mulher no processo foi mínimo e não ocorreu um consentimento livre e esclarecido sobre as condutas tomadas.

Nesse contexto, humanizar significa: filosofia institucional, valorização do acompanhante escolhido, utilização de partograma humanizado, com linha de alerta e ação (para melhor visualização da assistência prestada, das condutas a serem adotadas), trabalho em equipe multiprofissional, com enfermeiro obstetra assistindo aos partos normais - por ser profissional mais adequado - e com melhor efetividade do prestador de cuidados de saúde, por ser responsável pela atenção à gestação e ao parto normal, incluindo a avaliação de riscos, reconhecimento de complicações e redução de intervenções como a cirurgia cesariana (BASILE et al, 2002).

A meu ver, esta cirurgia tende a diminuir, não somente pela política de saúde vigente, mas também pela opção feminina de desejar os partos normais, assistidos de forma humanizada, em lugares acolhedores e seguros, como os Centros de Partos Normais (CPN). Tal expectativa é autorizada pela procura, cada vez maior, por hospitais que preconizam a humanização da assistência. É uma expectativa baseada em evidências, como foi a mudança da utilização da fórmula láctea para o aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de vida da criança; como o foi também a mudança da prática rotineira de reanimação neonatal em todos os recém-nascidos para a interação mãe e filho, pele-a-pele, com acompanhamento de neonatologista (BLOOM & CROPLEY, 1996; OMS, 1996).

Os resultados são constatados por dados como: 90% de presença de acompanhante, 10,7% de cirurgias cesarianas e 1,8% fórceps em nulíparas de baixo e alto risco, internadas nos CPN; 26,8% de uso de ocitócitos em nulíparas, 9% de analgesia para alívio da dor, 45% de partos normais, em mulheres com cesária anterior; 6,7% de episiotomia na posição de parto lateral esquerda, quando comparado à posição litotômica, de 26,9%, e recém-nascidos com excelentes índices de Apgar ao nascimento (RAMOS et al, 2002; BASILE, 2001).

Acredito nos resultados também que serão colhidos fora dos hospitais, pois a sociedade que valoriza a forma de nascer de seus filhos possui cidadãos mais comprometidos com a vida do seu semelhante. ■

Referências Bibliográficas

- BASILE ALO. Estudo randomizado controlado entre as posições de parto litotômica e lateral esquerda. [dissertação] São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001. Basile, ALO, Schirmer J, Ribeiro MI. Implantação de um centro de parto normal. Revista Paulista de Enfermagem. 2002; 21(2):175-8.
- BLOOM RS, CROPLEY C. American Heart Association/American Academy of Pediatrics/ Manual de reanimação neonatal/ Sociedade Brasileira de Pediatria. 1996; p.33.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher, Brasília (DF); 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF): OPAS/USAID;1996; p.5. [OMS/SRF/MSM/96.24].
- PINHEIRO, MSB, ARAÚJO NSA, BASILE ALO, RIBAS DRT, ALMEIDA H. A sala de parto e o uso adequado de tecnologia. Cadernos de Saúde Coletiva.2000; v.5:356.
- PINTO CMS, BASILE ALO, SILVA SF, HOGA LAK. Atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. Rev Mineira de Enfermagem.2003; 7(1): 41-7.
- RAMOS, RMP, BASILE ALO. Avaliação do trabalho de parto sem complicações após amniotomia. ACTA Científica Biol. e Saúde. 2002;4(1):35-42.

¹ Enfermeira. Encarregada de Enfermagem CPN do Hospital Geral de Itapeverica da Serra – OSS.

A internet como fonte de informação para usuárias

Ana Cristina Duarte¹

Até há quatro anos, uma gestante que quisesse se informar, por iniciativa própria, sobre gravidez e parto encontraria sérias dificuldades. Quase todos os livros eram traduzidos do inglês, não voltados a expressar o ambiente brasileiro, e os poucos livros nacionais eram raridades nas prateleiras. Na internet havia poucos artigos e nenhum “site” temático.

