UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DIREITOS REPRODUTIVOS E VULNERABILIDADES OBSTÉTRICAS:
Reflexão da Literatura

VIRGINIA KAGURE WACHIRA

Brasília - DF
2014

VIRGINIA KAGURE WACHIRA

DIREITOS REPRODUTIVOS E VULNERABILIDADES OBSTÉTRICAS: Reflexão da Literatura

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof.ª Dra. Silvéria Maria de Santos.
Co-orientadora: Prof.ª Dra. Daphne Rattner.

Brasília - DF
2014

VIRGINIA KAGURE WACHIRA

DIREITOS REPRODUTIVOS E VULNERABILIDADES OBSTÉTRICAS: Reflexão da Literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e defendido em_____ para a banca examinadora composta por:

Prof.ªDra. Silvéria Maria dos Santos
Presidente da banca – ENF/UNB

Prof.ªDra. Rejane Griboski
Membro – ENF/UNB

Prof.ªMs. Antonia de Jesus Angulo Tuesta
Membro – Saúde Coletiva/UNB

DIREITOS REPRODUTIVOS E VULNERABILIDADES OBSTÉTRICAS: Reflexão da Literatura

REPRODUCTIVE RIGHTS AND OBSTETRIC VULNERABILITIES: Literature Reflection

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y VULNERABILIDAD OBSTÉTRICA: Reflexión de la Literatura

Virgínia Kagure Wachira[1]
Silvéria Maria Santos[2]
Daphne Rattner[3]

[1]Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB). Email: vgkagure@yahoo.com.
[2]Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB), doutora em epistemologia feminista e historia das mulheres, mestre em ciências da saúde (UnB). Email: silveriamsantos@gmail.com.
[3]Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), doutora em epidemiologia (University of North Carolina) ,mestre em epidemiologia (USP). Email: daphne.rattner@gmail.com.

RESUMO
Foi realizada análise documental dos diretos reprodutivos e vulnerabilidades do parto, com o objetivo de refletir sobre o que existe em relação aos direitos reprodutivos e os fatores que expõem as mulheres para as vulnerabilidades durante o parto e as vulnerabilidades que as mesmas vivenciam durante o parto. A segunda etapa compreendeu a análise do corpus dos documentos mediante síntese dos conhecimentos. Os resultados demonstraram que as vulnerabilidades durante a parturição estão presentes em varias partes do país mesmo com a existência de politicas públicas que garantem um parto seguro. Conclui-se que o modelo de assistência durante o parto precisa de mudanças com diminuição de intervenções desnecessárias, uso excessivo de tecnologias e ter um olhar do parto como um processo fisiológico. **Palavras-Chave:** Parto. Parto humanizado. Violência contra a mulher.

ABSTRACT
A documentary analysis was performed about reproductive rights and vulnerabilities during delivery as the first step, with the objective of reflecting on the relation that exists between reproductive rights and factors that expose women to vulnerabilities during child birth and the vulnerabilities that they experience during delivery. The second step involved analysis of the corpus of the documents through synthesis of knowledge. The results show that vulnerabilities during childbirth are present in different parts of the country even with the existence of public policies that ensure safe childbirth. It was concluded that the model of care during delivery needs change with reduction of unnecessary interventions, excessive use of technologies and view childbirth as a physiological process. **Keywords:** Delivery. Humanizing Delivery. Violence Against Women.

RESUMEN
Fue realizada análisis documental de los derechos reprodutivos y vulnerabilidades durante el parto en el primer passo, con el objetivo de reflexionar lo que existe en relación a los derechos reproductivos y los factores que exponen las mujeres para las vulnerabilidades durante el parto y las vulnerabilidades que las mismas vivencian durante el parto. El segundo paso consistía en el análisis del corpus de los documentos mediante síntesis de los conocimientos. Los resultados demostraron que las vulnerabilidades durante el parto están presentes en varias partes del país mismo con la existencia de politicas públicas que garantizan un parto seguro. Se ha llegado a la conclusión de que el modelo de la asistencia durante el parto necesita de cambios con la reducción de las intervenciones innecesarias y el uso excesivo de tecnologías y tener una mirada del parto como un proceso fisiológico. **Palabras clave:** Parto. Parto Humanizado. Violencia contra la Mujer.

INTRODUÇÃO

A organização das Nações Unidas (ONU) na sua assembleia em 1948 adotou a Declaração Universal de Direitos Humanos, este fato histórico garante a proteção dos direitos fundamentais a todos os seres humanos sem nenhuma discriminação. Dai por diante organizações e movimentos sociais usaram esta declaração como base para garantir seus direitos. [1]

Segundo Mattar e Diniz (2012), os direitos reprodutivos foram mencionados pela primeira vez na Declaração Final da I Conferência Internacional de Direitos Humanos que aconteceu em Teerã, Irã, em 1968 que afirma "os pais têm como direito humano básico decidir de forma livre e responsável sobre o número e o espaçamento de seus filhos e o direito á educação adequada e informação a este respeito" (p. 67). [1]

