PROJETO DE INDICAÇÃO Nº 40/16

Considerando que o momento do parto é único para cada mulher. Na infância, a menina carrega nos braços uma 'boneca', como símbolo de cuidado e proteção que, no futuro, representarão seus instintos e convenções sociais, além de aspectos subjetivos, motivando seus desejos de ser mãe. Portanto, a gravidez e suas etapas, o parto e os momentos posteriores representam um conjunto de fatores subjetivos para a mulher, como também, um conjunto de fatores objetivos para o poder público, que é o provedor majoritário de saúde para todos os cidadãos e, especificamente, para a mulher – considerando a realidade de que temos o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estrutura competente para tal, conforme serão elucidadas as devidas razões;

considerando que o SUS é uma das políticas públicas reconhecidas nacional e internacionalmente pela abrangência e sucesso no modelo de atendimento ao cidadão. Também é louvado pela sua fundação pautada em movimentos sociais que culminaram na criação do sistema. Hoje, apesar dos problemas decorrentes de desequilíbrio de forças externas e internas, é preciso pensar no SUS de forma otimista, com vistas às melhorias que podem alavancar inovações em níveis nacional e local. O Sistema está estruturado em cinco pilares principais que representam as demandas mais urgentes dos eixos de saúde em todo o país, através das Redes de Atenção Básica (RAS): Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Atenção às Urgência e Emergências; Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência;

considerando que a Rede Cegonha foi criada como forma de dinamizar a integralidade da saúde pública e extensão dos serviços às mulheres de todo o país como mecanismo de fortalecer o acesso universal de parturientes às redes de saúde, cumprindo, assim, diretrizes do SUS, de acordo com a da Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011B. Esta rede foi motivada por uma realidade brasileira infeliz de alguns anos atrás, quando vivenciamos uma era de morbimortalidade infantil extrema, comparando à realidade de outros países. Há várias implicações históricas que refletem questões de gênero, equívocos culturais e políticos pelos quais a mulher esteve à margem do conjunto de prioridades de saúde pública, como também, de outras pastas ministeriais federativas. Ao tratar de "Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade", o Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) Helvécio Miranda Magalhães Júnior, em publicação (edição n°. 52/2014) à Revista Divulgação em Saúde para Debate, chama a atenção para a influência do complexo sistema subjetivo da mulher no processo de gestação e como a Rede Cegonha nasceu para representar esta característica no sistema objetivo do poder público no Brasil.

"Apesar da tradição da saúde pública brasileira, mesmo na era Pré-SUS, de tratar do tema da saúde materna e infantil incluindo o enfoque da gestação e

da mortalidade infantil, a persistência da mortalidade materna em níveis muito elevados e de evidências de baixa qualidade do processo do parto e do nascimento justificaram fortemente a definição desse tema como prioridade. Com o reparo, sempre muito lembrado em todos os debates pela própria equipe de saúde do MS, dos Conselhos [de Saúde] e do Movimento de Mulheres, de não se restringir o conjunto da saúde integral da mulher a este seu aspecto específico de gravidez e parto (Ibidem)".

Considerando que é válido reconhecer que, na prática, ainda há muitos problemas a serem resolvidos no momento que a mulher chega às instituições de saúde. Estudos ainda apresentados por Magalhães Júnior apontam para a transição do trabalho das parteiras para aquele realizado tecnicamente em hospitais e maternidades. "Marcado pela concepção higienista, este modelo é centrado no profissional médico como condutor do processo e na tecnologia como superior ao corpo feminino, submetendo a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu ritmo natural". Nesse sentido, é precipitado afirmar que "a passagem do parto feito em casa para as instituições de saúde represente uma redução da morbimortalidade infantil em todo o país". Na verdade, tende a ser um pensamento e (infelizmente) uma ideologia e política dominantes, quando se percebe a força que esta realidade tem nos cenários regionais e nacionais. A surpresa (não para "elas"), é que as mulheres são vítimas de violência em vários locais institucionais que porventura acessam para reivindicar seus direitos ou, simplesmente, ser uma "usuária" dos serviços públicos. Óbvio que as instituições de saúde, especialmente os hospitais e maternidades, não ficam de fora desse infeliz panorama. As discriminações às mulheres passam a influenciar no pleito de seus interesses de tal forma que o parto é mais um procedimento técnico-burocrático que nem se arrisca dizer 'técnico-científico' – sim, porque, em respeito à ciência, aquela que em tese é isenta de preconceitos e juízos de valor (salve-se proporções), não é de se considerar que os procedimentos adotados por muitas equipes de saúde ditas 'obstétricas', em vários locais de todo o Brasil, assumam o status de processo racional de resolução de demandas e questionamentos da sociedade e da vida. "O momento do parto e do nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade da vida", defende Magalhães Jr. na mesma Revista Divulgação em Saúde para Debate;