Porém, em Novembro de 1999, nascia no Brasil a Iniciativa-Mãe, em matéria de comunicação digital: uma lista de discussão sobre parto natural (<http://br.groups.yahoo.com/group/partonatural>). Ali, profissionais e usuárias de todo o país puderam se conhecer, trocar idéias e divulgar o parto natural, as evidências científicas, as recomendações da Organização Mundial da Saúde, bem como discutir as dificuldades e vitórias na humanização do parto.

Quatro usuárias dessa lista, mães que não eram profissionais da saúde, se juntaram para montar um “site” voltado ao tema. Em 2001 nascia o grupo e o site “Amigas do Parto” (<http://www.amigasdoparto.com.br>), que traduzia para a linguagem leiga as questões envolvidas na assistência ao parto, em mais de 200 páginas de informações. Em cerca de 30 meses de funcionamento o “site” recebeu 2000 mensagens, cadastrou 1200 usuárias, recomendou médicos, maternidades, serviços em todo o país. Até hoje o “site” recebe entre 500 e 800 visitantes por dia.

Junto com o “Amigas do Parto” nascia a lista de discussão homônima (<http://br.groups.yahoo.com/group/amigasdoparto>), que recebeu gestantes de todo o país. A lista recebeu mais de 500 usuárias e profissionais de saúde e trocou mais de 35000 mensagens em seus mais de dois anos de funcionamento. Hoje, a lista não troca mais mensagens, mas funciona como um rico banco de dados para pesquisa sobre todos os assuntos ligados a gestação, parto e pós-parto. A lista “Parto Nosso” (<http://br.groups.yahoo.com/group/partonosso>) deu continuidade às discussões. A lista “Materna_SP” (http://br.groups.yahoo.com/group/materna_sp) reúne gestantes de São Paulo para a troca de informações sobre o ciclo perinatal.

Em 2002 nascia mais um “site” temático: “Doulas do Brasil” (<http://www.doulas.com.br>), que tornava acessível ao público leigo e profissional as questões ligadas à assistência leiga ao parto e puerpério, que embora seja recomendada e aceita pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, era ainda completamente desconhecida.

Na onda dos “blogs” (diários digitais), uma mãe, vítima de uma cesárea desnecessária, criou em 2003 o “Blog do Parto Humanizado” (<http://www.partohumanizado.blogspot.com.br>), que recebe milhares de visitas mensalmente para a leitura de artigos, reportagens e comentários de diversas usuárias.

Embora no Brasil as iniciativas ainda sejam modestas, esse meio de comunicação exerce grande influência no exterior. O “site” da “Maternity Wise” (<http://www.maternitywise.org>), por exemplo, oferece um importante livro “online” de evidências científicas e todas as informações sobre Escolha Informada e Medicina Baseada em Evidências.

A Biblioteca Cochrane é a melhor fonte de informação de evidência confiável sobre os efeitos das intervenções em saúde. A Cochrane disponibiliza um “site” - Informed Health OnLine (<http://www.informedhealthonline.org>) - dirigido a usuários, com os resumos das evidências e informações em linguagem leiga. A sessão “Pregnancy and Childbirth” traz as melhores evidências na assistência à gravidez e parto. Apesar de o “site” não disponibilizar o conteúdo em língua portuguesa, é imperdível.

Num país onde a taxa de cesáreas no sistema privado de saúde beira os 80%, a internet representa um imenso avanço para que as mulheres possam se informar em outras fontes, que não apenas seus médicos. Apesar de seu acesso ainda não estar totalmente democratizado, a internet tem as vantagens de ser gratuita, de fácil utilização e ter distribuição geográfica nacional. Se a assistência ao parto no Brasil melhora a passos lentos, as mulheres se informam a passos cada vez mais largos!■



¹ Bióloga, Educadora perinatal e Doula .



Contribuições para a reflexão sobre o processo de humanização no campo da saúde

Sandra Maria Greger Tavares¹

Resenha do livro "Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde" de Maria Cezira Fantini Nogueira Martins - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

O livro trata da formação do profissional de saúde, destacando a relevância da dimensão psicológica no ensino e na prática assistencial. A autora, que é psicóloga e doutora em Distúrbios da Comunicação Humana, apresenta propostas para a humanização no âmbito da formação e do aperfeiçoamento profissional na área da saúde, embasada na experiência que acumulou como docente e pesquisadora.