Em 1974, na Conferencia Mundial sobre População em Bucareste, Romênia, foram endossadas as palavras "casais" e individuais" na linguagem de direitos reprodutivos e foi estabelecido que as pessoas devem ser equipadas com meios e também educação e informação para o exercício dos seus direitos reprodutivos.[1]

O termo "direitos reprodutivos" foi criado pelas feministas norte americanas e se tornou público no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher que foi realizado em Amsterdã, Holanda em 1984 onde fora concordado mundialmente como um termo mais completo do que apenas saúde da mulher nas questões que tratavam da autonomia da reprodução das mulheres.[1]

Na Conferencia Internacional de População e Desenvolvimento ocorrida na cidade do Cairo, Egito em 1994, a mulher passou de objeto para sujeito no que se refere a programas de desenvolvimento e população. Antes, as mulheres eram objetos de regulação e controle nas iniciativas de programas de controle da população que atendia a iniciativa masculina mesmo elas sendo os sujeitos da atividade reprodutiva. Nesta conferencia foram definidos os direitos reprodutivos em seu paragrafo 7.3 do Programa de Ação de Cairo:

> (...) se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (parágrafo 7.3)[2]

Na IV Conferência Internacional sobre a Mulher realizada em Pequim, China, no ano de 1995, a definição dos direitos reprodutivos adotado em Cairo foi reforçada. [1]

No Brasil, os direitos reprodutivos estão incorporados na legislação nacional e em normativas do Ministério da Saúde. São objetivos de políticas públicas, como resposta aos movimentos sociais, feministas e de mulheres que se organizaram desde a década de 70. Estão regulamentados na constituição brasileira como a Lei de Planejamento Familiar n° 9263 de 1996.[3]

Este breve histórico sobre a evolução do olhar para a atenção a saúde das mulheres destaca preocupação quanto à garantia dos seus direitos. Um exemplo importante é em relação aos direitos durante o trabalho de parto e parto, que em sua maioria desconhecem a sua existência. Tal fato as deixam na situação de vulnerabilidade diante de uma atenção em saúde que não interage empaticamente com a paciente.

A vulnerabilidade feminina aqui refere à suscetibilidade aos problemas e danos á saúde e pode ser classificada em vulnerabilidade individual, social e programática. A vulnerabilidade individual envolve as informações, relações e recursos sociais que dão à mulher a segurança de agir diante as intercorrências de saúde como o seu papel no parto, informação sobre seus direitos e a relação e o papel do profissional durante o parto, vulnerabilidade programática refere à organização dos serviços de saúde e como atendam as necessidades da população, e a vulnerabilidade social refere às macroestruturas sociais, os recursos e a sua distribuição que pode ser manifesta pelas dificuldades no acesso aos serviços de saúde. [4] O desconhecimento das mulheres sobre seus direitos e a assistência que deve ser oferecida pode limita o poder de decisão da mulher passando uma impressão do dever ou necessidade de submissão por parte dela. Os profissionais também tratam as mulheres com discriminação, o que pode estar relacionado com a classe social, a sua etnia e os valores culturais atribuídos para as mulheres pela sociedade, nesse caso, as reprodutoras, o que expõe a sua inferioridade física e moral por serem reduzidos a objetos sexuais. [5, 6]

Com a finalidade de combater a assistência que desrespeita a escolha e o direito das mulheres surgem as recomendações da OMS para o parto de baixo risco (1996), e no Brasil, o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (2000) que vêm oferecer um ambiente acolhedor para a mulher durante o parto além de preconizar uma assistência com profissionais éticos e solidários ao processo que a pessoa esteja vivenciando, e, a adoção de práticas comprovadamente benéficas para uma assistência de qualidade durante o parto e nascimento. [7]

Segundo uma revisão bibliográfica feita numa base de dados (SCIELO) pelo Carvalho e colaboradores (2012) sobre a assistência a mulher no ciclo gravídico puerperal, observou que essa assistência esta focada no modelo biomédico e como consequência, houve um aumento dos procedimentos invasivos e outras intervenções desnecessárias no parto o que eleva, em contrapartida, os riscos de intercorrências. [8]

As intercorrências no período gravídico são também um agravo para a saúde materna, acometem cerca de 8 milhões de mulheres e contribuem para os altos índices de mortalidade materna a cada ano no mundo. Destas, mais de meio milhão falecem durante a parturição. Essa taxa é aumentada em países em desenvolvimento e no Brasil, contribui para 89 % das mortes maternas, algumas das principais causas são as síndromes hipertensivas, hemorragias, complicações do aborto e infecções puerperais. Essas mortes podem ser diretas, como resultado de complicações que aparecem durante a gravidez, parto ou o puerpério e que são consequências de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou como resultado relacionado a qualquer um desses fatores. As causas indiretas vêm de doenças preexistentes ou que desenvolveram durante a gestação e que foram ampliados pelos efeitos fisiológicos da gestação. A mortalidade materna reflete a qualidade da assistência à mulher no período gravídico puerperal, assim como sua qualidade de vida, e ainda reflete a desigualdade e a exclusão social num determinado pais. [9, 10]

