



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

LIANA BARCELAR EVANGELISTA GUIMARÃES

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL EM MATERNIDADES
PÚBLICAS DO ESTADO DO TOCANTINS**

**GOIÂNIA – GO
2014**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

LIANA BARCELAR EVANGELISTA GUIMARÃES

**VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL EM MATERNIDADES
PÚBLICAS DO ESTADO DO TOCANTINS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós - Graduação Stricto-Sensu, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.
Orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas

GOIÂNIA – GO
2014

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

Guimarães, Liana Barcelar Evangelista.

G963v Violência institucional em maternidades públicas do estado do Tocantins [manuscrito] / Liana Barcelar Evangelista Guimarães. – 2014.
125 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, 2014.

“Orientadora: Profa. Dra. Eline Jonas”.

Bibliografia.

1. Violência. 2. Parto (Obstetrícia). 3. Direitos reprodutivos. 4. Direitos sexuais. 5. Mulheres. I. Título.

CDU 618.4(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 23 DE MAIO DE 2014 E CONSIDERADA
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1) Eline Jonas
Profa. Dra. Eline Jonas / PUC Goiás (Presidente)

2) Edsaura Maria Pereira
Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira / UFG (Membro Externo)

3) Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer
Profa. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer / PUC Goiás (Membro)

4) Lúcia Helena Rincón Afonso
Profa. Dra. Lúcia Helena Rincón Afonso / PUC Goiás (Membro)

Aos meus pais, Ana Barcelar Evangelista e Leci Lopes Evangelista, minha fonte de fortaleza e ânimo. Minha gratidão e o meu amor, por tudo que vocês são em minha vida.

À minha Avó, Boaventura Ferreira dos Santos Barcelar, pelas inúmeras histórias de parto que me contou e que de certo modo, influenciou o meu interesse pela Enfermagem Obstétrica. Pelo seu exemplo de vida, será sempre minha importante referência.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por prover tudo em minha, inclusive restaurar as minhas forças constantemente.

À Professora Dra. Eline Jonas, imprescindível nesse processo tão importante de construção. Serei sempre grata por ter aceito orientar o meu trabalho e propiciado um aprendizado acadêmico e pessoal. Pela sua compreensão, pelo aprendizado e respeito demonstrado em cada encontro, meu muito obrigada.

À Coordenação, Professores, Colegas e Funcionários do MCAS/PUC-GO, obrigada pela convivência durante esses dois anos.

À Banca, Prof.^a Dr.^a Eline Jonas, Prof.^a Dr.^a Irmtraut Araci, Prof.^a Dr.^a Edsaura Maria e Prof.^a Dr.^a Lúcia Rincón pelas valiosas contribuições.

Aos meus colegas: Edilma, Rosimeire, Estela, Raphaella, Alejandro, Anna, Josemária, Gilcilene e Edilene, que me ajudaram nessas viagens de coleta de dados, minha gratidão.

Aos meus familiares e amigos que contribuíram com mais essa conquista em minha vida.

Em especial, agradeço às cinquenta e seis mulheres que me oportunizaram ouvir suas histórias e tornaram possível a realização dessa pesquisa.

Ser mãe não é uma profissão; não é nem mesmo um dever: é apenas um direito entre tantos outros.

Oriana Fallaci

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório/descritivo. Para a obtenção das informações foram realizadas entrevistas por saturação de informação junto a 56 puérperas que tiveram seus partos entre os anos de 2010 a 2013 em 14 maternidades públicas das oito regiões de saúde do Estado do Tocantins, sendo 11 instituições de gestão estadual, duas municipais e uma filantrópica. As participantes foram selecionadas aleatoriamente a partir dos registros de parto das Unidades de Saúde e pelas listas dos Agentes Comunitários de Saúde. Os objetivos foram: Identificar as principais políticas públicas de atenção ao parto e nascimento implementadas no Estado do Tocantins e identificar a percepção das mulheres sobre violência institucional no processo de parto em maternidades públicas do Estado do Tocantins no período de 2010 a 2013. Quanto aos relatos de violências sofridas na maternidade, das 56 mulheres entrevistadas, 49 consideraram ter sofrido algum tipo de violência institucional no parto. As queixas se referiram à dificuldade no acesso aos serviços obstétricos, negligência, violência verbal, que inclui tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhação, desrespeito; violência física; violência psicológica, precariedade de recursos humanos e materiais; descontinuidade da assistência do pré-natal ao parto; descumprimento da lei do direito ao acompanhante de livre escolha, utilização de procedimentos que não são mais indicados. Tendo em vista os resultados apresentados, considera-se que esse estudo cumpriu seus objetivos propostos. Observou-se em todas as quatorze maternidades pesquisadas descumprimento de várias políticas brasileiras de atenção ao parto e nascimento, havendo violência institucional no momento do parto, em todas as instituições, o que demonstra a magnitude do problema nessas regiões e a necessidade de melhoria desses serviços. A negligência foi um dos tipos de violência mais destacados pelas entrevistadas e chama atenção os relatos trágicos trazidos pelas participantes das pesquisas onde apontaram a relação desse tipo de violência a óbitos no período neonatal precoce. A Lei do Acompanhante foi apontada como uma das mais descumpridas pela maioria das maternidades públicas do Tocantins. Os problemas relacionados à ambiência das maternidades foram apresentados como outro ponto negativo nos relatos realizados pelas mulheres. Ficou evidente o papel e compromisso dos gestores, dos profissionais de

saúde, das instituições formadoras, e de outros atores, além do empoderamento das usuárias e conseqüentemente o reconhecimento dessa assistência como direito, constituindo aspectos fundamentais para a mudança de práticas.

Palavras-chave: Violência Institucional. Parto. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Mulher.

ABSTRACT

This is a qualitative, exploratory / descriptive study. To obtain information interviews were conducted by information saturation along the 56 women who reported their births between the years 2010 to 2013 in 14 public hospitals in eight health regions in the State of Tocantins, with 11 institutions of state management, two municipal and philanthropic. The participants were randomly selected from the records of birth of the Health Units and lists of Community Health Agents. The objectives were to: Identify key public policies that address labor and birth implemented in the State of Tocantins and identify women's perceptions on institutional violence in the birth process at public hospitals in the state of Tocantins in the period 2010-2013. Regarding reports of violence suffered in motherhood, the 56 women interviewed, 49 believed to have suffered some kind of violence in institutional delivery. Complaints referred to the difficulty in accessing obstetric services, neglect, verbal abuse, including rough treatment, threats, repression, screaming, humiliation, disrespect; physical violence; psychological violence, precariousness of human and material resources; discontinuity of care from prenatal childbirth; violation of the law of the right to free choice of companion, using procedures that are no longer indicated. In view of the presented results, it is considered that the study met its objectives. It was observed in all fourteen hospitals surveyed breach of several Brazilian policies that address labor and birth, with institutional violence at delivery in all institutions, which shows the magnitude of the problem in these regions and the need to improve these services. The negligence was one of the most prominent types of violence and calls attention interviewed by the tragic reports brought by the participants of the research which showed the relationship of such violence deaths in the early neonatal period. The Law of the Escort was identified as one of the most unfulfilled by most public hospitals do Tocantins. The problems related to the ambience of the hospitals were presented as another negative point in the reports made by women. It was evident the role and commitment of managers, health professionals and educational institutions, besides the empowerment of users and consequently the recognition of care as a right, constituting fundamental aspects for changing practices.

Keywords: Institutional Violence. Parturition. Rights Sexual and Reproductive. Woman.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Maternidades que atendem pelo Sistema Único de Saúde por Regiões de Saúde do Estado do Tocantins	60
Figura 2 - Região de Saúde de Augustinópolis, Estado do Tocantins, 2014.....	61
Figura 3 - Região de Saúde de Araguaína - Estado do Tocantins, 2014	62
Figura 4 - Região de Saúde de Guaraí - Estado do Tocantins, 2014.....	63
Figura 5 - Região de Saúde de Paraíso - Estado do Tocantins, 2014.....	64
Figura 6 - Região de Saúde de Palmas - Estado do Tocantins, 2014.....	65
Figura 7 - Região de Saúde de Porto Nacional - Estado do Tocantins, 2014.	66
Figura 8 - Região de Saúde de Gurupi - Estado do Tocantins, 2014.	67
Figura 9 - Região de Saúde de Dianópolis - Estado do Tocantins, 2014.	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Marcos importantes das políticas de assistência pré-natal, parto e puerpério	43
Quadro 2 - Manuais técnicos do Ministério da Saúde na área da assistência obstétrica.....	45
Quadro 3 - Marcos político-institucionais importantes para a agenda da Saúde Integral da Mulher	47
Quadro 4 - Relação de Maternidades por Regiões de Saúde do Estado do Tocantins, 2014.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição absoluta das puérperas atendidas nas 14 maternidades entre 2010 a 2013, segundo tipo de parto, ano e faixa etária - Estado do Tocantins, 2014.	52
Tabela 2 - Distribuição absoluta das puérperas atendidas nas 14 maternidades públicas entre 2010 a 2013, segundo tipo de parto e regiões de saúde - Estado do Tocantins, 2014.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
AIH	Autorizações de Internações Hospitalares
ANDO	Associação Nacional de Doulas
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
CEPOMFI	Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil do Tocantins
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAZ	Fundo de Assistência Social
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde Da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA	Plano de Pronto Ação
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
RNS	Resoluções Normativas
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SESC	Serviço Social do Comércio
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL	22
2.1 Conceituando a Violência Institucional	22
2.2 Violência Institucional: Gênero e Poder	26
3 ASPECTOS HISTÓRICOS, ÉTICOS, FILOSÓFICOS E INSTITUCIONAIS DA HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	32
4 POLÍTICAS PÚBLICAS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL	43
5 METODOLOGIA – O Caminho Percorrido	50
5.1 Tipo de Estudo	50
5.2 Materiais e Métodos	50
5.3 Participantes da Pesquisa	51
5.4 Coleta de Dados.....	53
5.5 Análise dos Dados	54
5.6 Aspectos Éticos.....	55
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6.1 Cenário da Pesquisa: Rede de Atenção à Saúde do Estado do Tocantins....	56
6.2 Percepção das Mulheres Sobre a Assistência Recebida na Gestaçã.....	69
6.3 Sentimentos Vivenciados pelas Mulheres Durante a Internaçã para o Parto74	
6.4 Tipos de Violências Identificadas	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117

APÊNDICE B - Declaração de Aceite e Concordância da Maternidade	119
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista com Puérperas	120
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética.....	121
ANEXO B - Recomendações da OMS no Atendimento ao Parto Normal	123

1 INTRODUÇÃO

Configura violência obstétrica a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia. Essas intervenções provocam danos e riscos comprovados por evidências científicas, porém continuam sendo utilizadas sem critério pelos profissionais de saúde. Crenças e preconceitos a respeito da sexualidade e saúde das mulheres presentes na sociedade patriarcal, capitalista e androcêntrica contribuem com a forma como são vistas e (des) tratadas por estes profissionais (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Em 2011, dois importantes estudos foram publicados: uma pesquisa de opinião da Fundação Perseu Abramo e SESC, coordenada pelo professor Gustavo Venturi Jr, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, que revelou um dado preocupante, uma em cada quatro brasileiras que deram a luz em hospitais públicos ou privados relata algum tipo de agressão durante o parto. Já o estudo da psicóloga Janaína Marques Aguiar, para sua tese de doutorado no departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, evidenciou que “quanto mais jovem, mais escura e mais pobre, maior a violência no parto” (BRASIL, 2012).