Elaborada com cuidado e sensibilidade, a presente obra aborda, de forma clara e pontual, questões delicadas e extremamente relevantes, particularmente no que se refere às considerações éticas vinculadas às práticas assistenciais e aos procedimentos de pesquisa em saúde. É leitura fundamental e indispensável para os estudantes e profissionais de saúde, particularmente para os iniciantes e para os docentes que pretendem atuar como mediadores nesse processo de iniciação e/ou de formação continuada, pautados por uma ideologia da humanização.

Em princípio, na introdução, destaca-se a importância da utilização e desenvolvimento da sensibilidade do profissional de saúde para conhecer a realidade do cliente, ouvir suas queixas e encontrar estratégias que facilitem sua aceitação e compreensão da doença. Ressalta-se que essas estratégias devem ir além do suporte técnico-diagnóstico, pois implicam num movimento identificatório dos profissionais com as pessoas que sofrem. Discute-se, então, a questão da ética, da perspectiva da alteridade. Segundo a autora, para que haja preocupação ética, é preciso ver (perceber) o outro. Ela afirma que a preocupação ética e a assistência humanizada devem caminhar juntas. A autora opera, então, uma reconstrução histórica sobre as práticas assistenciais no âmbito da Medicina, desde os princípios hipocráticos até o surgimento da Bioética e suas repercussões transdisciplinares. A partir dessa revisão, é apontada a necessidade de construir ações terapêuticas, tanto do ponto de vista econômico e sócio-político, como do ponto de vista educacional, no sentido de resgatar a perspectiva humanística das relações assistenciais.

O corpo central da obra encontra-se dividido em quatro partes, ou capítulos, que tratam dos seguintes

aspectos: os primeiros atendimentos na área da saúde, os fundamentos de metodologia qualitativa para a pesquisa em saúde, a descrição de um estudo qualitativo sobre primeiros atendimentos em Fonoaudiologia e as medidas psicoprofiláticas visando à humanização na formação profissional em saúde.

As idéias e propostas fundamentais sobre o processo de humanização das relações assistenciais são costuradas ao longo do livro, de vários pontos-de-vista. O tema é abordado em sua complexidade, considerando-se tanto a perspectiva do aluno ou profissional, quanto a perspectiva do pesquisador ou docente na área da saúde.

Os aspectos psicológicos da relação profissional-cliente são descritos em profundidade pela autora. Os conceitos de transferência e contra-transferência, postulados pela teoria psicanalítica, são definidos e contextualizados com relação ao *setting* das relações assistenciais em saúde. Nesse sentido, é discutida a possibilidade de trazer para o campo relacional profissional atual sentimentos e conflitos originários nas relações primárias na infância, tanto por parte do cliente, como por parte do profissional, no caso deste último, quando se tratam de reações aos movimentos afetivos dos clientes. O conceito de *tele*, proveniente da teoria psicodramática, que consiste na possibilidade de sentir e conhecer de modo objetivo o mundo de outras pessoas, é considerado fundamental para o questionamento da sensibilidade cultivável na relação profissional-cliente. São apresentados pela autora modelos de relação profissional-cliente, considerando-se as seguintes características: grau de atividade-passividade, distância psicológica e grau de contato pessoal. A proposta da autora é de objetivar as diferentes possibilidades de relação profissional-cliente na área da saúde.

A questão da comunicação entre profissional-cliente é destacada como fator de conflito que pode interferir na construção da aliança terapêutica e no grau de aderência do cliente ao tratamento de saúde. São descritas formas de comunicação patológica, particularmente aquelas que promovem a desqualificação da própria comunicação ou

¹ Psicóloga, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

da de outro sujeito.