A alta taxa de mortalidade materna no Brasil pode ser associada à fragilidade da assistência à saúde materna por causa da falha na execução das políticas públicas adotadas, desafios para o gerenciamento da assistência, deficiência de recursos materiais e humanos, assistência pré-natal precária e assistência inadequada no parto. Mesmo quando as mulheres fazem pré-natal, em muitos lugares este é de baixa qualidade. Além disso, as mulheres se deparam com a falta de vaga nos hospitais para o parto, tendo que buscar um leito durante o trabalho de parto. Em adição à falta de estrutura, o processo de atenção ao parto e nascimento prioriza a tecnologia, a medicalização e despersonalização da mulher, com ênfase nas patologias associadas à gestação, fragmentação do atendimento em saúde, ineficácia do sistema de referência e contra referência. [10]

Mundialmente, existe o consenso da necessidade de redução da mortalidade materna pactuada nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, especificamente o quinto objetivo que visa à melhoria da saúde materna e redução da taxa de mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015.[9] A razão de mortalidade materna no Brasil em 2011 foi de 63,9 mortes por 100.000 nascidos vivos e pode ser considerada alta. A meta é de redução dessa razão para 35 mortes a cada 100.000 nascidos vivos até 2015.[11] Para o alcance desse objetivo é proposto que as mulheres tenham acesso à assistência de qualidade durante o pré-natal, parto e cuidados obstétricos de emergência, assim como melhorias nos sistemas de saúde. Geralmente existem barreiras sociais e econômicas que prejudicam a acessibilidade das mulheres aos serviços de saúde adequados, o que gera consequências alarmantes, como o aumento da morbidade e mortalidade materna. [9]

Assim sendo, este estudo tem o objetivo de compreender a relação entre os direitos reprodutivos e os fatores que expõem as mulheres para as vulnerabilidades durante o parto e as vulnerabilidades que as mesmas vivenciam durante o parto.

MÉTODO

Este estudo se baseou numa analise documental da revisão da literatura por ser um método que permite a identificação, verificação e apreciação dos documentos com o propósito exclusivo de atender ao objetivo deste estudo. A sua aplicação envolve o uso de outras informações para poder acrescentar os dados dos documentos já achados e a sua contextualização na temática já estabelecida. Se basear no levantamento, organização dos documentos e a analise critica dos mesmos. [11]

A realização desse estudo foi guiada por duas etapas sendo a primeira: seleção do tema, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, busca na literatura e organização dos achados. A segunda compreendeu a análise do corpus dos documentos recolhidos no intuito de identificar um fio condutor para desenvolver a análise acerca dos direitos e vulnerabilidades para e durante o parto, síntese do conhecimento e apresentação da revisão.

Foram realizadas pesquisas na base de dados da Biblioteca virtual em saúde (BVS), a qual abrange outras bases de dados. A fase de coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2014, as palavras utilizadas na busca foram parto, parto humanizado e violência institucional. Os critérios de inclusão foram: artigo, disponibilidade do texto completo em português em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacional, autoria de profissionais brasileiros, atender a temática do estudo, ter sido publicado entre 2004 e 2014. Os critérios de exclusão foram os documentos que não cumpriram os critérios de inclusão já estabelecidos.

A partir da leitura prévia dos títulos e resumos, foram selecionados seis artigos que constituíram a amostra do estudo. No total, foi analisado um conjunto de 607 fontes hospedadas na base de dados *Scielo*, assim distribuídos: utilizando-se os descritores violência contra a mulher e parto foram encontrados 20 artigos dos quais foram selecionados 3; para o descritor parto humanizado foram encontrados 587 artigos, tendo sido selecionados 3. Para analise dos artigos na integra, foi utilizada uma ficha de extração de dados composta das variáveis: autor, nome da revista, local do estudo, ano de publicação, objetivo do estudo, a metodologia utilizada e os resultados do estudo.

A opção por estudos realizados somente no Brasil deu-se com a finalidade de atender aos interesses da pesquisa em conhecer a literatura nacional sobre o tema abordado, as possíveis

diferenças regionais e evitar erros na pesquisa, decorrentes de diferenças significativas no modelo de assistência ao parto em vários países.