É relevante enfatizar que a produção científica sobre violência obstétrica vem crescendo na última década em nível internacional, como podemos observar nos estudos de (DINIZ, 2004,2005 e 2006; PEREIRA, 2004; FIGUEIREDO et al., 2004; DIAS; DESLANDES 2006; GRIBOSKI; GUILHEM 2006; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; LEAL et al., 2005; GOMES et al., 2008; WOLFF; WALDOW, 2008; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005 e 2011; HOTIMSKY, 2002;2009; AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; BASSO; MONTICELLI, 2010; e MUNIZ; BARBOSA, 2012). Porém a pesquisa de Borba (2012), sinaliza que poucos estudos apresentam como objetivo a investigação da violência, uma vez que a descrição desse fenômeno surge nos resultados dos estudos, e não se constituem como objetivo central das investigações.

Merece atenção as considerações trazidas por Aguiar (2010), que relata a violência institucional no cotidiano da assistência em maternidades públicas, trazendo a banalização do sofrimento da paciente que resulta em invisibilidade; expressa através da objetificação da mulher que não é reconhecida como um sujeito

na relação com o profissional de saúde, e sim como um objeto de intervenção para se chegar a um fim, vigorando a transformação de suas diferenças étnicas, sociais e de gênero em desigualdades, através de condutas discriminatórias que colocam a paciente em posição de inferioridade a fim de reforçar as relações de mando e obediência.

Ademais, reflete-se ainda, precariedade de recursos materiais e humanos; a descontinuidade da assistência prestada do pré-natal ao parto; o uso exacerbado de tecnologia como mediadora das relações e a impessoalidade no cuidado como terreno fértil para a violência exercida através de maus tratos e desrespeitos (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Como Enfermeira Obstetra, docente da disciplina de Enfermagem Obstétrica e Avaliadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) realizei atividades principalmente no pré-parto e sala de parto de cinco maternidades no Estado do Tocantins, e muitas vezes presenciei situações de violência no processo de parturição. Além do constrangimento, a indignação também foi sentimento que vivenciei. Percebi que pouco se conversava sobre aquelas situações, ou seja, a reprodução dessa violência quase sempre era naturalizada pelos profissionais de saúde e pouco verbalizada pelas parturientes. Participando do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil e do Fórum Perinatal do Tocantins tive oportunidade de refletir e conversar melhor sobre o assunto. Assim, tive interesse em estudar um pouco mais sobre o tema, trazendo para a reflexão e principalmente para o debate.

A relevância do tema violência institucional no parto e o desejo de contribuir para melhoria do atendimento às parturientes, motivou o interesse em desenvolver essa pesquisa nas maternidades públicas do Estado, tendo como objetivos: identificar as principais políticas públicas de atenção ao parto e nascimento implementadas no Estado do Tocantins e a percepção das mulheres sobre violência institucional no processo de parto em maternidades públicas do Estado do Tocantins no período de 2010 a 2013.

Dada a magnitude e gravidade desse fenômeno nas vidas das mulheres e crianças, acredito que conhecer melhor como a violência obstétrica é vista e vivenciada pelas parturientes em maternidades públicas, conseqüentemente, contribuirá com a discussão estadual subsidiando a efetivação de políticas públicas

e ações específicas no Estado do Tocantins, podendo ainda, contribuir para mudanças necessárias a essa população.

Portanto, acredito na necessidade de aprofundar sobre esse complexo tema, que tem impacto na vida e na saúde, principalmente das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando possível um entendimento melhor e conseqüentemente a concretização das principais políticas de humanização do cuidado a essa clientela atingida.

Atualmente já conta-se com várias referências que subsidiaram esse estudo, desde as considerações teóricas, o porquê e como ocorre esse tipo de violência, até o impacto da violência institucional nas maternidades, sendo tema de estudos, que vem contribuindo nas mais diversas discussões (redes sociais, documentários, fóruns, etc) e principalmente na efetivação de projetos que buscam a melhoria da atenção obstétrica no Brasil, como é o caso da Pesquisa Nascer no Brasil (2012), o Plano de Qualificação das Maternidades (2010), Rede Cegonha (2011), entre outros.

Além de contribuir para desencadear muitas ações com o objetivo de desnaturalizar a violência obstétrica, dar voz às mulheres que viveram essas experiências, promover discussão coletiva sobre o assunto, entre outras ações realizadas por pesquisadores, mulheres ativistas, militantes e todos aqueles que lutam contra a violência em saúde e em prol da humanização do parto e nascimento (PESQUISA VIOLÊNCIA NO PARTO, 2012)

Em pesquisa recente, realizada por Barbosa e Muniz (2012), identificou-se que a violência obstétrica é comum no cotidiano do atendimento à mulher no parto, portanto, torna-se fundamental que se fale sobre isso, que se esclareçam as condições deste fenômeno, com o objetivo de que as próprias mulheres encontrem meios de identificá-lo e impedi-lo, podendo transformar este quadro. Outros trabalhos sugerem que estudos locais possam contribuir para caracterizar melhor como esses fatos vem ocorrendo.

Carvalho et al. (2007), apontam que a noção de direitos é ainda pouco concreta para as usuárias dos serviços de saúde, porém, menos palpável ainda para quem depende do SUS.

Outros aspectos citados por Aguiar e D'Oliveira (2011) são o desconhecimento e a falta de respeito para com os direitos sexuais e reprodutivos

da mulher, além da imposição de normas e valores morais depreciativos por parte dos profissionais.

Notamos que a violência institucional em maternidades passou a ser tratada com mais relevância e visibilidade principalmente a partir da denúncia dos movimentos de mulheres, destacando a importância de serem respeitados os direitos reprodutivos e sexuais, pelo movimento de metanálise e evidência científica e pelo governo que propõe e implementa políticas de saúde, como o PAISM (1984), o PHPN (2000) e a Rede Cegonha (2011).

Atualmente, entre as ações que busca desnaturalizar a violência obstétrica, merece destaque:

- Teste da Violência Obstétrica do blog Parto no Brasil, que teve como resultado uma ampla discussão sobre assunto, virtualmente.
- Vários trabalhos acadêmicos são apresentados em eventos científicos importantes, como no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
- Lançamento do vídeo-documentário popular “Violência Obstétrica – A Voz das Brasileiras (PESQUISA: VIOLÊNCIA NO PARTO, 2012)

O referencial teórico utilizado no presente estudo inicia com a abordagem conceitual do tema proposto, explorando os aspectos de gênero e de poder. O conceito de violência adotado para referenciar esse trabalho é o mesmo adotado em trabalho semelhante de Aguiar e D’Oliveira (2011), que se reporta a Chauí (1985), entendendo a violência como a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com o objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e falas impedidas ou anuladas. Sendo debatida à luz de duas óticas principais: Violência institucional, como questão de gênero e o poder simbólico, tendo como consequência a perda do poder da mulher em relação ao parto e a utilização de práticas abusivas e iatrogênicas¹, na assistência ao parto. Perpassa ainda pelos

¹A iatrogenia consiste num dano, material ou psíquico, causado ao paciente pelo médico. Todo profissional possui um potencial iatrogênico, e tal aspecto depende não somente da capacidade técnica, como também da relação médico-paciente estabelecida. A formação médica possui papel fundamental na constituição de sujeitos menos propensos a cometerem iatrogenias. Iatrogenia é uma palavra que deriva do grego: o radical iatro (“iatrós”), significa médico, remédio, medicina; geno (“gennáo”), aquele que gera, produz; e “ia”, uma qualidade. A iatrogenia poderia,

aspectos éticos, históricos, filosóficos e institucionais da humanização na atenção ao parto e nascimento e, por fim, apresenta as principais políticas públicas pela humanização do parto e nascimento no Brasil.

A abordagem metodológica utilizada foi a pesquisa qualitativa, por saturação de informação. Foram realizadas entrevistas junto a 56 puérperas que tiveram seus partos entre os anos de 2010 a 2013, atendidas em 14 Maternidades públicas das oito Regiões de Saúde do Estado do Tocantins, sendo 11 instituições de gestão estadual, duas instituições de gestão municipal e uma instituição filantrópica.

2 VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

2.1 Conceituando a Violência Institucional

A violência como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Ou seja, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Como ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa, que se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, traduz o conceito de violência (CHAUÍ, 1985).

Várias pesquisas de países diversos apontam para o uso arbitrário que muitos profissionais de saúde fazem de sua autoridade e saber no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, como uma das principais fontes de violência institucional a que são submetidas às mulheres nos serviços de saúde. A maior parte desses estudos se concentra no campo da assistência à sexualidade e reprodução da mulher. Reforça os principais tipos de violências, sobretudo na assistência ao parto em maternidades públicas, como exemplo as intervenções e procedimentos desnecessários, em descompasso com as evidências científicas atuais, cita (AGUIAR, 2010).

Todas essas condutas trazem consigo efeitos que podem causar à saúde da mulher e da criança, resultando em uma cascata de intervenções, como o uso de substâncias para acelerar o parto, o rompimento artificial de membranas, a episiotomia e o uso de fórceps apenas para treinamento e cesarianas sem indicação clínica, entre outros [...]

Os riscos e sequelas citados são: lesão perineal, incontinência urinária e anal, disfunção sexual, pós-parto doloroso, dificuldade na formação de vínculo mãe-bebê e na amamentação, dor local, cicatrizes, deformidades que requerem correção cirúrgica (AGUIAR, 2010, p. 15).

A mesma autora ressalta que a definição precisa de onde começa e onde termina a violência e os maus tratos, principalmente no que se refere ao uso de tecnologias é bastante complexa e difícil, levando a inúmeros questionamentos.