considerando que as Redes de Atenção Básica à Saúde deveriam representar a porta de entrada principal para um sistema de garantia de direitos figurados no SUS, conforme alude a própria Constituição Federal, como também, se reforça pelos números representativos de investimentos na saúde. De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde, em fevereiro de 2014, o país destinou 8% dos R$ 47,3 bilhões com gastos da União. Para alguns profissionais e acadêmicos, esse percentual é razoavelmente bom se comparados àquele destinado por países desenvolvidos, como Suécia, Dinamarca, Alemanha e alguns outros. Contudo, para além de faixas comparativas entre estes países, o mais preocupante é como esta proporção é distribuída ao longo das ramificações das redes de saúde em todo o país. E

não há dados animadores. Os investimentos para o setor privado na saúde representam mais da metade desse montante, com 56% de repasse contra 44% distribuído ao setor público; Considerando que o doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Fausto Pereira dos Santos (Et.ali) apresenta, para a mesma edição da acima referida publicação 'Divulgação em Saúde para Debate', um estudo cujo tema, por si só, aponta para as relações financeiras que se entrelaçam para a manutenção do SUS em seus níveis e aplicabilidades. "Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano": assim, o pesquisador revela, dentre outras informações, que "cerca de 14,54% do orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde destinam-se às transferências para apoiar capacitações, estudos e pesquisas, ações de desenvolvimento institucional, cooperações técnicas, obras e aquisições de equipamentos";

considerando que outro fator que limita o bom funcionamento do SUS está nas relações de interesses da iniciativa privada com os financiamentos do MS para procedimentos médicos que, idealmente, deveriam estar centrados na melhoria do próprio SUS. No caso mais específico, os pré-parto, o parto e o pós-parto ficam também reféns de caprichos da iniciativa privada em explorar os convênios firmados com o MS para exaurir recursos até às últimas instâncias, de modo que isso se resvala nos procedimentos médicos que são adotados aos pacientes – nesse caso às parturientes. Sendo ainda mais específico, é só comparar como, de forma alarmante, as mulheres recorrem à modalidade de parto cesariano por conta da ausência de informação às mulheres, como também, a indução feita pelos profissionais de saúde para que as parturientes não deem a luz de parto normal. O Ministério da Saúde até tenta engrenar campanhas para incentivar as mulheres a (re)pensar nas vantagens e desvantagens de cada modalidade de parto. Mas, claro, tentando persuadir às mulheres em optar pelo parto normal;

considerando que pesquisas divulgadas pelo SUS, tendo como base o registro da Rede Globo de Comunicação em publicação no portal do grupo no website do G1(http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/07/novas-regras-para-reduzir-cesareas-nos-planos-de-saude-entram-em-vigor.html), conforme acesso em 19/02/2016, 9h40min, em 6 de julho de 2015, revelam que:

"Ao todo, 84,6% dos partos realizados no Brasil com planos de saúde são cesáreos. A porcentagem deste tipo de parto no Sistema Único de Saúde (SUS) é menor: 40%. No país, levando-se em conta tanto a rede pública quanto a privada, a cesariana representa 55,6% do total dos nascimentos. [...] A recomendação da OMS é que somente 15% dos partos sejam realizados por cesariana, pois essa seria a porcentagem de situações reais de risco à mãe ou ao bebê se o parto for feito por via natural. A cesariana ainda triplica o risco de morte materna por causa de possíveis infecções e acidentes anestésicos, por exemplo".