Percebeu-se que a grande vantagem da adoção do método da pesquisa documental consiste no fato de se apropriar, por meio dos documentos, do conhecimento acerca da realidade brasileira sobre como ocorre à violência contra a mulher durante o parto. De outro modo, sinaliza-se como desvantagem a indisponibilidade de alguns artigos para consulta completa do texto, o que influenciou na determinação quantitativa da amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo um estudo feito com gestantes no município de Rio, as mulheres têm grandes expectativas relacionadas com parto, sejam elas individuais ou culturais. As expectativas principais durante o trabalho de parto e parto são a possibilidade de participação ativa, autocontrole, controle da situação, conhecer o profissional que vai auxiliar no parto, sentir se segura do apoio dado pelo profissional e ter um acompanhante. Essas expectativas estão baseadas no acolhimento que esperam do profissional, ausência de complicações e comparação com as experiências anteriores vivenciadas pela mulher ou relatadas pelas outras mulheres que já vivenciaram o processo de parto. Um dos fatores que influenciam essas expectativas é a renda da mulher sendo que aquelas com renda mais alta sentem a importância de participar do processo, ter controle e ser menos submetida às intervenções tecnológicas durante a assistência ao contrario das mulheres de baixa renda que associa o processo com dor e cheio de sofrimento e deseja que termine o mais rápido possível. [12]

Nas entrevistas realizadas sobre os partos anteriores num município de Rio de Janeiro, as mulheres mostraram a sua satisfação por ter conseguido uma vaga para internação, atendimento rápido na admissão e o nascimento rápido do bebê o que aumentaram as expectativas do próximo parto. Em outros estudos feitos na região foi apontada a dificuldade de conseguir vaga na maternidade e consequentemente as mulheres tem que fazer a peregrinação em busca de vaga. No período de 2000 a 2001, 23,9% das mulheres não conseguiram vagas no primeiro hospital procurado no Rio de Janeiro. [12]

A vulnerabilidade obstétrica se apresenta nos atos de violência institucional evidenciada pela demora no atendimento, o abandono no leito geralmente no pré-parto, proibição de um acompanhante, violência verbal, falta de identificação por parte dos profissionais, toques repetidas e às vezes dolorosas, falta de informação para a parturiente dos procedimentos sendo feitas nelas. Algumas mulheres relatam que a sua reação em relação com o trabalho de parto e parto como os gritos de dor levam os profissionais de saúde de ter uma atitude negativa com elas. Os autores

apontam que durante a parturição a mulher requer uma atenção psico- afetivo, mas com a introdução de tecnologia com intuito de reduzir as iatrogênicas durante o parto não garante o tipo de cuidado esperado pela mulher e acaba desumanizando a assistência oferta. A presença de um acompanhante foi algo novo no grupo estudado e relataram que nos partos anteriores, não tiveram a oportunidade de ter um acompanhante. O Rio de Janeiro foi o primeiro município no Brasil que regulamentou a presença de acompanhante no trabalho de parto e parto nas suas maternidades. Até o ano do estudo, 2006, 40% das parturientes estavam com a garantia de acompanhante durante o trabalho de parto. [12]

Um estudo realizado num Hospital Universitário no sul do Brasil com trabalhadores que incluíram médicos preceptores, médicos residentes, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Esse estudo mostrou inexistência de protocolo a ser seguido durante a assistência das parturientes e os profissionais atuavam dependendo da sua própria crença. No caso dos acadêmicos, mostrou que eles, por falta de autonomia acabam reproduzindo as praticas realizadas pelos seus preceptores mesmo sendo desfavoráveis no seu ponto de vista. A execução de outras práticas rotineiras como a tricotomia foi justificado como sendo uma pratica facilitadora para o trabalho do profissional que atuar durante o parto sem considerar a individualidade de cada parturiente. A justificativa da tricotomia foi à facilidade de fazer a episiotomia e episiorrafia. Alguns trabalhadores mostraram conhecimento de uso incorreto de tais práticas e mesmo sendo feitas como rotina em algumas instituições tem profissionais que omitam a faze - lós. Em relação com o poder decisório da mulher sobre procedimentos, os entrevistados apontaram que as mulheres são passiveis sendo que os profissionais executam os procedimentos sem questionar a mulher, e às vezes só informam o que será feito sem dar oportunidade para a mulher expressar a sua opinião. Isso mostra o poder autoritário dos profissionais sobre o corpo da mulher e sobre a sua autonomia sobre a assistência oferta. Carvalho e colaboradores neste estudo mostram a inadequação de cumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Ministério de Saúde sobre as práticas recomendáveis para o parto. [8]

No estudo feito na cidade de Cuiabá, mostrou algumas práticas desfavoráveis para o parto como a posição horizontal do que a vertical que é mais preconizada o que afirma a prática de ações desfavoráveis durante o parto. A relação médico-paciente também foi interpretada como uma relação de dominação, pois mostrou que quando a mulher quer exercer a sua autonomia em relação com o processo que ela esta vivenciando e a assistência que lhe esta sendo oferta, é reprimida ou às vezes, a sua opinião é desprezada pelo profissional.[13]