Portanto, considerou-se violência institucional como aquela exercida nos/pelos serviços públicos, por ação ou omissão; desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços, compreendendo os abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuárias e profissionais dentro das instituições (BOTTI, 2013).

Essa violência acontece de formas diversas: peregrinação em busca de atendimento nos serviços; ausência de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus tratos motivados por discriminação; violação dos direitos reprodutivos; desqualificação do saber prático e da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos; críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero; diagnósticos imprecisos acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência (BRASIL, 2003).

Em qualquer fase da vida, segundo Silva (2008), a violência é considerada um grave problema social e de saúde pública a ser enfrentado no Brasil; é um problema cíclico, fazendo-se necessária a conscientização da população para que esta não se omita diante dos fatos. Portanto, torna-se também objeto de intersectorialidade integrando o campo médico e social.

Segundo esta mesma autora, no Brasil, estudos em diferentes regiões apontam similaridades e diferenças nas diversas modalidades de violências perpetradas nas maternidades públicas. Desde a falta de informações prestadas durante a assistência, conduta profissional desatenciosa, grosseira, impaciente e desrespeitosa, com declarações moralistas e preconceituosas sobre a vida pessoal e o comportamento das pacientes, o uso abusivo de técnicas não benéficas e desuso de tecnologias apropriadas, até mesmo o abuso sexual.

A questão de gênero para Teixeira e Pereira (2006) é vista com evidência nos estudos, onde a igualdade na condição feminina de profissionais e pacientes não garante maior solidariedade de gênero às pacientes.

No Brasil o tema da violência contra as mulheres nos serviços de saúde vem sendo objeto de denúncia e reflexão desde os anos de 1980, no interior de movimentos feministas e desde a década de 1990 em trabalhos acadêmicos, como mostra Hotimsky (2009), que estuda especificamente a violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia.

O modo como se estruturam as relações de saber-poder entre profissionais em formação e as mulheres por eles atendidas, a baixa prioridade dada à aprendizagem da ética e de aptidões associadas à comunicação e as formas tradicionais de treinamento de residentes são elementos do ensino em serviço associados à reprodução da violência institucional (HOTIMSKY, 2009, p. 1307).

O estudo de Borba (2012), que analisou doze artigos indexados no período de 2002 a 2011 sobre violência no processo de parturição constatou que a violência institucional está relacionada a diversos fatores vinculados à atenção no pré-natal e nascimento, principalmente ao modelo intervencionista e biomédico, que desrespeita o protagonismo e as decisões femininas durante a parturição. Refere-se ainda que a violência institucional manifesta-se principalmente no pré-parto. O profissional médico é descrito em muitos artigos como um dos promotores da violência; sendo uma tendência de generalização da violência institucional como prática dos profissionais. Identificou-se a negligência como o tipo de violência mais freqüente, sendo a ausência de informação, o tratamento grosseiro, a objetificação e a promoção do desconforto durante os procedimentos citados várias vezes.

O Brasil vive um paradoxo na saúde perinatal, onde se utiliza tecnologias duras, desprezam-se as evidências científicas e, com isto, um cenário alarmante de mortalidade materna, fetal e infantil, em sua maioria por causas evitáveis. A morte materna, considerada uma epidemia silenciosa há várias décadas, vem sendo visibilizada como um sério problema de saúde pública brasileiro, que precisa ser mudado. Assim a violência institucional no parto além de produzir sofrimentos psicológicos a curto e longo prazo, em alguns casos, a negligência, pode ainda evoluir à morte, tanto materna quanto infantil.

É consenso entre os principais estudiosos brasileiros sobre esse tema o alto índice de cesárea no Brasil, como consequência de uma espécie de fuga, por parte

da mulher, de um atendimento inadequado ao parto normal, com excesso de intervenções e sem respeito aos mecanismos fisiológicos femininos, onde a cesariana passou a ser o método normal de parir e nascer, numa inversão da naturalidade da vida (DINIZ, 2009).

[...] montamos neste país no lugar de um cenário de segurança e conforto, um circo de horrores (alojar na mesma enfermaria mulheres que estão em abortando com as que estão saudáveis e em trabalho de parto; falta de privacidade; obrigatoriedade da posição deitada, que aumenta a dor, e impossibilidade de escolha pela mulher da posição mais confortável para dar a luz; jejum; não permitir acompanhante; uso de ocitocina, episiotomia de rotina (LANSKY, 2009, p. 9).

Confirma-se assim o processo da iatrogênese estrutural, uma síndrome provocada pela prática médica, transfigurada numa regressão estrutural do nível de saúde causada pela perda de autonomia sobre o próprio corpo. Isso revela que a demanda por determinadas tecnologias médicas nos períodos de gestação, parto e puerpério são construídos pelos médicos que as utilizam para manter o poder simbólico e também para recriar a própria mística, de serem os únicos a dar conta de todos os aspectos da vida e do adoecer (PEREIRA, 2004).

Segundo Luz (2008), apesar dos esforços para melhorar a qualidade dos serviços públicos de saúde no Brasil, iniquidades e violência institucional persistem nos hospitais, perduram as lacunas do acesso, a baixa qualidade, a precariedade nos serviços, a hegemonia do modelo biomédico calcado na lógica tecnicista que menospreza a complexidade dos fatores que afetam a saúde das pessoas. Persistindo, ainda, o desrespeito aos direitos dos usuários, embora legalmente preconizados.

A mulher é vítima tanto de violência institucional, na forma de serviços que não funcionam a contento como também é uma das principais vítimas da violência do comportamento, por estar inserida numa sociedade historicamente marcada pelo viés androcêntrico do paradigma cartesiano que fundou as bases da dominação masculina na sociedade ocidental, escreve (PEREIRA, 2004).

Os pilares da violência e do poder simbólico nas ações e prática médica estão relacionados com vários aspectos: à falta de informação, à dificuldade de comunicação, à mistificação, à desqualificação e à objetificação presentes nas

diferentes maneiras como se constrói a relação entre os médicos e sua equipe, de um lado e, de outro, a clientela, explica Pereira (2004) sobre a construção do poder e da violência,

Ao tratar o ser humano como uma coisa que só sente o que o médico quer ou o que ele diagnostica, ao reduzi-lo a algo que não fala ou que não é ouvido quando se manifestam, os médicos constroem a heteronomia nas relações que acontecem nos serviços de saúde, que pressupõe e define quem pode e quem deve decidir (PEREIRA, 2004, p. 391).

Portanto, é notório que não é possível falar de violência institucional no parto sem tratar de questões relativas à situação da mulher, ou seja de questões relacionadas à gênero e poder. Nessa perspectiva consideramos importante ressaltar que inúmeros são os trabalhos que falam sobre gênero, desde a definição até sua repercussão diversificada na vida das mulheres pelo mundo, em sociedades e momentos históricos dinâmicos. Assim, a violência obstétrica é vista como reflexo da violência de gênero e do poder simbólico, como veremos a seguir.

2.2 Violência Institucional: Gênero e Poder

Gênero é o elemento constitutivo de relações sociais baseado nas experiências percebidas entre os sexos, implicando em quatro elementos: Símbolos culturalmente disponíveis com representações múltiplas (contraditória), conceitos normativos que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos e que assumem a forma binária. Dimensão política com referência às instituições e organizações sociais e identidade subjetiva como reflexão sobre a construção de identidade de gênero (crítica à psicanálise pela pretensão universal, ahistórica), define SCOTT (1995).

Portanto, gênero seria a primeira forma de relação de poder, o campo onde o poder vai se entrelaçando e articulando. Obviamente, o gênero não é o único campo, mas constitui um meio persistente e recorrente que na verdade tem essa significação do poder. Pode-se entender que a posição subalterna das mulheres na maioria das sociedades tem causas sociais, econômicas e políticas, confrontando, assim com as explicações que atribuem ao seu biológico à reprodução e as causas desta inferioridade (CARDOSO, 2012).

O conceito de gênero emerge, então, da reflexão coletiva das mulheres sobre seus corpos, vivências e emoções enquanto mulheres, e da recusa ao determinismo biológico, que se caracteriza pela diferença sexual (SIMÕES BARBOSA, 2001).

Neste sentido, a violência de gênero é qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra a outra, numa relação pautada em desigualdade e assimetria entre homens e mulheres. Pode ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais (NIJAINÉ, et al 2009).

Estudos demonstram as contribuições do movimento feminista alavancando as discussões sobre a opressão das mulheres, e fazendo questionamentos que vão além do corpo e da sexualidade. Essa percepção revelou outras formas de opressão e exploração articuladas à de gênero, tais como as de classe social e de raça/etnia, sinalizando para as diferenças entre as mulheres (SIMÕES BARBOSA, 2001; SCOTT, 1995).

Os estudos direcionados a responder as causas de opressão/subordinação das mulheres pretendiam alcançar como resultado a transformação social, alçando a mulher como sujeito do conhecimento e sujeito político (CARDOSO, 2012). No entanto, para Berman (1997) os efeitos da globalização que influenciam a 'máquina' (governos, indústrias, mercados, mídia) que mantém e aumenta as desigualdades em todos os segmentos sociais, particularmente nos países dependentes, onde são maiores e mais drásticas as conseqüências sociais e econômicas. Assim, a desigualdade de gênero na sociedade está intimamente entrelaçada ao capitalismo, o que se afasta de uma visão que tende a tomar o gênero enquanto uma questão absoluta. Portanto, a opressão das mulheres não está associada somente às desigualdades de sexo, mas também resultam da interseção com as desigualdades de classe e de raça/etnia, numa alquimia de categorias sociais (CASTRO, 1992).

Neste sentido, reporta-se ao conceito de gênero para compreender a perda do poder da mulher em relação ao parto. Estudo como o de Barreto (2010) aponta que uma mistificação ideológica do nascimento através da naturalização da cesárea, encobre mecanismos de dominação e exploração que são reproduzidos pelo saber dominante e legitimado pela ciência médica em relação ao corpo feminino. Neste aspecto, o sistema capitalista atual e a tecnologia desenfreada intensificam as

relações de poder e exploração nas relações sociais que se manifestam também nas relações médico/paciente.

Neste momento, a cesárea pode ser tomada como símbolo de qualidade, em maternidades privadas, que transformaram o nascimento em uma linha de produção de cesáreas, como revelam os alarmantes índices de partos cirúrgicos. E a rede pública vem caminhando também com essa tendência crescente de cesáreas desnecessárias.