Considerando-se as especificidades da dimensão psicológica, apontadas até então pela autora, pode-se prever o seu impacto na relação estudante-cliente, quando do início da formação profissional do primeiro. Trata-se de uma relação marcada pelas incertezas e ansiedades de um sujeito que oscila entre o papel de aluno e o papel de profissional. Aqui reside uma das principais contribuições desta obra: tecer considerações sobre estratégias de enfrentamento das adversidades encontradas no campo da iniciação às profissões de saúde.

Nesse importante tópico, a autora enfatiza alguns cuidados relativos à realização dos primeiros atendimentos, especificamente nas áreas de Medicina e Fonoaudiologia. Nesses contextos, ressalta a extrema relevância da expressão de sentimentos e emoções por parte dos alunos, que pode ser garantida por uma troca aberta de idéias sobre as situações pessoais relacionadas com o desempenho profissional, que se dá particularmente no ambiente de supervisão dos primeiros atendimentos.

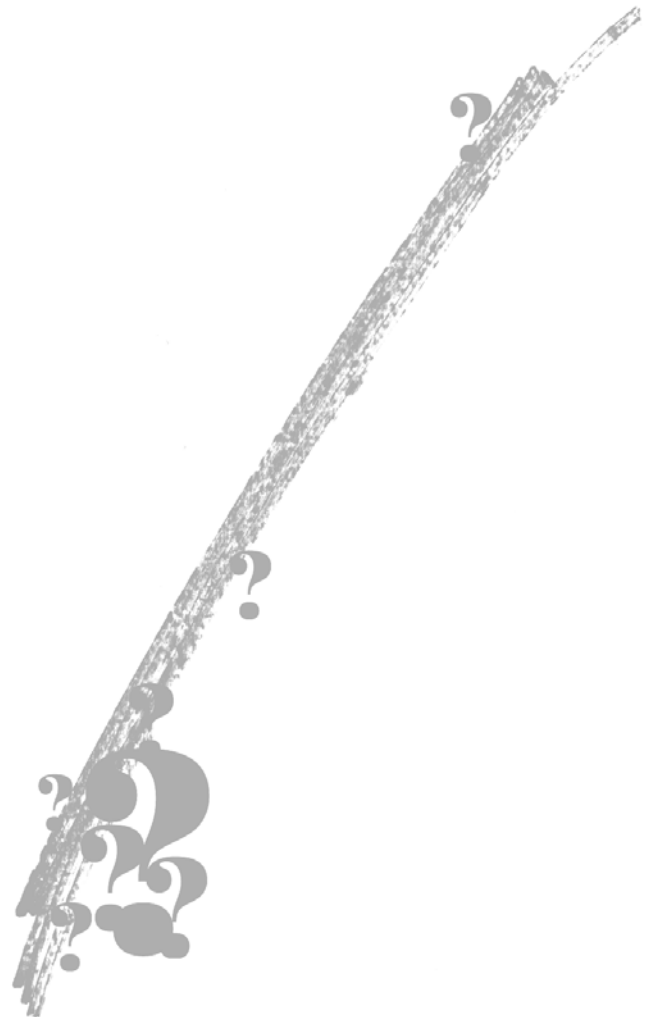
Outro aspecto bastante interessante desenvolvido no livro: trata-se do estudo das especificidades das relações humanas que se constroem no ambiente de pesquisa. A autora traça um paralelo da relação entre pesquisador e pesquisado, na abordagem qualitativa em pesquisa, com a relação assistencial, entre profissional e cliente na área da saúde. Levantam-se as mesmas preocupações quanto às considerações éticas e ao processo de humanização na abordagem crítica dessas relações, na medida em que ambas são consideradas pela autora como um encontro entre pessoas, fundado na intersubjetividade e na reciprocidade.

Finalmente, quais são as estratégias recomendadas pela autora para o aprimoramento do processo de humanização, especificamente no âmbito da formação profissional em saúde?