Uma análise sobre assistência obstétrica realizada na cidade de Cuiabá aponta a taxa elevada de cesáreas em hospitais públicos e privados que às vezes é uma intervenção desnecessária que é estar por parte uma decisão do profissional sem considerar a individualidade da mulher e a necessidade para o mesmo. Neste mesmo estudo, alguns fatores apontados como ineficazes na assistência durante o ciclo gravídico puerperal incluem: a baixa motivação pelos profissionais na saúde pública, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a falta de profissionais. A violência na assistência obstétrica nesse estudo foi manifestada pela forma de organização de serviços de saúde, forma de organização das práticas na assistência e os fatores culturais que dar a violência estrutural como o ponto de vista cultural de alguns aspectos como a dor aonde a expressão do mesmo viram um fator contribuinte para sofrer violência. Neste estudo feito em Cuiabá, o medo da morte materna e neonatal se destacou visto que nos dados concretas até a publicação do estudo em 2006 foram de 1998 aonde o Comitê de Mortalidade Materna do Município de Cuiabá (CMMMC) apontou o coeficiente de 109,1/ 100 mil nascidos vivos longe do que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde de 15/ 100 mil nascidos vivos. [13]

Outro estudo feito no Município de Maringá Estado do Paraná, avaliou os indicadores de qualidade na assistência ao parto. Foi mostrado que a assistência ao parto no período do estudo foi regular, mas a taxa de cesárea foi alta, o que indica o uso abusivo de tecnologia para o nascimento. A baixa escolaridade, numero maior de filhos, e baixo nível socioeconômica foram alguns dos fatores que influenciaram nas inequidades durante a assistência.. As praticas favoráveis ao parto encontrados durante o estudo foram, presença de acompanhante, contato mãe filho na sala de parto. [14]

O Ministério de Saúde em 2000 criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que visa à humanização da assistência durante o parto e puerpério, porém os profissionais de saúde ainda não adotaram os princípios desse programa e a assistência que eles oferecem depende da sua individualidade como profissionais e a sua autoridade baseada no conhecimento cientifico e tecnológico que eles possuem. A competência técnica e tecnológica se sobrepõe acima das necessidades da mulher e o poder decisório do profissional deixa a mulher em situação desfavorável sendo objeto da assistência tecnicista e o seu desconhecimento sobre os seus direitos ainda agrava essa situação sendo difícil para ela reivindicar seus direitos e ainda ter o poder decisório sobre a assistência oferta o que mostra a falta de preparo das mulheres durante o pré-natal. [8] Culturalmente, os profissionais de saúde são vistos como detentores de conhecimentos científicos e tecnológicos. Esses valores e crenças culturais às vezes determinam a conduta moral dessa categoria e, com a medicina moderna, veio o uso intensificado da tecnologia; mesmo com o

grande valor científico desse uso, ainda há a dificuldade de comunicação dos profissionais, fragilizando as interações com os pacientes e criando uma assistência tecnologicamente dependente. O usuário de serviços de saúde, ao internalizar a ideologia do poder técnico científico dos profissionais de saúde, às vezes acaba sendo dependente dessa categoria, sem nenhum tipo de questionamento sobre a assistência que lhe está sendo ofertada. [5]

Ainda existe o poder simbólico nas instituições de saúde. Na área pública de saúde o poder simbólico sobre as mulheres pode ser baseado em: intuição do profissional de estar fazendo seu trabalho como uma forma bondosa pra quem necessitar do serviço, mas sem meio de retribuir essa generosidade, para manter o ciclo vicioso de intervir no corpo com os conhecimentos técnico científicos, desvalorização do corpo do paciente que conhece a si mesmo e a violação dos seus direitos e a saúde. [15]

> (...) o poder simbólico que contribui com a aura de magnanimidade que cerca a pratica medica, do ponto de vista dos que a exercem, diz que não é preciso informar sobre o que se faz quando se está fazendo uma coisa para beneficiar outrem. Apresentar-se, falar o próprio nome ou informar porque está se fazendo esse ou aquele procedimento fica reservado quando a relação se dá entre iguais ou, pelo menos, entre indivíduos que se reconhecem como tal (p.393). [15]

A gestação, parto e puerpério constituem uma vivencia simbólica de grande significado para quem participar. Os profissionais de saúde servem como coadjuvantes no processo e aplicam seu conhecimento para assegurar o bem estar da mulher e do recém-nascido durante o parto e pós-parto. Faz se necessário transformar o processo em um momento de confiança e segurança entre o profissional e a cliente e deveria ter orientações para cada procedimento que será realizado dando valor à participação ativa da parturiente e respeitando a sua experiência. Em alguns casos, os profissionais não oferecem explicações dos procedimentos que serão feitos. [16]

> Em seu discurso, o profissional coloca-se como ator principal do parto. A mulher atua como coadjuvante e o seu corpo transforma-se em objeto, ao invés do sujeito principal dessa ação. É nitidamente uma relação assimétrica, na qual o profissional de saúde exerce este papel, centrado no procedimento técnico. Tal relação emerge da fala e da maneira de agir com a mulher: quando ela ajuda, é para favorecer a assistência e não a sua própria autonomia (p.111). [17]