A cesárea como técnica segura e conveniente para o discurso médico é, assim, 'apresentada' às mulheres como a melhor opção para todos - médico, gestante e bebê-, independente das consequências que possa ter seu uso indiscriminado. A cirurgia como via de parto é um evento mais lucrativo, sendo um 'produto' oferecido e valorizado no mercado da saúde (BARRETO, 2010). E para ela, a ciência apresenta-se como fonte inesgotável de conhecimento que postula e respalda as ações que servem a um sistema produtivo e a um mercado lucrativo; para se manter e se justificar, re-significa a cesárea como forma natural de nascer, abusando do uso da tecnologia sobre os corpos femininos, mesmo que sem justificativas consistentes o que, segundo Berman (1997, p. 138), "*serve para justificar o domínio de uma elite de poder "naturalmente superior" – e da ciência que está a seu serviço*".

Este mesmo autor, já enfatizava que o conhecimento gera condições de 'poder' utilizando a ciência e a tecnologia como ferramenta para dominação, controle e manutenção desse poder. Citando assim que essa questão pode ser claramente visualizada através do uso abusivo do diagnóstico por imagem, a ultrassonografia, no período da gestação, como um bom exemplo.

Entretanto, a perda do poder da mulher em relação ao parto, vai de encontro, a perda de espaço da assistência empírica prestada por mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal na história da humanidade, decorrente do surgimento da obstetrícia como área acadêmica do conhecimento a partir da metade do século XIX.

É justamente nesta época que se inicia uma intensa disputa entre a classe médica e as parteiras e, por consequência, essas perdem, progressivamente, o domínio do saber sobre a arte de assistir o parto e o nascimento. Nessa nova ordem, a mulher passa então de sujeito da ação a objeto de estudo da nova ciência médica (BARROS, 2009).

O assim chamado parto tecnocrático, em que as soluções meramente técnicas desprezam os aspectos humanos e sociais, fundamenta-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. Estabelece-se a separação corpo/mente e coloca-se a mulher numa postura passiva e temerosa em relação ao seu parto. Institui-se a visão distorcida de que é o profissional de Saúde quem “faz” o parto (ALBUQUERQUE, 2005).

É consenso, portanto, que a violência de gênero, em especial a que ocorre contra a mulher nos espaços públicos e institucionais, penaliza, sobretudo as mulheres, é um problema de saúde pública e uma violação explícita dos direitos humanos (BARRETO, 2010).

Nesse cenário de domínio de saber, o poder simbólico dos profissionais é atrelado à utilização de práticas abusivas e conseqüentemente de iatrogenias diversas na assistência ao parto e nascimento, como vê-se no capítulo a seguir.

Diante disso, entende-se que o poder é um fenômeno cujo conceito tem sido amplamente discutido nos estudos organizacionais, bem como em diversas outras disciplinas das ciências sociais, em que Pierre Bourdieu e Michel Foucault elaboraram amplas discussões acerca do poder, com possibilidades de se complementarem (CAPPELLE, 2005).

A existência do poder simbólico, mediante o qual, as classes dominantes ou campos dominantes são beneficiários de um capital simbólico, disseminado e reproduzido por meio de instituições e práticas sociais, que lhes possibilita exercer o poder. O poder simbólico consiste, então, nesse poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem (BOURDIEU, 2001). Ou seja, para ele, existe a necessidade da legitimação do poder pelo outro para que sua existência surta efeito.

Esse mesmo autor também afirma que as produções simbólicas, funcionem como instrumentos de dominação porque contribuem para a integração real das classes dominantes, distinguindo-as das outras classes; para a desmobilização das classes dominadas; para a legitimação da ordem estabelecida, mediante o estabelecimento de hierarquias e para a legitimação das distinções (BOURDIEU, 2001).

A utilização da palavra poder dá um sentido mais amplo ao conceito habitual de violência, pois inclui atos resultantes das relações de poder desiguais, durante as

quais podem ocorrer ameaças e intimidações. Nestes casos, o uso deste poder pode incluir atos de omissão e negligência. Logo, a expressão “uso de força física ou poder” inclui a negligência e vários tipos de abuso: sexual, físico, psicológico e os auto-infligidos, todos com profundas consequências psicológicas (BARRETO, 2010).

Tanto Foucault quanto Bourdieu vêem o poder como difuso e oculto em modos de ver e descrever o mundo amplamente aceito e, frequentemente, não questionados (MISOCSKY, 2002). O poder é concebido não como um estado mental, mas como um conjunto de práticas sociais e discursos construídos historicamente que disciplinam o corpo e a mente de indivíduos e grupos (FOUCAULT, 1977 apud CAPELLE, 2005).

Em seus estudos, Foucault (1979) destaca que as técnicas que produzem e permitem acumular conhecimento acerca do objeto, ou do indivíduo, têm o objetivo de organizar o espaço, controlar o tempo, promover a vigilância contínua, perpétua e ilimitada e registrar continuamente o conhecimento. Como é o caso das práticas disciplinares, largamente disseminadas em escolas, exército, asilos, e até mesmo nas empresas capitalistas, que se constituem em estratégias de poder que se transformam em práticas discursivas que disciplinam o corpo, instituindo gestos, atitudes, condutas e posturas, regulam a mente e ordenam as emoções.

O poder é ilegítimo e informal, reconhecendo sua existência como indissociável de qualquer prática social. As relações de poder ocorrem e podem ser percebidas pelos agentes, que se organizam com seus recursos e interagem com as estruturas do campo para agirem sobre a ação dos outros (FOUCAULT, 1995).

Segundo Minayo (2009) uma das modalidades de violência institucional ocorre na forma como os serviços públicos são oferecidos, negados ou negligenciados. E que no caso do setor saúde a tentativa de humanizar a assistência é o reconhecimento de que a tendência das instituições e dos profissionais é a burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização das pacientes e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários.

Neste sentido cabe resgatar as relações de poder no trabalho de parto e parto assumem contornos preocupantes, já que a mulher está não só submetida, mas

fragilizada. Refere ainda que muitos profissionais utilizam ainda mais da violência verbal, quando as parturientes não se submetem à sua autoridade (SILVA, 2003).

As mulheres sofrem mais preconceito e violência nas instituições; e a vulnerabilidade aumenta quando são pobres, negras e adolescentes, afirma Bastos e Silva (2007).

Desde 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo de parto. Essa classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas em diversos países. Na realização dessa pesquisa, infelizmente, nas maternidades públicas do Estado do Tocantins, constatamos o descumprimento dessas orientações, o que identifica a violência institucional tendo como raiz a opressão e a subordinação da mulher às relações de poder no ambiente hospitalar.

Consideramos importante, apontar os aspectos históricos, éticos, filosóficos e institucionais da humanização do parto e nascimento, como veremos no capítulo a seguir.

3 ASPECTOS HISTÓRICOS, ÉTICOS, FILOSÓFICOS E INSTITUCIONAIS DA HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Diversos autores definem a gestação e o parto como uma das experiências humanas mais significativas e impactantes para o corpo feminino, que podem ter resultados positivos ou negativos, influenciando nas experiências futuras da mulher e de sua família.

É unânime entre esses autores, o caráter subjetivo e único do parto na vida das mulheres; como referem (CAVALCANTE et al., 2007), o parto é um processo natural ao qual a mulher é submetida desde a história de sua existência. Um momento de transição, que o corpo materno é preparado fisiologicamente durante a gestação, para a expulsão do fruto da concepção. Suletroni et al. 2007, acreditam que o trabalho de parto é um momento de extrema importância na vida da mulher, é um ritual de passagem que deve ser vivido de forma positiva. Já Barros (2009), define o parto como um evento de grandes transformações para a parturiente, onde a autonomia e a decisão da mesma sobre o seu corpo devem prevalecer.

Entretanto, a atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal não é novidade:

Em escritos de Tschrak e Susruta da medicina hindu, já se recomendava cuidado especial às gestantes; essa prática milenar foi exercida até o final do século passado, basicamente por mulheres, salvo em algumas comunidades indígenas em que os maridos as ajudavam. Na antiguidade, essas mulheres eram frequentemente anciãs que, ao longo da vida foram adquirindo conhecimento e prática, passando sua experiência para as mais novas. Dessa forma, iniciou a atuação das parteiras em seus domicílios (BARROS, 2009, p. 182).

Atualmente no Brasil, 96,5% dos nascimentos acontecem em hospitais, sabe-se que nem sempre foi assim. A atenção ao parto no mundo e no Brasil passou por transformações diversas em seu modelo, de evento natural à medicalização:

Historicamente o nascimento é um evento natural, e que por muito tempo se manteve dissociado de formas e mecanismos de controle. A experiência do parto possuía um caráter íntimo e privado, sendo, nas mais diferentes culturas, uma experiência vivenciada só por mulheres (BRUGGEMANN, et al., 2005, p.136).

Muniz e Barbosa (2012) citam autores brasileiros, como Brenes (1991); Nagahama e Santiago, (2005), que relatam que a medicina se apropriou do processo do parto na medida em que assumiu o controle sobre o corpo das mulheres e as levou para parir nos hospitais, ainda que em condições precárias e como consequência dessa vigilância, com o passar do tempo, avanços foram alcançados sobre o entendimento do processo do parto, isso é inegável. Contudo, outro efeito importante e inegável, decorrente desta história foi o excesso de intervencionismos no trabalho de parto e parto que acaba por destituir a mulher de sua autonomia sobre o próprio corpo.

Estas intervenções obstétricas danosas que ainda são praticadas de forma rotineira no momento do parto são consideradas, de acordo com as diretrizes da OMS (1996) como um fator de risco tanto para a mulher como para o bebê. Ainda assim, muitas mulheres vivenciam seus partos com estas intervenções, com ofensas, dor e muitas humilhações, revelando os aspectos socioculturais que definem preconceitos e crenças acerca da sexualidade e da saúde da mulher. Demonstra uma realidade cotidiana cruel que fere os princípios dos direitos das mulheres, direitos humanos, como os casos de mortes maternas ocorridas na maioria das vezes por causas evitáveis, sendo uma marca extrema da violência (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Barros (2009) cita que a partir da metade do século XIX, surge a obstetrícia, onde a assistência empírica prestada por mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal perde seu espaço; iniciando uma intensa disputa entre a classe médica e as parteiras e, onde essas perdem, progressivamente, o domínio do saber sobre a arte de assistir o parto e o nascimento. Nessa nova ordem, a mulher passa então de sujeito da ação a objeto de estudo da nova ciência médica.