Considera-se, rapidamente, o Ministério da Saúde e o próprio SUS nasceram de rupturas de sistemas especulativos e incredíveis legal e eticamente, uma vez que até para realizar-se partos, os "médicos-empresários" lidavam com as mulheres e o parto como mercadoria e venda, respectivamente, já que a chamada (hoje) Saúde Suplementar garantia às empresas de saúde retornos financeiros tão amplos quanto os profissionais do campo onerassem os procedimentos, levando às mulheres às situações mais críticas que exigissem custos altos aos seus caixas e os lucros cobrados como margem de cobertura investida deste "negócio". Se esta cultura financeira ainda permeia não apenas a iniciativa privada, mas também, a iniciativa pública para a saúde, é plausível que teremos resquícios de profissionais que lutam por defender seus interesses, até porque, constituem um campo profissional consolidado no Brasil. Logo, tentar essa estrutura é ir de encontro à legitimidade que a categoria pretende manter e até ampliar, caso não sejam criadas as frentes de resistência e alternativas que tanto ofereçam diversidade de profissionais para atuar no setor, como também, proporcione às mulheres um parto pelo qual o momento seja seu, único, desenraizados de interesses estritamente econômicos dos vários profissionais atuantes – mesmo no setor público;

considerando a situação abordada e, ao se deparar frente a este cenário crítico acima citado, ainda em minoria de composição "populacional" (em sentido lato para critério 'estatístico'), as mulheres brasileiras têm "retornado para casa", optando por ter seus bebês mais próximos do seio familiar, no próprio lar. Os choques culturais ainda refletem duas realidades paralelas que o Brasil, de forma inédita, tem vivido: de um lado, o parto realizado em uma sala formal ou centro cirúrgico, de outro lado, o parto realizado no ambiente informal e não muito aparelhado quanto naquele primeiro; a representação da técnica fisiológica legitimada pelos conselhos federais de suas respectivas categorias, historicamente tensionadas entre si para a garantia de status quo e, na outra linha de frente, a tradição, até então, marginalizada por uma legitimidade seletiva (tanto por aqueles primeiros, como também, da própria população); os "doutores" numa ala e, em outra, as "parteiras" (antigamente, cunhou-se o termo "curandeiras"). Contudo, não se pode generalizar que todos os profissionais de saúde sejam restritos à categoria de médicos (embora, seja a mais "centralizada") e que todos são "frutos de uma semente do mal plantada historicamente" de acordo com a crítica tecida acima; não se pode presumir que, também, as 'parteiras' sejam a "autoridade obstétrica em representação" simplesmente pelo fato de atender "mulheres que vão parir em casa". O que esta Proposição Legislativa enfatiza é a concretização ou "objetivação" (usando o conceito do filósofo e sociólogo francês Pierre Bourdieu) de uma interface entre ambas as culturas, propriamente, profissionais, que possam atuar de forma integrada, universal e descentralizada, conforme prevê a Lei n° 8080/90, na própria Carta Magna. Senão, vejamos:

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS),

são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

[...]

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Considerando que a universalidade, em tese, deveria garantir o acesso e permanência de cidadãos na rede de saúde em todo o Brasil. Embora, conforme supramencionada, a realidade para a mulher ainda carece de elementos jurídicos que assim possam reforçar a garantia de um atendimento igualitário, humano e livre de discriminações de gênero, como ainda ocorre – no caso específico, o período de gestação de uma mulher também reflete tal deficiência. A integralidade ainda é um desafio, quando, recapitulando o exposto acima, percebemos as tensões entre os campos profissionais que ultrapassam as linhas institucionais das diferentes categorias e acabam por resvalar na figuração de procedimentos, que incluem o setor de obstetrícia. Há que se considerar que a descentralização dos serviços de saúde está aquém das necessidades sociais com base em demandas específicas de cada região e microrregião que abrangem os municípios;