Violência de caráter institucional é caracterizada pelas ações ou formas de organização de

serviços de saúde que criam barreiras de acesso da mulher a seus direitos, como falta de vinculação com o local aonde o parto será realizado no âmbito da SUS, como preconizado na lei nº 11.634/2007 e o não cumprimento da lei de acompanhante que é garantido na Lei. nº 11.108/2005, [18] além de outras formas de sujeição. Esse tipo de violência por vezes se dá pela ruptura de comunicação e interação eficaz entre os profissionais e os pacientes, devido à priorização da tecnologia, o que na maioria das vezes acaba despersonalizado o cuidado. [5] A violência institucional sofrida pelas mulheres nas maternidades públicas e esta na sua grande parte influenciada pela precariedade do sistema que devido a sobrecarga da jornada de trabalho dos profissionais, a falta de recursos, remuneração desfavorável, inacessibilidade pela clientela prejudica a qualidade de serviços oferecidos para as mulheres. [5]

A presença de um acompanhante é essencial no pré-parto e parto, pois oferece apoio emocional para a parturiente. O Ministério de Saúde através da portaria n° 569 de 1° de junho de 2000, regulamentou que as instituições de saúde devem garantir essa possibilidade, mas levando em conta se a estrutura física do estabelecimento ofereça as condições necessárias. Além do acompanhante familiar ou dentro do ciclo social da gestante, pode ser uma doula que a MS define como uma mulher que assiste a parturiente durante o trabalho de parto e parto e oferece apoio psico- emocional e físico. Mesmo com estudos comprovado a atuação da humanização na redução da mortalidade materna, não é sempre possível aplicar algumas das práticas consideradas humanizadas devido a realidade de algumas instituições aonde as normas e rotinas não são adequados como a falta de espaço nas salas de pré-parto e parto o que dificulta a presença de acompanhante e a falta de privacidade. No estudo feito em quatro hospitais no Estado de Mato Grosso algumas das dificuldades apontadas para alcance de uma assistência humanizada são: a deficiência da estrutura física, rotinas médico centradas, profissionais que não são capacitados e que tem falta de interesse, falta de leitos, poucos profissionais e falta de preparo da família sobre o parto. [19]

Certo estudo sobre as desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil no inquérito nascer no Brasil entre 2012 e 2013, mostrou dois fatores significativas na inequidade durante a assistência obstétrica; nível de escolaridade e a raça. O nível elevada de escolaridade na Região Sudeste ou Sul e a presença de acompanhante resultaram em um menor tempo de espera para o atendimento, respeito durante a assistência, privacidade durante os exames e no parto, clareza nas explicações e possibilidade de fazer perguntas. A cor da pele influenciou a demora na espera de atendimento, privacidade precária nos exames e no trabalho de parto, menos respeito no atendimento e relatos de violência. O pagamento privado da assistência se associou com

níveis diminuídos de violência, mais respeito, clareza, privacidade, explicações esclarecidas, oportunidade de fazer perguntas e participar na tomada de decisões. Na assistência obstétrica particularmente na rede publica, existe uma cultura que discriminar as mulheres atendidas que geralmente possui nível baixo de escolaridade e são entendidas de não ter a capacidade de entender o que lhes é explicado e não ter a capacidade de autonomia sobre as intervenções que nelas são feitas. A região nordeste liderou nos casos de violência física, verbal e psicológica mas a presença de acompanhante teve influencia importante nesses casos. Nesse estudo, 19,8% das mulheres tiveram o direito de ter um acompanhante em todos os momentos da internação. [20]

A OMS na sua declaração sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde apontam as seguintes medidas: a maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e maus tratos, começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência, enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência á saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais, envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as praticas abusivas. [21]

Esses atos de violência podem ser descritos como violência obstétrica que é vista como toda conduta, ação ou omissão realizada pela equipe de saúde que de maneira direta ou indireta, tanto no âmbito público como no privado, afeta o corpo e os processos reprodutivos das mulheres. Pode se manifestar na forma de um ato desumanizado, tanto físico quanto verbal, ou como tratamento dos processos naturais como patológicos. Os atos que caracterizam esse tipo violência podem ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. [8] Nos serviços de saúde a mulher deveria se sentir acolhida, respeitada e protegida pelos profissionais e muitas vezes é o local onde ela é vitima de maus tratos durante o atendimento e tem o cuidado omitido, ou recebe mal atendimento.[5]

A violência obstétrica pode ser classificada em: violência física, psicológica, sexual, institucional, material e midiático. A violência física compõe os atos que causam dor ou dano físico no corpo da mulher e não tem algum embasamento científico, como o uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva, certas manobras no parto que não são recomendadas entre outras práticas; a psicológica é toda ação verbal ou comportamental que provoca sentimentos como inferioridade e vulnerabilidade na mulher; e a violência sexual que é constituída por qualquer ação que pode ou não

estar ligada aos órgãos sexuais e partes íntimas da mulher, que viola a sua intimidade e afeta a sua integridade sexual e reprodutiva. [5]

Com a mudança do cenário de parto do espaço domiciliar para hospitalar, o processo virou um evento médico e a tecnologia foi privilegiada do que o cuidado, solitário e despersonalizado. As mulheres ainda creem que essa é um ambiente seguro para elas e seus bebês, porém essa não é sempre a realidade, pois é nesses ambientes que a mulher é desrespeitada e maltratada. A assistência ao parto segue o modelo industrial aonde o aumento da produção é essencial o que pode ser vista na assistência ao parto no aumento das taxas de cesarianas, aonde algumas maternidades agendam as cesarianas como se fosse a linha de produção do nascimento. [7, 13]