A mesma autora destaca que o parto então é institucionalizado no século XX, expressivamente após a Segunda Guerra Mundial, em nome da redução da mortalidade materna e infantil. Passando a ser visto, prioritariamente, por meio de riscos à saúde, sendo “medicalizado” com base na premissa de que a medicina poderia dominar e/ou neutralizar os riscos. O aumento gradativo do número de médicos na assistência ao parto, à incorporação e o manejo de novas tecnologias por esses profissionais, tais como anestesia, antisepsia e, posteriormente, antibioticoterapia e hemoterapia, tornaram o parto mais seguro e valorizado pelos

procedimentos invasivos e pela possibilidade do controle clínico e cirúrgico da fisiologia (BARROS, 2009).

No Brasil, o parto foi institucionalizado e “medicalizado”, a partir da década de 1950, não sendo acompanhado por uma política de desenvolvimento do setor público de saúde, que se incorporasse aos avanços tecnológicos, à garantia de leitos hospitalares e aos recursos humanos qualificados para uma assistência adequada à mulher no ciclo gravídico-puerperal (BRENES, 1991).

Sabemos que no Brasil, o direito à saúde é resultado de um longo processo de lutas, mudanças e conquistas que foram respaldadas por tratados internacionais e nacionais, principalmente as ações em saúde voltadas à saúde da mulher.

A gênese do direito à saúde no Brasil, historiando o entendimento da saúde como direito de todos e assegurado pelo Estado, referenciando como marco inicial a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 10 de dezembro de 1948. Originou-se assim o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, acordado em 1966, onde entre outros compromissos, destaca o de diminuir a mortalidade fetal e infantil, onde o Brasil só tornou signatário em 1991. Merece destaque histórico também o ano de 1978, com a Conferência de Alma-Ata, responsável por nortear o Sistema Público de Saúde no Brasil, que vivia um cenário crítico (BITTENCOURT, 2013).

Estudos registram que na década de 1979, os governos militares entendiam a saúde como um problema exclusivo do indivíduo e não como um fenômeno de saúde pública, as decisões sobre as ações de saúde centralizavam-se no nível federal e o financiamento sofria forte influência do capital internacional, que priorizava um modelo centrado na assistência hospitalar.

O modelo de saúde vigente dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada); e os excluídos, que não possuía direito algum (BITTENCOURT, 2013, p. 26).

Nesse contexto, as mulheres ao final da gestação, quando portadoras de registro no sistema previdenciário vigente, INPS/INAMPS, recebiam uma guia de internação para que pudessem ser assistidas em hospital próprio ou conveniado com esse serviço. A guia, porém, não garantia a escolha da instituição, apenas garantia que a internação poderia ocorrer em qualquer hospital credenciado. Dessa forma, as mulheres não associadas a esse instituto e que não podiam pagar pelo parto eram consideradas “indigentes”, recorriam a instituições de ensino, hospitais públicos ou filantrópicos (BARROS, 2009).

A partir desse momento, a responsabilidade de encontrar o local para receber assistência passa a ser da mulher e não do Estado. Assim, estabeleceu-se um processo crônico de peregrinação das gestantes por uma assistência ao parto hospitalar. A garantia do acesso de certa forma lhe é negada, apesar do modelo “hospitalocêntrico” ter sido reconhecido pelo sistema público de saúde (BARROS, 2009).

A institucionalização do parto no Estado de São Paulo foi acelerada pela extinção do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) no final da década de 1960, o que reduziu drasticamente os partos domiciliares. Nesse mesmo período houve a unificação dos Institutos de Previdência e a criação do Fundo de Assistência Social (FAZ) pelo governo federal, que propiciou a construção e a expansão da rede hospitalar pública e privada por meio de recursos financeiros subsidiados (BARROS, 2009).

Assim, com a construção de novos hospitais com suas sofisticadas tecnologias e sem os serviços de apoio ao parto domiciliar, criou-se na população a necessidade do parto institucional (BARROS, 2009).

Conseqüentemente, a política nacional de saúde passou cada vez mais a preconizar o parto institucionalizado, o que pode ser constatado em 1975, com a promulgação do Programa de Saúde Materno-Infantil, elaborado pelo Ministério da Saúde, argumentando que o parto hospitalar oferecia maior segurança e que as mortalidades maternas e perinatais eram menores. Esse programa não foi acompanhado de uma política de investimento que facilitasse a estruturação dessa proposta visando à integralidade da assistência, à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde, estabelecendo níveis de referência e contra referência (BARROS, 2009).

Outro aspecto destacado por Barros (2009) refere à estratégia adotada pelo MS buscando minimizar as dificuldades de acesso da mulher onde foi estabelecida a forma de pagamento pelo Plano de Pronta Ação (PPA) do INAMPS, que permitia o atendimento de não previdenciários, em casos de urgências, pela rede hospitalar conveniada/contratada. Já em 1983 com a implantação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) como forma de pagamento dos procedimentos hospitalares realizados na rede do INAMPS, o parto é incorporado com valores muito baixos, como procedimento passível de emissão de AIH, deixando de ser lucrativo. Apesar da melhora do acesso das parturientes a esses serviços, gradativamente produziu-se, entre outras razões, a desqualificação e a mercantilização da assistência ao parto e nascimento que, em longo prazo, colaborou para a desumanização da assistência.

Compreendemos assim, que esse cenário tornou-se propício aos intrigantes indicadores de saúde materna, especialmente, a razão de mortalidade materna sinalizador do desenvolvimento social e da equidade de gênero de um país, pois indica se eles efetivamente promovem e garantem a cidadania e os direitos reprodutivos das mulheres, como relata Bittencourt (2013).

Durante longo tempo, a morte materna teve pouca visibilidade social, talvez porque, pensando em números absolutos, seja difícil dimensionar a extensão do problema. Desde a década de 1980 são realizadas investigações sobre a mortalidade materna e as suas repercussões sociais, com comparações entre diferentes países e regiões. Dessa forma, tem sido possível reconhecer a existência de uma situação dramática e injusta, até então silenciosa (BITTENCOURT, 2013).

Em 1978, surgiu a proposta internacional de priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata (Cazaquistão), promovida pela OMS. A “Declaração de Alma-Ata” norteou políticas de saúde e apontou a atenção primária como caminho, para que as pessoas alcançassem um nível de saúde capaz de possibilitar seu desenvolvimento social e econômico (CONTERNO, 2013).

Segundo Bittencourt (2013), a questão da equidade de gênero e dos direitos humanos das mulheres emerge com destaque nos debates políticos internacionais e nacionais desde a década de 1980, impulsionada pelas lutas dos movimentos de mulheres que se organizaram a partir da segunda metade do século XX em vários

países. O direito à saúde e os direitos reprodutivos são pontos centrais na agenda de promoção da cidadania das mulheres e condição necessária à sua participação plena no desenvolvimento social e econômico dos países. Com a Constituição Federal de 1988 e as Conferências Internacionais de Cairo (1994) e de Pequim (1995) promovidas pela ONU, esses direitos foram assegurados na legislação brasileira e internacional.

Com indicadores socioeconômicos de saúde mostrando a situação de alarme em que vivia uma grande parcela da população brasileira, desencadearam a organização e o fortalecimento de várias associações de defesa dos direitos dos cidadãos, entre elas as que lutavam pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e as de intelectuais organizados no Movimento da Reforma Sanitária (BITTENCOURT, 2013).

Em 1984, o MS, atendendo a reivindicação do Movimento de Mulheres, elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que inclui a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher como um todo (BRASIL, 2007).

O PAISM incorpora as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, que tomou força na década de 1980 e propiciou a elaboração da nova Carta Constitucional em 1988, que foi promulgada trazendo ao setor da saúde importantes avanços relacionados, principalmente, a sua inserção no capítulo da seguridade social e a possuir uma seção somente para a saúde com vários artigos, a ter sido inscrita como direito de todos e dever do Estado, além da criação do sistema único de saúde (SUS), que surge como um modelo inovador na atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Essa reforma do sistema de saúde brasileiro teve como marco a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”, em março de 1986. Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080 de 19 de setembro de 1990, Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BITTENCOURT, 2013).

O processo de construção do SUS passou por diversas dificuldades, principalmente de caráter gerencial, financeiro e de recursos humanos. Atualmente tem tido uma evolução significativa, especialmente no que tange à municipalização e

descentralização das ações e serviços de saúde. No entanto, algumas dificuldades ainda persistem como no controle social (um dos pilares do SUS), pois a participação é frequentemente influenciada por mecanismos e práticas clientelistas, em detrimento do direito da população em exercer sua cidadania (BRASIL, 2007).

Notamos assim, que várias foram as transformações na atenção ao parto, Albuquerque (2005) já referia que o paradigma que sustenta o modelo médico atual é fundamentado no privilégio da objetividade sobre a subjetividade. O assim chamado parto tecnocrático, em que as soluções meramente técnicas desprezam os aspectos humanos e sociais, fundamenta-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. Estabelece-se a separação corpo/mente e coloca-se a mulher em uma postura passiva e temerosa em relação ao seu parto. Institui-se a visão distorcida de que é o profissional de saúde quem “faz” o parto.

Visão semelhante é descrita por Rattner (2009), afirmando que o modelo tecnocrático durante anos invadiu o contexto do nascimento, trazendo consigo a institucionalização do parto, utilização abusiva de tecnologias invasivas, incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), e acaba por favorecer ao profissional de saúde, em busca do suprimento de uma grande demanda de atendimentos, tendo como consequência, altas taxas de cesarianas, monitoramento fetal, episiotomias e outras. Por outro lado aponta o modelo humanista que privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição.

Surge assim a proposta de humanização da assistência ao parto e nascimento na política federal a partir do ano 2000, mas desde o início da década de 1990 ativistas pela humanização deixavam claro que o modelo em vigor era inadequado, com excesso de intervenções que desrespeitava os direitos da mulher. Merece destaque a publicação de 1996, da OMS que traz um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. “Estas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser

cuidadasas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis” (OSAWA et al, 2006).

Inúmeras medidas foram adotadas pelo MS, que objetivava mudanças no cenário de parto e nascimento no Brasil, tendo dois focos estratégicos: o estímulo ao parto normal e humanizado e desincentivo à realização de cesáreas desnecessárias. Dentre as medidas descritas no quadro abaixo, vemos a instituição de portarias, programas, alterações no financiamento, execução de convênios, publicação de normas técnicas e manuais, capacitação e sensibilização de gestores e profissionais por meio de seminários, conferências e fóruns, campanhas, premiações e principalmente o lançamento de pactos federativos.