Em linhas gerais é enfatizada a necessidade de criar condições para que o aluno/profissional possa ser ouvido e compreendido em sua dignidade subjetiva, principalmente nas situações desafiadoras de grupos em que se processa predominantemente a formação profissional. De modo particular, a autora apresenta como recomendações, tanto no que se refere aos alunos-profissionais como aos professores/supervisores, as seguintes estratégias de ensino: implantação de grupos de discussão e reflexão de aspectos emocionais vinculados à tarefa assistencial, inserção de cursos de Psicologia da Saúde adaptados à realidade de cada especialidade, formação de grupos de teatro pedagógico com *roleplaying* sobre o papel profissional, elaboração de cursos teóricos vivenciais sobre a relação profissional-cliente, formação de grupos operativos, realização de oficinas de humanização, programação de atividades de recepção e definição de projetos de extensão universitária, voltados a estudantes no início de seus cursos, inclusão de

conteúdos humanísticos nas grades de formação profissional em saúde e oferecimento de apoio psicopedagógico aos alunos.

A autora conclui e salienta que tais medidas psicoprofiláticas implicam num processo de conscientização e de modificação de atitudes, que certamente mobilizará resistências no seu desenrolar. É certo também que a realização desta obra - a sua própria realização - poderia ser entendida como uma medida psicoprofilática de grande relevância e, ao mesmo tempo, como uma pertinente estratégia para o enfrentamento das resistências. A autora, com certeza, ofereceu-nos, por meio desse livro, importantes contribuições para a ampliação e o fortalecimento de nossos recursos e repertórios na árdua e contínua luta pela humanização na saúde. ■



CUIDAR EM SAÚDE – Experiência no Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública – CIP

Ana Lúcia da Silva¹

Oferecer a disciplina “Cuidar em Saúde” na área de concentração de Saúde Coletiva foi um desafio. A visão do cuidar, na formação profissional específica, precisava ser caracterizada num programa de pós-graduação para o contexto da diversidade profissional. O cuidar não é específico de uma dada profissão, mas comum à especificidade de cada uma. Permeia ações *cuidativas* humanizadas. Todos os profissionais em saúde podem e devem exercer o cuidar verdadeiramente humanizado nas suas atividades profissionais, ou seja, exercer um cuidar sensível, valorizando o ser cuidado.

Vivemos, historicamente, uma época de transição, do período moderno ao pós-moderno, da razão à valorização do homem. Nesse sentido, e tendo como referencial teórico da disciplina a Teoria da Complexidade, de Edgar Morin (1921 -), construímos um conteúdo objetivando proporcionar análise crítico-reflexiva do cuidar em saúde tendo como norteadores os paradigmas moderno e pós-moderno, políticas governamentais e práticas profissionais. O conteúdo, desenvolvido em explanações, vídeos, seminários e na I Mostra de imagens sobre “As diversas faces do cuidar em Saúde” foi: 1. O paradigma da complexidade – aspectos relacionados à saúde-educação; 2. Paradigmas relacionados ao cuidar em saúde: cartesiano, holístico e complexo; 3. Políticas governamentais relacionadas ao cuidar; 4. O cuidar na especificidade de profissionais de saúde; 5. Ações cuidativas em hospitais e na comunidade: asilos, casas de repouso/apoio, home-care).

Entre alunas regulares e especiais, das áreas de concentração de Saúde Coletiva e de Infecções em Saúde Pública, participaram da disciplina, no ano de 2003, pós-graduandas de variada formação: assistente-social, farmacêutico-bioquímica, nutricionistas, enfermeiras, historiadora e musicoterapeuta. Do cuidar ‘sem-rosto’ da farmacêutico-bioquímica, do cuidar mediado pela música, do cuidar pela proximidade física na dor e do

cuidar técnico-científico de cada profissional, a disciplina foi bem acolhida pelas pós-graduandas em suas avaliações orais. No segundo semestre de 2004, a disciplina agregará idéias surgidas durante a sua primeira realização. Entre elas, citamos a sugestão das pós-graduandas e da docente em adotar a Pietá, obra concluída por Michelangelo em 1498, como a imagem símbolo do Cuidar em Saúde. A Pietá, única obra autografada pelo seu autor, expressa o cuidar materno no luto pela perda de um filho.■



¹ Enfermeira, Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde. Docente do Programa de Pós-graduação em Infecções e Saúde Pública – CIP-SES-SP.