considerando que a efetividade e eficácia dos serviços públicos dependem de estruturas administrativas e orçamentárias, as observações de A.P.A KAJIURA citado por Fausto Pereira dos Santos, sobre "Financiamento e governança em saúde: um ensaio da partir do cotidiano", ainda na acima referida publicação, reforçam a nossa atenção de que a distribuição de recursos "também está relacionada a essa questão dos indicadores, a busca da equidade da distribuição desses recursos adviria de um equilíbrio dos componentes de acesso: acesso x necessidade x oferta x demanda";

considerando que a necessidade de um parto, hoje preconizado como "humano", nem sempre é garantido pelas unidades formais de saúde, tanto da rede pública quanto privada. A oferta dos serviços proporcionais aos indicadores de um parto digno, conforme a própria Constituição Federal sugere, nem sempre também está acessível à população feminina. Então, novas demandas vão surgindo para suprir estas carências. A questão é que as "novas" demandas são provocadas por uma tensão de legitimidades dos campos sociais e, nesse caso, profissionais, quando cada grupo ou agente envolvido na prestação de serviços possuem estruturas, interesses e barganhas nem sempre convergentes. No Brasil, as antigas "parteiras", hoje, são as "doulas". Esta categoria tem se profissionalizado cada vez mais na

oferta de serviços de parto às mulheres que queiram dar à luz fora dos ambientes hospitalares e de maternidades. Em contrapartida, há de se reconhecer que os profissionais de saúde, em determinada parcela, têm procurado se adequar às demandas das gestantes, desde a reciclagem de conhecimentos e técnicas às decorações hospitalares que possam simular um ambiente do "lar da mulher". Mas, agora, a minoria desse universo é dos profissionais que atuam nos hospitais e maternidades. Então, considerando a evolução de demandas, a categoria de doulas tem, cada vez mais, mostrado sua força, Brasil a fora;

considerando que para conduzir um dos mais esperados eventos da vida da mulher, uma doula precisa se qualificar enquanto tal. Não basta apenas demonstrar atenção e "simpatia" para tornar o parto um processo "humanizado". As doulas buscam conhecimentos de obstetrícia e até mesmo de fisiologia (da mulher) para que o parto seja feito com segurança, de maneira racionalmente planejada e associada ao conjunto de elementos "emotivos" que influenciam no bom desenvolvimento da atividade. Tanto assim que a Associação Nacional de Capacitação de Doulas (ANDO) tem se organizado, cada vez mais, para qualificar e certificar as profissionais vinculadas à rede;

considerando que frequentemente, a ANDO tem realizado cursos cujo objetivo é "Capacitação de doulas para proporcionar conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo durante o trabalho de parto e no pós-parto imediato, contribuindo na qualidade da vivência do nascimento e no desenvolvimento de vínculos familiares" – vide informações em website institucional da entidade, conforme acesso em 19/02/2016, 11h18min: (http://www.doulas.org.br/informacoes.php);

considerando que mesmo cumprindo requisitos necessários para atuar pela saúde da mulher, no que tange ao parto, as doulas não têm sido reconhecidas profissionalmente nos hospitais e maternidades de todo o Brasil. As queixas dos médicos, enfermeiros e equipe obstétrica como um todo é que eles já fazem um trabalho "devidamente responsável" que torna desnecessária a presença das doulas (para "eles"). O resultado é conflitante: as gestantes contratam os serviços das doulas, mas, ficam impedidas de ter a atenção destas profissionais, uma vez impedidas de entrar nos locais tecnicamente preparados para o parto. Por isso, iniciativas em todo o Brasil tem movimentado uma onda de reivindicações para reverter esta situação. No caso mais específico do poder público, agentes da política representativa, sobretudo, legislativa, tem levado aos respectivos Executivos de suas esferas de atuação, indicando que não apenas as doulas tenham direitos associativos e de profissão resguardados, como também, as Proposições Legislativas incubem de apontar sanções às instituições e profissionais de saúde que, porventura, venham restringir o acesso destas profissionais aos centros obstétricos de hospitais e maternidades. O tema vem gerando uma série de debates e discussões entre vários profissionais, inclusive, acadêmicos. Mas, claro, as defesas do próprio campo, muitas vezes, deslocam o "objeto" dos