Todo esse processo é marcado pela atuação dos movimentos sociais, entre eles a REHUNA, onde na sua carta de fundação denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento; as Amigas do Parto que surgiu em 2001, uma ONG de usuárias ou clientes de serviços que tem o papel de difundir informações e formar opinião, objetivando o empoderamento das mulheres. A Rede Parto do Princípio, criada em 2006 que se distingue de outras entidades atuantes na área por configurar-se como um grupo formado essencialmente por usuárias, mulheres, mães. Outras organizações com atuação no sentido de mudança do paradigma são a ABENFO, Associação Nacional de Doulas (ANDO), e, atualmente há ONGs com atuação local, a exemplo da Bem Nascer de Belo Horizonte e da Gestar e Nascer Feliz em Palmas – Tocantins. Articulações também foram realizadas no legislativo, como a Lei 11108, Lei do Acompanhante e a Rede Nacional de Parteiras Tradicionais.

O parto como evento social, cultural e afetivo, torna-se necessário a mudança na ambiência do parto, onde deve incluir necessariamente a presença e participação da família e comunidade; reforça que o parto é uma intensa vivência da sexualidade e um profundo trabalho físico e emocional que a mulher realiza. Fisiologicamente o trabalho de parto traz a mulher a um estado de atenção diferenciado, onde se torna necessário considerar “o outro” como sujeito, ou seja, ajustar sem fim nossas práticas à necessidade do outro (ALBUQUERQUE, 2005).

Aponta que a abertura para a entrada e permanência de acompanhantes é imprescindível para a mudança do modelo de assistência. Ressalta que inclusão é mais que permissão. É entender que esse momento pertence à família e não podemos nos apoderar dele. Isso exige da equipe que assiste o parto uma mudança de postura; transformar relações de poder em relações solidárias. Exige também mudanças no ambiente físico. Requer dos profissionais de saúde o exercício contínuo de se colocar diante do novo, do não visto, desconstruindo a idéia de que a eficácia é um caminho pré-estabelecido.

Sobre a humanização da assistência à mulher no processo de parturição, aponta para uma atenção voltada para a mulher e família em sua singularidade, com necessidades específicas, que vão além de questões biológicas e abrangem as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos (AMESTOY et al, 2010).

Durante o trabalho de parto e parto, a mulher deve se sentir amparada e segura, com a finalidade de minimizar os medos e ansiosos. A confiança gerada através do profissional que assiste a parturiente tem como enfoque gerar um sentimento de segurança através do cuidado prestado. Sentir-se cuidada neste momento pode fazer com que a mulher/mãe tenha a sensação de que seu filho será bem cuidado, a confiança torna-se um elo na relação que ela cria com a equipe de saúde. A humanização da assistência ao parto implica, principalmente, em uma atuação que respeite os aspectos biopsicossocioespirituais da mulher, acolhendo ela e à sua família oferecendo suporte emocional durante o contexto que está sendo vivenciado, valorizando as suas relações interpessoais, além de permitir o seu conforto e bem-estar (AMESTOY et al, 2010).

O progresso científico deve ser assimilado convenientemente, sem que nunca se perca de vista que o objeto do atuar é a mulher como um todo, como pessoa. Não podendo confiar ao progresso (frio, técnico e impessoal) a tarefa do cuidar da mulher. A figura do profissional é necessária para traduzir em moldes humanistas, a ciência impessoal que deve ser aplicada, com prudência, a cada caso em particular. Refere ainda, que com a tendência neoliberal da medicina, perdeu-se a clínica e a relação médico/paciente, as quais deram lugar, nessa sociedade de consumo, às tecnologias de apoio diagnóstico. O ser humano passou nesse processo a ser apenas objeto (insumo) e o produto final passou a ser a produção, o lucro (BARROS, 2009).

Nagahama e Santiago (2011) constatam que a experiência do parto humanizado em alguns serviços de saúde no Brasil tem se mostrado como um processo lento e, por vezes, difícil. Ressaltando que a humanização no cuidado somente começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares e, principalmente, quando estes podem participar das decisões a respeito dos procedimentos invasivos ou não que deverão ser submetidas, o que inclui a opção pelo parto vaginal.

Portanto, a Base de ação Programática na Saúde da Mulher no Ministério da Saúde é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), resultado de lutas de movimentos sociais que tiveram papel importante no período de redemocratização do Brasil, como os de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e o Movimento de Reforma Sanitária. Foi o primeiro programa de saúde a incorporar a noção de integralidade, bandeira cara àqueles que lutaram pela reforma do sistema de saúde brasileiro e que se inspira no ideal de direitos e justiça social no acesso à saúde. Introduziu uma visão de mulher diferente daquela dos programas materno-infantis anteriores, centrada apenas em seu papel maternal (BITTENCOURT, 2013).

Assim na década de 1990, o processo de implementação do Paism foi influenciado pelos princípios e pelas diretrizes da nova política de saúde, cuja expressão maior foi a criação do SUS, e por processos que a partir de então se desencadearam, como a municipalização da saúde e a descentralização das ações, a reorganização e a ampliação dos serviços de atenção básica.

No plano internacional, duas conferências convocadas pela ONU também favoreceram o avanço das políticas de saúde voltadas para as mulheres: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), realizada no Cairo e a Conferência Internacional da Mulher, em Pequim (1995).

Nestes eventos foram consagradas as noções de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva. O Brasil foi signatário dos documentos finais dessas conferências, assumindo o compromisso de desenvolver leis e políticas públicas para a promoção desses direitos e da saúde reprodutiva de sua população. Desde o lançamento do PAISM até os dias atuais, a agenda de Assistência Integral à Saúde da Mulher experimentou expansão relevante. Novos temas, programas e ações

assistenciais foram incorporados, respondendo a mudanças do quadro epidemiológico e absorvendo novas demandas dos movimentos de mulheres.

A iniciativa de 1983, resultou em maio de 2004 no lançamento da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, pelo MS, construída a partir da proposição do Sistema Único de Saúde/SUS e respeitando as características da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), e vários objetivos dessa política contemplam a atenção obstétrica (BRASIL, 2004).

O capítulo a seguir apresenta a legislação brasileira específica referente à atenção ao parto e nascimento, que constitui políticas públicas.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

No Brasil, nas últimas décadas, projetos, programas e portarias foram lançados pelo Ministério da Saúde pela humanização do parto e nascimento, possuindo assim uma legislação específica, que se efetiva como política pública.

O Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, constitui-se na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs explicitamente, e implantou, embora de modo parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. Foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Seu conteúdo incluiu plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres (OSIS, 1998)

Além de outros marcos importantes das políticas de assistência obstétrica, merecem destaque as citadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Marcos importantes das políticas de assistência pré-natal, parto e puerpério

Ano	Iniciativas
1984	• Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
1989	• Implantação dos primeiros Comitês Estaduais de Mortalidade Materna.
1992	• Plano de Eliminação do Tétano Neonatal. MS.
1994	• Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais. MS. • Projeto Maternidade Segura. MS/UNICEF/FEBRASGO. • Criação da Comissão Nacional de Morte Materna.
1998	• Ações para melhoria da assistência obstétrica e redução da cesariana. Portarias n. 2.815 e 2.816. MS. • Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a Gestação de Alto Risco. Portaria n. 3.016 e 3.477. • Campanha "Natural é parto Normal". CFM/MS.
1999	• Instituição do Prêmio Galba de Araújo como reconhecimento para estabelecimentos de

	<p>saúde que apresentem atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos sob seus cuidados. Portaria GM/MS n. 2883. MS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio técnico-financeiro para realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. • Criação de Centros de Parto Normal no âmbito do SUS. Portaria GM/MS n. 985.
2000	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento. Portaria n. 569/GM/MS. • Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. MS.
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição da Comissão Nacional de Mortalidade Materna. Portaria n. 652 GM/MS. • O óbito materno torna-se evento de notificação compulsória. Portaria n. 653 GM/MS.
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia às parturientes de direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS. Lei Federal n. 11.108. • Inclusão da sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória. Portaria MS n. 33.
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária. MS. • Resolução dispõe sobre funcionamento e estrutura dos Bancos de Leite Humano (BLH). RDC n. 171.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Lei dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Lei Federal n. 11.634. • Aprovação das normas para implantação do Método Canguru, atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Portaria GM/MS n. 1.683. • Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo. • Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. MS.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória. Portaria GM/MS n. 1119. • Definição do repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Portaria GM/MS n. 3.136. • Regulação dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. RDC n. 36.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. • Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal. MS.

2011	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Cegonha. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria n. 2.351, de 5 de outubro de 2011. • Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Portaria n. 650 de 5 de outubro de 2011.
------	--

Fonte: BITTENCOURT, D. A. S., 2013.

Quanto aos princípios gerais e diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção obstétrica e neonatal, estes foram discutidos por um Grupo Técnico composto por representantes dos vários setores do Ministério da Saúde, instituído por Portaria Ministerial Nº 151/GM em 04 de fevereiro de 2004, e constituiu-se nas recomendações do MS que serviram como parâmetros para a organização da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, a partir de então, como escreveu Reis (2005):

A qualificação e humanização são características essenciais da atenção obstétrica e neonatal que depende de recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (p. 19).

É relevante também a elaboração dos manuais técnicos pelo MS, objetivando a uniformização das condutas dos diversos profissionais de saúde para facilitar a atuação integrada da equipe de saúde no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que acometem a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal:

Quadro 2 - Manuais técnicos do Ministério da Saúde na área da assistência obstétrica

ANO	MANUAIS
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. MS. • Parto, aborto e puerpério: assistências humanizadas à mulher. MS.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento. • Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. MS. • Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras. MS
2007	Manual dos comitês de mortalidade materna. MS.

2009	<ul style="list-style-type: none"> • Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. MS. • Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. MS • Prevenção e tratamento de agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. MS.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação de alto risco. Manual técnico. 5a edição ampliada e revisada. MS. • Avaliação e manejo em emergências obstétricas: hemorragia pós-parto. MS. • Avaliação e manejo em emergências obstétricas: pré-eclampsia e eclampsia. MS. • Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o programa trabalhando com parteiras tradicionais e experiências exemplares.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos legais do atendimento a vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais da saúde. MS • Anticoncepção de emergência - perguntas e respostas para profissionais da saúde. MS • Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. MS • Política nacional de atenção à saúde da mulher. MS • Além da sobrevivência: práticas integrativas de atenção ao parto, benéficas para a saúde das mães e crianças. MS
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Caderno de atenção básica: pré-natal de baixo risco. MS.

Fonte: BITTENCOURT, D. A. S., 2013.

Segundo Bittencourt (2013), desde o lançamento do PAISM até os dias atuais, a agenda de Assistência Integral à Saúde da Mulher experimentou expansão relevante. Novos temas, programas e ações assistenciais foram incorporados, respondendo a mudanças no quadro epidemiológico e absorvendo novas demandas dos movimentos de mulheres, conforme pode ser observado no quadro 3.