SERVIÇOS

Navegue!

Nessa seção, o BIS disponibiliza ao leitor alguns sugestivos endereços eletrônicos sobre o tema da Humanização. Encontram-se na Internet tanto Listas de Discussão, quanto “sites” temáticos ou institucionais. A relação abaixo, obviamente, não é completa e o leitor poderá encontrar outras sugestões nesses endereços. Navegue!*

LISTAS DE DISCUSSÃO

Amigas do Parto
<http://br.groups.yahoo.com/group/amigasdoparto/>
Materna_SP
http://br.groups.yahoo.com/group/materna_sp/
Parto Natural
<http://br.groups.yahoo.com/group/partonatural/>
Parto Nosso
<http://br.groups.yahoo.com/group/partonosso/>
Rehuna
<http://br.groups.yahoo.com/group/rehunabrasil/>

SITES

Amigas do Parto:
<http://www.amigasdoparto.com.br>

Biblioteca Virtual em Saúde Reprodutiva - Ministério da Ciência e Tecnologia – CNPq:
http://www.prossiga.br/fsp_esp/saudereprodutiva/

“Blog” do Parto Humanizado:
<http://www.partohumanizado.blogger.com.br>

Informed Health OnLine:
<http://www.informedhealthonline.org>

Mater Natura:
<http://www.maternatura.med.br/>

Maternity Wise:
<http://www.maternitywise.org>

Ministério da Saúde – Crianças:
http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=151

Ministério da Saúde – Mulheres:
http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=152

Organizações da Sociedade Civil Em Espanhol:
<http://www.dandoaluz.com.ar/>

Parto Natural:
<http://www.partonatural.com.br>

Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – Ministério da Saúde:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/homehuman.htm>

Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento – Min. Saúde:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/mulher/human.htm>

Rede Latino-Americana e Caribenha sobre Humanização do Parto e do Nascimento:
<http://www.relacahupan.org/index.html>

Rede Saúde:
<http://www.redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaudavel.html>

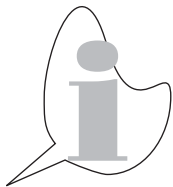
Rehuna (apenas para filiados):
<http://www.doulas.com.br/rehuna.html>

Secretaria de Estado da Saúde – Saúde da Mulher:
http://www.saude.sp.gov.br/html/fr_smulher.htm

Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo – Projeto Nascer Bem:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/nascerbem.pdf>

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Saúde da Mulher:
http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0013

* Levantamento realizado por Carlos Tato Cortizo, Tecnólogo, Assistente de Pesquisa Científica e Tecnológica do Instituto de Saúde.



informe-se

Aprovado Projeto de Lei que concede às gestantes o direito à presença de um acompanhante.

A Assembléia Legislativa do Espírito Santo aprovou no início de Dezembro o Projeto de Lei que concede às gestantes o direito à presença de um acompanhante, de sua escolha, durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério imediato nos hospitais da rede pública estadual e conveniados.

13º Encontro de Gestão e Parto Natural Conscientes

Aconteceram em novembro de 2003, no Rio de Janeiro, o 13º Encontro de Gestão e Parto Natural Conscientes, a 12ª Plenária da Rehuna e o 3º Encontro Nacional de Doulas. Os eventos, que reúnem profissionais de saúde, gestores, ONGs, gestantes e comunidade interessada, acontecem anualmente. Maiores informações: www.partonatural.com.br

II Congresso Internacional Ecologia do Parto e Nascimento.

A Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal RJ, Abenfo e Midwifery Today realizarão, entre 27 e 30 de maio de 2004, na cidade do Rio de Janeiro, o II Congresso Internacional Ecologia do Parto e Nascimento – Uma celebração da vida. O eixo temático do evento será “Promovendo a Saúde e Prevenindo a Violência”. Informações: www.partoecologico.com.br



CIP
COORDENAÇÃO DOS
INSTITUTOS DE PESQUISA
**SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE**



GOVERNO DO ESTADO DE
SÃO PAULO
CUIDANDO DE GENTE