A humanização do processo parturitivo é um resultado do movimento das mulheres e adotou como base as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre as condutas na assistência ao parto normal. Humanizar o processo de atenção ao parto e nascimento envolve ter respeito para a natureza biológica, social, cultural e espiritual da mulher. Com a humanização na assistência, criam-se relações menos desiguais entre os profissionais de saúde e as mulheres. [17] A comunicação e relacionamento entre as pessoas baseados no respeito da individualidade de cada paciente são essências quando se fala da humanização que podem ser expressos através da linguagem verbal ou não verbal. A linguagem utilizada deveria ter o mesmo significado para o paciente e o profissional senão não terá comunicação efetiva. O profissional de saúde tem a obrigação de adquirir a comunicação como competência interpessoal, pois é fundamental no processo terapêutico e nesse caso é essencial num período tão marcante da vida de uma mulher. [16]

A humanização da assistência aponta a necessidade de compreender o parto como uma experiência humana e melhora a qualidade do cuidado respeitando os direitos do paciente, a sua subjetividade e a sua cultura. Algumas das práticas humanizadas que devem ser encorajados são: o respeito para a fisiologia do parto evitando intervenções desnecessárias, identificar os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecer apoio emocional para a mulher e a sua família e promovendo a formação de laços afetivos familiares e entre a mãe e o filho, dar oportunidade para a mulher exercer sua autonomia durante o processo todo, deixar a parturiente ficar com acompanhante da sua escolha, dar informações sobre os procedimentos que serão feitos e acima de tudo respeitar os direitos da cidadania da mulher. [19]

A humanização engloba conhecimentos, práticas e atitudes cujo objetivo é promover parto e nascimento saudáveis e prevenir a morbimortalidade materna e perinatal. Começa durante o pré-natal e vai até o puerpério visando à garantia de realização de procedimentos que são cientificamente comprovados como benéficos para a mulher e o bebê evitando intervenções

desnecessárias e preservando a privacidade e autonomia da mulher. Durante o cuidado, os quatro princípios de bioética devem ser levados em consideração; respeito, beneficência, não maleficência e justiça. Em relação com o respeito na assistência durante o parto, deve garantir a autonomia para fazer as escolhas e assegurar a proteção contra os danos para as pessoas com autonomia diminuída nesse caso, o bebê que esta numa situação vulnerável. A beneficência é a obrigação ética de reduzir os danos maximizando os benefícios no que se trata de uso das práticas recomendadas cientificamente. O principio da justiça expressa a necessidade de dar assistência igual para todos sem discriminação e respeitando a necessidade e individualidade de cada uma. [19]

A humanização pode ser compreendida em varias formas entre elas: a legitimidade cientifica através do uso das praticas baseadas em evidencia; legitimidade politica por meio de defesa dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento e seus direitos de cidadania; legitimidade profissional e corporativa através de trocar dos cenários de parto, do centro cirúrgico para sala de parto ou casa de parto e deslocamento do cuidador principal do parto, do cirurgião obstetra para enfermeira obstetra ; legitimidade financeira por meio de boa escolha e gastos nos cuidados durante o parto; legitimidade na participação da mulher no momento decisório sobre a sua saúde e uma relação medico- cliente melhor; alivio de dor e incorporação de outras praticas que humaniza o cuidado oferta. [7]

Nesse cenário, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde visando implementar uma rede de cuidados para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento na rede pública. É composta pelos componentes pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança até 2 anos. A implantação dessa Rede mostra o reconhecimento do Ministério de Saúde da situação critica dessa assistência. [22]

A Rede Cegonha tem com objetivo garantir acesso, acolhimento e resolubilidade na saúde da mulher e oferecer o novo modelo de atenção ao parto, nascimento e a saúde da criança. Assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Tem como suas diretrizes o teste rápido de gravidez nos postos de saúde, seis consultas no mínimo de pré-natal, série de exames clínicos e laboratoriais, garantia de leito e de vinculação da gestante a certa maternidade ou hospital público, qualificação de profissionais para uma atenção segura e humanizada, criação de centros de gestante e do bebê para a assistência á gravidez de alto risco e casas de parto para implementar a demanda de parto humanizado. O aleitamento materno também é incentivado no programa. [23]

CONCLUSÃO

O nascimento de um filho é um evento marcante para a vida da mulher e nesse momento que ela precisa ser acolhida e dada assistência dependendo da sua individualidade, suas necessidades e respeitando os seus direitos. Mesmo com a existência de políticas públicas e recomendações que asseguram uma assistência de qualidade durante o pré-parto e parto, ainda há barreiras para a execução do mesmo vindo da fragilidade do sistema de saúde, profissionais que não aderem ás práticas consideradas benéficas para o parto, o rompimento da relação de confiança entre o profissional e a paciente dado pelo poder do profissional sobre a mulher que se baseia no conhecimento cientifico tecnológico e a falta de apreensão na parte das mulheres sobre seus direitos o que tornam elas sujeitos passivas durante o parto.