Outro marco político à saúde da mulher no Brasil foi a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR) em 2003, que tem como principal objetivo promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação. A SPM assessora diretamente a Presidenta da República, em articulação com os demais Ministérios, na formulação e no desenvolvimento de políticas para as mulheres. Paralelamente,

desenvolve campanhas educativas de caráter nacional, assim como projetos e programas de cooperação com organizações nacionais e internacionais, públicas e privadas. Desdobra-se em em três linhas principais de ação: (a) Políticas do Trabalho e da Autonomia Econômica das Mulheres; (b) Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; e (c) Programas e Ações nas áreas de Saúde, Educação, Cultura, Participação Política, Igualdade de Gênero e Diversidade.

Outro destaque é para o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi construído com base nos resultados da I Conferência Nacional de Políticas para as

Mulheres (2004) que indicou “as diretrizes da política nacional para as mulheres na perspectiva da igualdade de gênero, considerando a diversidade de raça e etnia, expressando o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações de políticas que garantam um Estado de Direito, e o entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes no Brasil.

Quadro 3 - Marcos político-institucionais importantes para a agenda da Saúde Integral da Mulher

Marcos político-institucionais	Agenda
Assistência integral à saúde da mulher	1984 – Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. MS. 2004 – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher. MS.
Contracepção e planejamento reprodutivo	1996 – Lei do Planejamento Familiar. Lei Federal n. 9263. Congresso Nacional. 2005 – Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. MS.
Câncer de colo de útero e de mama	1996 – Programa Viva Mulher de Controle do Câncer de Colo de Útero. MS. 1999 – Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama. MS. 2005 – Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Mama e do Colo do Útero no Brasil, 2005 – 2007. 2011 – Programa de Fortalecimento dos Programas de Câncer do Colo do Útero e Câncer de Mama.
Abortamento	1991 – Começo da implantação de serviços de assistência ao abortamento previsto por lei (secretarias estaduais e municipais de saúde). 2005 – Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. MS. 2011 – Atualização da Norma Técnica.
Violência	1998 – Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. MS (atualizada e reeditada em 2002, 2005 e 2010). 1998 – Início da implantação de serviços de atenção à mulher vítima de violência em unidades ambulatoriais e hospitalares. 2006 – Lei Maria da Penha. Lei Federal n. 11.340. Congresso Nacional. 2007 – Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. SPM.
	1986 – Primeiro Programa Nacional de DST e Aids. MS.

Doença Sexualmente Transmissível e HIV/Aids	2003 – Manual Técnico: políticas e diretrizes de prevenção das DSTs/AIDS entre mulheres. MS. 2007 – Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DSTs. SEPM/MS.
Climatério	1994 – Manual de Atenção à Mulher no Climatério. 2008 – Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. MS.
Saúde das mulheres negras	2004 – Criação do Comitê Técnico Saúde da População Negra. 2004 – Programa Nacional de Anemia Falciforme (PAF) e outras hemoglobinopatias. 2005 – Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Atenção à Saúde das Mulheres Negras. MS.

Fonte: BITTENCOURT, D. A. S., 2013

Todos os Estados aderiram às ações estratégicas do projeto, sendo realizados seminários nacionais e estaduais sobre atenção obstétrica e neonatal humanizada, palestras com os gestores, profissionais e representantes da sociedade civil para a elaboração dos planos para redução da mortalidade, fortalecimento da capacidade técnica de milhares de profissionais, no que se refere à atenção humanizada à criança de baixo peso – Método Canguru, em reanimação neonatal e outros (BARROS, 2009).

Mesmo com a implementação dos projetos citados, ainda não foram alcançados os resultados esperados e, em maio de 2008, foi lançada pelo MS uma campanha a favor do parto normal, como mais uma tentativa de incentivar as mulheres a esse tipo de parto e a reduzir o número de cesáreas (SCHIRMER, et al 2009).

Debates internacionais também contribuíram para renovar e ampliar as políticas de assistência obstétrica no Brasil. A Cúpula do Milênio, em 2000, também incrementou o debate sobre as ações na área da saúde materna e infantil em nosso país. Para o cumprimento do “Objetivo 4: Reduzir a Mortalidade Infantil” e do “Objetivo 5: Melhorar a saúde das gestantes”, o governo federal, por intermédio do Ministério da Saúde, tomou medidas importantes.

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Pacto (BRASIL, 2004) sistematizando uma série de ações estratégicas para a redução da mortalidade de gestantes, puérperas e recém-nascidos e alinhavaram compromissos entre gestores das três esferas de governo, profissionais de saúde e um conjunto de movimentos sociais e organizações da

sociedade civil para a transformação do quadro epidemiológico e a efetivação dos direitos reprodutivos no Brasil.

Mais recentemente, em 2011, o MS lançou a estratégia Rede Cegonha, uma iniciativa que visa programar, em todo o país, uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Essa estratégia diferencia-se das demais, por propor um sistema de pactuação e de monitoramento com os serviços, pois trabalho como o de Vargens (2009), já abordava que em pleno século XXI, ainda se observa a falta de efetividade das políticas propostas, visto que as mesmas existem, mas não existe nenhum modo de cobrança, e ou avaliação dos profissionais da ponta, os quais fazem ou deveriam fazer esta política acontecer.

5 METODOLOGIA – O CAMINHO PERCORRIDO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório/descritivo por meio de uma pesquisa qualitativa por saturação de informação, metodologia da pesquisa social que objetiva proporcionar meios técnicos para garantir a objetividade e a precisão no estudo dos fatos sociais, para a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social. Esta envolve todos os aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais (MINAYO, 2008).

Destaca-se que os estudos exploratório-descritivos permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A técnica de pesquisa qualitativa foi escolhida, pois se preocupa com um nível de realidade que pode ser qualificado, ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, crenças, valores, o que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

Já a antropologia como referencial interpretativo na pesquisa qualitativa foi escolhida por oferecer referenciais teóricos para a pesquisa qualitativa no âmbito dos serviços de saúde e por possuir amadurecimento em inúmeros estudos que incluem ações carregadas de significados (DESLANDES, 2007)

5.2 Materiais e Métodos

Para a obtenção das informações foram realizadas entrevistas por saturação de informação junto a 56 puérperas, selecionadas intencionalmente, que tiveram seus partos entre os anos de 2010 a 2013 em 14 maternidades públicas das oito regiões de saúde do Estado do Tocantins, sendo 11 instituições de gestão estadual, duas municipais e uma filantrópica.

As entrevistas foram realizadas em local reservado, em dia e horário designados pelas participantes após terem sido esclarecidas sobre a pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido /TCLE.

De acordo com Leite (2007), a entrevista é uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, onde se cria uma relação de interação havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, proporcionando ao entrevistador a informação necessária.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro (Apêndice A) e gravadas após a autorização das entrevistadas. O arquivo gravado foi transferido para armazenamento e posterior transcrição, organização das informações e análise, sendo arquivado em local seguro para resguardar o anonimato das participantes e a segurança das informações.

5.3 Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa as puérperas que foram atendidas nas 14 maternidades públicas do Estado do Tocantins entre os anos de 2010 a 2013, selecionadas intencionalmente a partir dos registros de parto das unidades e pelas listas dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme traz o quadro abaixo:

Quadro 4 - Relação de Maternidades por Regiões de Saúde do Estado do Tocantins, 2014.

MATERNIDADES POR REGIÕES DE SAÚDE			
Instituição	Município	Gestão	Nº de Entrevistadas
REGIÃO DE SAÚDE DE AUGUSTINÓPOLIS – R01			08
Hospital Público Regional de Augustinópolis	Augustinópolis	Estadual	04
Hospital Municipal de Tocantinópolis	Tocantinópolis	Municipal	04
REGIÃO DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA – R02			04
Hospital e Maternidade Dom Orione	Araguaina	Filantrópica	04
REGIÃO DE SAÚDE DE GUARAÍ – R03			12
Hospital Público Regional de Guaraí	Guaraí	Estadual	04
Hospital Municipal de Colinas	Colinas	Municipal	04
Hospital Público Regional de Pedro Afonso	Pedro Afonso	Estadual	04
REGIÃO DE SAÚDE DE PARAÍSO – R04			04
Hospital Público Regional de Paraíso	Paraíso	Estadual	04

REGIÃO DE SAÚDE DE PALMAS – R05			08
Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos	Palmas	Estadual	04
Hospital Público Regional de Miracema	Miracema	Estadual	04
REGIÃO DE SAÚDE DE PORTO NACIONAL – R06			04
Maternidade Tia Dedé	Porto Nacional	Estadual	04
REGIÃO DE SAÚDE DE GURUPI – R07			04
Hospital Público Regional de Gurupi	Gurupi	Estadual	04
REGIÃO DE SAÚDE DE DIANÓPOLIS – R08			12
Hospital Público Regional de Dianópolis	Dianópolis	Estadual	04
Hospital Público Regional de Arraias	Arraias	Estadual	04
Hospital Municipal São João Batista	Taguatinga	Municipal	04

Dentre as participantes, três são menores de idade (uma de dezesseis anos e duas de dezessete anos) e apenas duas apresentaram idade superior a 40 anos (43 e 41 anos).

Tabela 1: Distribuição absoluta das puérperas atendidas nas 14 maternidades entre 2010 a 2013, segundo tipo de parto, ano e faixa etária - Estado do Tocantins, 2014.

Faixa Etária	Tipo de Parto								Nº de Participantes
	Normal				Cesáreo				
Anos	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	
16 – 20		02	03	01		01	01		08
21 – 25		02	03	02		01		04	12
26 – 30	02	03			02	01	02	03	13
31 – 35	02		01	01	02	02	01	01	10
36 – 40	02	02			03	01	02	01	11
+ de 40	01			01					02
Total	07	09	07	05	07	06	06	09	56

Fonte: Dados da Pesquisa

Do total de entrevistadas, 51,8% tiveram partos cesáreos e 48,2% parto normal (tabela 01).

Tabela 2 - Distribuição absoluta das Puérperas atendidas nas 14 maternidades públicas entre 2010 a 2013, segundo tipo de parto e regiões de saúde - Estado do Tocantins, 2014.

Tipo de Parto	Regiões de Saúde ²								Nº de Participantes
	R01	R02	R03	R04	R05	R06	R07	R08	
Normal	05	01	06	01	03	02	02	07	27
Cesáreo	03	03	06	03	05	02	02	05	29
Total	08	04	12	04	08	04	04	12	56

Fonte: Dados da Pesquisa

5.4 Coleta de Dados

A coleta de dados teve início após apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, parecer de nº 502.498/2013.

Os gestores estaduais e municipais foram informados sobre a pesquisa e consentiram a realização da mesma, conforme o apêndice B.