debates, que são as mulheres e suas subjetividades, para a margem das possíveis decisões a cerca do tema;

considerando a situação de quem não quer passar por estes meandros, acabam contratando as doulas sob condições que podem, literalmente, custar a própria vida. Especialista em Saúde da Mulher e vice coordenadora do curso de enfermagem da Ufscar, em São Carlos (SP), Mariana de Oliveira Fonseca Machado, de 30 anos, morreu no dia 21/07/2015, nesta mesma cidade, quando tentou realizar o parto com uma doula na própria residência. Rapidamente, é possível acompanhar a situação, através do portal de notícias UOL (http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2015/07/24/professora-morre-depois-de-tentar-parto-humanizado-por-48h.htm), acessado em 19/02/2016, 13h09min.

"O departamento de Enfermagem da Ufscar lançou uma nota afirmando que não houve relação entre o parto humanizado e a morte da professora. Segundo o texto, divulgado na sexta, Mariana chegou ao hospital em "perfeitas condições de saúde" e foi capaz de amamentar. "Infelizmente, preconceitos em relação ao parto natural e a cultura de cesariana brasileira levaram a divulgações equivocadas sobre o caso".

[...]

"No entanto, no processo pós-cirúrgico, devido ao quadro clínico da paciente, foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva -UTI Adultos", onde permaneceu internada até dia 18, "quando foi transferida, a pedido da família, para o Hospital de Base de São José do Rio Preto".

Considerando que a paciente teve complicações que configuram situações emergenciais e, pelo tempo de percurso entre sua residência até o hospital, a situação acabou se agravando. A 'lógica médica' dissociada da 'lógica doula' seguida da morte de uma mulher representou um marco para que se repensar e construir mecanismos efetivos e eficazes que garantam a integralidade da saúde a partir da colaboração conjunta de profissionais para o exercício de seus ofícios, superando equívocos como este supracitado. Aliás, a própria Constituição Federal contempla este preceito defendido por esta Proposição, no Art.7°, a saber:

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

Considerando que as doulas representam uma categoria organizada em todo o país, com legitimidade de campo social, profissional, especificamente; que as demandas da população para a contratação destas profissionais têm evoluído gradativamente; que os serviços de saúde das redes pública e privada apresentam deficiências a serem corrigidas com base nas diferentes e específicas realidades regionais de todo o Brasil; que a integração perpassa, também, pelo fluxo de informações necessário. Sobre este último caso, a

proposta é que os hospitais e maternidades tenham a disposição uma base de dados que assim comporte informações cadastrais das profissionais de doulas que reportem suas qualificações e disponibilidades para realizar serviços nestas instituições de saúde

A CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR

INDICA:

ao prefeito, a realização de estudo de viabilidade técnica que busque criar espaço físico reservado, instalações adequadas e suprimentos necessários no perímetro dos hospitais e maternidades, notificados pelo mesmo dispositivo (em caso de ser sancionado), com objetivo de amparar as gestantes que optarem pelo trabalho exclusivo das doulas em presença do conjugue, familiares e amigos, mas, com um desfecho diferente do que ocorrera em São Carlos (SP), conforme acima mencionado: o objetivo é que o espaço legítimo das doulas seja garantido, mas, contando com o contexto favorável de terem (as doulas e, principalmente, as gestantes) condições e estruturas emergenciais em mesma abrangência de localização e, conforme o planejamento de atividades e organização de pessoal, contem com profissionais de saúde que possam ser acionados, caso o parto requeira procedimentos técnicos de uma equipe obstétrica.

Sala das Sessões, 1º de março de 2016.

LUIZ CARLOS SUICA