Intervenções consistentes para alcançar a humanização do parto são essenciais como a melhoria da assistência no pré-natal, criação de protocolo de assistência durante o parto, capacitação dos profissionais sobre as praticas benéficas para o parto, melhoria na estrutura dos serviços de saúde, cumprimento das leis que asseguram assistência de qualidade. Há a necessidade de empoderar as mulheres sobre seus direitos, restaurar a sua autonomia, pois sendo assim, sempre na sua ausência, elas podem reivindica lós e podem se tornar os atores principais do seu papel no parto.

Inicialmente, o objetivo era realizar uma pesquisa num Hospital Universitário com as parturientes para se dispor de um olhar mais vivido da realidade que as mulheres vivenciam durante o parto, mas não foi possível devido à demora na liberação do parecer para execução do projeto pelo comitê de ética responsável pela autorização de tais pesquisas na instituição. Sendo assim, fez-se necessário a realização de uma análise documental para o devido cumprimento do prazo de entrega do Trabalho de Conclusão de Curso. O estudo somente dá a visão da realidade brasileira, para poder analisar melhor a assistência durante o parto no país, necessita outros estudos que aprofundam sobre o tema no cenário nacional e internacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface Comunição e Saúde. 2012, 16(40), 107-119.
2. ONU. Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development. Cairo, 1994.
3. Souzas R, Alvarenga TA. Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. Saúde e Sociedade. São Paulo: 2007, 16(2), 125-132.
4. Griboski A, Guilhem D. Mulheres e profissionais de Saúde: O Imaginário Cultural na Humanização ao Parto e Nascimento. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis: 2006, 15(1), 107-114.
5. Aguiar MJ, D'oliveira PF, Schraiber BL. Violência institucional, autoridade médica e poder nas

maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Caderno de Saúde Publica. Rio de Janeiro. 2013, 29(11), 2287-2296.
6. Oliveira SA, Rodrigues PA, Guedes CV, Felipe FG. Percepção de Mulheres sobre a Vivência do Trabalho de Parto e Parto. Revista Rene. 2010, 11 número especial, 32-41.
7. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009, 13(1), 759-68.
8. Brasil, Senado Federal. Violência Obstétrica "Parirás com dor". Disponível em: http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC %20VCM%20367.pdf Acesso em 2 de outubro de 2013.
9. Organização Internacional de Trabalho (OIT), 2008. Maternidade Segura e o Mundo de Trabalho. Disponível em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/maternidade_segura.pdf. Acesso em: 30 de novembro, 2013.
10. Merighi AB, Gualda MR. O cuidado à Saúde Materna no Brasil e o Resgate do Ensino de Obstetrizes para Assistência ao Parto. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2009, 17(2).
11. SOUZA,J.,KANTORSKI,P.L.,LUIS,V.A., Documentary analysis and participant observation in mental health research. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador,v.25,n.2,p. 221-228,maio/ago.2011
12. Dias BA, Deslandes FS. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006, 22(12), 2647- 2655.
13. Teixeira FZ, Pereira RW. Parto hospitalar- experiências de mulheres da periferia de Cuibá- MT. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006, 59(6), 740-744.
14. Nagahama IE, Santiago MS. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. Revista Brasileira da Saúde Materno Infantil. Recife: 2011, 11(4), 415-425.
15. Pereira RW. Poder, violência e Dominação simbólicas nos Serviços Públicos de Saúde. Texto Contexto Enfermagem. 2004, 13(3), 391- 400.
16. Oliveira ME, Zampieri MFM, Bruggemann OM. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
17. Brasil, Senado Federal. Violência Obstétrica "Parirás com dor". Disponível em: http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC %20VCM%20367.pdf Acesso em 2 de outubro de 2013.
18. Carvalho FV, Kerber CN, Busanello J, Gonçalves GB, Rodrigues FE, Azambuja PE. Como os trabalhadores de um Centro Obstetrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Revista Escola de Enfermagem, USP. 2012, 46(1), 30-37.
19. Souza TG, Gaiva MA, Modes PS. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre: 2011, 32(3), 479-486.
20. D'orsi, E; Bruggemann, MO; Diniz, SC; Aguiar, MJ; Gusman, CR; Torres, AJ; Tuesta, AA; Rattner, D; Domingues, MR. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Caderno de Saúde Publica, Rio de Janeiro,30, sup: 154-168 p.,2014
21. OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em 2 de Dezembro, 2014.

22. Ministério da saúde: Mortalidade materna no Brasil. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/saude/2012/02/ministerio-da-saude-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna. Acesso em 11 de Dezembro de 2013.
23. Carneiro RG. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. Interface Comunicação Saúde Educação. 2013, 17(44), 49-59.