Depois de identificadas as participantes, foram prestados esclarecimentos às mesmas sobre a pesquisa e apresentado e lido o TCLE que foi assinado em duas vias pelas mulheres que aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas orientadas pelo roteiro que contemplou os objetivos propostos para o estudo, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014, junto a cinquenta e seis participantes exigindo o deslocamento da pesquisadora até as quatorze maternidades localizadas em municípios distintos, variando uma distância mínima de 40 km a 800 km de distância da capital, Palmas.

² Para o presente trabalho as Regiões de Saúde foram identificadas como segue: R01 (Região de Saúde de Augustinópolis), R02 (Região de Saúde de Araguaina), R03 (Região de Saúde de Guaraí), R04 (Região de Saúde Paraíso), R05 (Região de Saúde de Palmas), R06 (Região de Saúde de Porto Nacional), R07 (Região de Saúde Gurupi) e R08 (Região de Saúde de Dianópolis).

As entrevistas foram realizadas em local e data definidos pelas participantes individualmente, quase sempre em suas residências, após a devida autorização por meio da assinatura do TCLE. As gravações foram o formato mp3 que posteriormente foram transcritas na íntegra.

Para preservar a identidade e garantir sigilo das informações respeitando assim, a individualidade de cada participante elas foram codificadas por ordem de entrevista, [P01...P56] região de saúde [R01...R08] e idade [16 ...+40] cujos discursos serão identificados como segue: P01, 16a, R01 e assim sucessivamente.

5.5 Análise dos Dados

Inicialmente foi realizada uma leitura após cada transcrição, as mesmas receberam uma nova identificação e foi categorizada quanto à:

1. Percepção das mulheres sobre a assistência recebida na gestação.
2. Sentimentos vivenciados pelas mulheres durante a internação para o parto.
3. Tipos de violências sofridas.

O processo de escuta e transcrição das entrevistas foi um processo árduo e demorado, onde todas as entrevistas foram retomadas várias vezes, buscando explorar todos os aspectos levantados pelas mulheres.

A análise dos dados é indutiva, ou seja, parte-se de premissas de fatos observados para chegar a uma conclusão sobre fatos ou situações não-observadas. O pesquisador é o próprio instrumento de pesquisa (BOGDAN & BIKLEN, 1998).

Os resultados foram interpretados e discutidos como veremos no capítulo que segue, fazendo sempre uma comparação com outros estudos que tratam do mesmo assunto e principalmente com as principais políticas de atenção ao parto e nascimento vigentes nacionalmente.

Além de constituir a presente dissertação, os resultados poderão referenciar a elaboração de artigos científicos. Além de serem divulgados às mulheres que participaram da pesquisa, às Instituições das Regionais de Saúde do Estado do Tocantins, à Secretaria Estadual de Saúde além de publicar em revistas científicas e apresentar em eventos científicos temáticos.

5.6 Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa foram observados os preceitos e condutas éticas. O presente projeto foi submetido inicialmente ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Goiás, e a pesquisa foi iniciada após sua aprovação sob nº 502.498/2013.

Em todas as fases da pesquisa foi adotada conduta referente aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos tais como a de prestar assistência e indenizar o sujeito, em caso de qualquer tipo de dano; seguir as orientações do CEP; responder rigorosamente as etapas contidas no projeto aprovado; proteger os sujeitos e direcionar riscos decorrentes da pesquisa; publicar os dados encontrados e oferecer um retorno dos dados analisados as partes que forneceram as informações. A pesquisadora assumiu a responsabilidade pela orientação e resolução dos problemas, caso ocorressem na trajetória da pesquisa.

Destaca-se que a pesquisa transcorreu sem que houvesse desistências de participantes ou qualquer situação que implicasse em sua suspensão e os resultados foram formalmente apresentados nesta Dissertação e em documentos dela decorrentes.

Os resultados poderão beneficiar diretamente os profissionais que atuam nos serviços de saúde e gestores por meio de ações relativas aos serviços prestados e na elaboração e implementação de políticas públicas relativas à temática e, para as usuárias o retorno poderá ser por meio da melhoria dos serviços bem como na consciência de seus direitos ao acesso aos serviços de saúde de qualidade.

A divulgação de novos conhecimentos sobre o tema também configura um benefício da pesquisa para a sociedade, ao proporcionar informações para o conhecimento e reflexão sobre o problema e conseqüente possibilidade de melhorias nesse campo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo além de apresentar e discutir os dados colhidos, levando em consideração os tipos de violências que as mulheres declararam ter sofrido durante o parto, iniciaremos abordando a rede de atenção à saúde do Estado do Tocantins, levando em consideração as oito regiões de saúde do estado, os dados estatísticos e a capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde. Tendo como objetivo propiciar uma melhor compreensão das maternidades onde as entrevistadas deram a luz, destacando a Rede de Atenção Materno Infantil, por região de Saúde.

6.1 Cenário da Pesquisa: Rede de Atenção à Saúde do Estado do Tocantins

O Estado do Tocantins possui 277.620,914 Km² de área territorial, dividido em 139 municípios que compõem 08 Comissões Intergestores Regionais (CIR), o que equivale a 3, 3% do território brasileiro e 7,2% da Região Norte. Com população de 1.383.453 habitantes e densidade demográfica de 4,98 hab/ Km² (Censo 2010 /IBGE). Ou seja, muitos municípios com poucos habitantes: 57,6% possuem menos de 5000 habitantes, 34,5% de 5000 a 20.000 e apenas 7,9% dos municípios com população acima de 20.000 habitantes. A distribuição da população por moradia é de 78,81% em zona urbana e 21,19% em zona rural.

Essas características do Estado são consideradas desafiadoras no processo de regionalização do SUS e, conseqüentemente possui uma importância no cenário de mortalidade materna e neonatal, principalmente devido à oferta dos serviços de alta complexidade, como UTI neonatal e atenção especializada em gestação de alto risco concentrarem em apenas dois municípios, Araguaina e Palmas. E um município, possui leitos de UCI NEO, Gurupi. Além disso a dependência histórica e atual dos municípios em relação ao Estado na média complexidade ambulatorial e hospitalar.

Segundo o porte populacional a maior região de saúde é a de Palmas com 301.576 habitantes e uma densidade demográfica de 10,20, seguida pela Região de Araguaína com 276.756 habitantes e densidade demográfica de 8,14; Região de Augustinópolis com 197.367 e densidade de 13,53; Região de Gurupi com 171.546 e densidade de 3,19; Região de Guaraí com 146.205 e densidade de 4,45. As três

regiões com menor número populacional são: Região de Paraíso com 115.685 habitantes (2,76), Região de Porto Nacional com 102.313 (2,80) e a menor de todas que é a Região de Dianópolis com 92.376 habitantes e densidade de 2,54 (TOCANTINS, 2013).

Sabemos que no Estado existem grupos populacionais que demandam atenção específica, como moradores de área rural, indígenas e quilombolas e os próprios municípios do interior, que não possuem serviços adequados de atenção ao parto e nascimento.

Segundo dados do DATASUS, no Tocantins, no ano de 2011, foram registrados 24.761 nascimentos em Hospital/Outro Estabelecimento de Saúde e 222 nascimentos em domicílio. Tendo também uma proporção muito maior de óbitos infantis e maternos ocorridos no ambiente hospitalar.

Apesar das gestantes serem informadas sobre a vinculação desde o pré-natal até o local de referência para o parto de risco habitual no próprio hospital municipal da cidade, os casos de gestantes e recém-nascidos de alto risco são encaminhados poucas vezes pela central de internação/leitos (na maioria dos casos apenas recém-nascido de alto risco em estado de emergência).

A distância para os serviços de referência e também a importância/necessidade de uma central de regulação de leitos funcionante e resolutiva, ainda constitui-se um desafio a ser superado em muitos municípios tocantinenses, o que atualmente ainda causa peregrinação em busca de atendimento, falta de atendimento em tempo oportuno, e até mesmo a ocorrência dos óbitos de mães e filhos, como constam nas análises dos óbitos, realizadas pelo Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Materno, Fetal e Infantil do Tocantins - CEPOMFI e do Grupo Estadual de Trabalho da Vigilância de Óbitos Materno e Infantil. E também na fala de uma participante:

Precisava de uma incubadora, mas não tinha incubadora, estavam tentando se conseguiram em Palmas e não conseguiram. (P13, 27a, R03)

A partir da Rede Cegonha, esforços vêm sendo desenvolvidos na busca de solução para problemas como esses, melhorar a organização dos serviços nos municípios, captar e priorizar recursos para a atenção materno infantil.

A qualificação de profissionais, o funcionamento de uma rede de atenção com fluxos bem estabelecidos, os serviços se comunicando, os encaminhamentos e contra-referências adequados, são pontos fundamentais.

Outro ponto que merece destaque é a proporção de cesarianas crescentes que no período de 2007 a 2011, registrou-se o aumento de cesarianas, de 27%, 26%, 30%, 38% e 44%, respectivamente. Nota-se taxas elevadas em comparação aos 15%, que é o recomendado pela OMS.

Segundo Lansky, et al (2002), o óbito neonatal precoce que é o óbito que ocorre do nascimento ao 6º dia de vida é considerado um importante marcador do nível de desenvolvimento social e da garantia aos direitos humanos. Reflete não apenas a assistência ao trabalho de parto e nascimento, mas também a atenção no pré-natal; apesar da principal causa de ocorrência está diretamente relacionada à assistência ao parto e nascimento. Mais adiante apresentaremos esses dados por região de saúde.

Outro ponto que merece destaque é o descumprimento da lei 11.634/07 que garante o direito à gestante atendida pelo SUS de conhecer e vincular-se a uma maternidade antes do parto. Esta vinculação que é um direito das gestantes, aqui no Estado é estabelecida até certo ponto, deixando lacunas, como é o caso de algumas mulheres que não são atendidas como gestação de alto risco e não são encaminhadas em tempo oportuno, como é apresentado nos dados coletados.

Apesar do direito ao acompanhante ter uma lei federal (11.108) desde 2005, além da RDC 36/2008 da ANVISA, as RNs 211 e 262 da ANS e o Estatuto da Criança e do Adolescente, no caso das adolescentes grávidas, muitas vezes as mulheres estão sozinhas e impedidas de ter um acompanhante, o que fere a Lei.

Sabe-se que é uma obrigação das maternidades garantir a presença de um acompanhante da mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. E no Tocantins essa lei vem sendo cumprida por poucas maternidades, como demonstram os resultados desse estudo.

Quanto aos aspectos gerais e de condições de vida da população, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (2012), destaca-se,

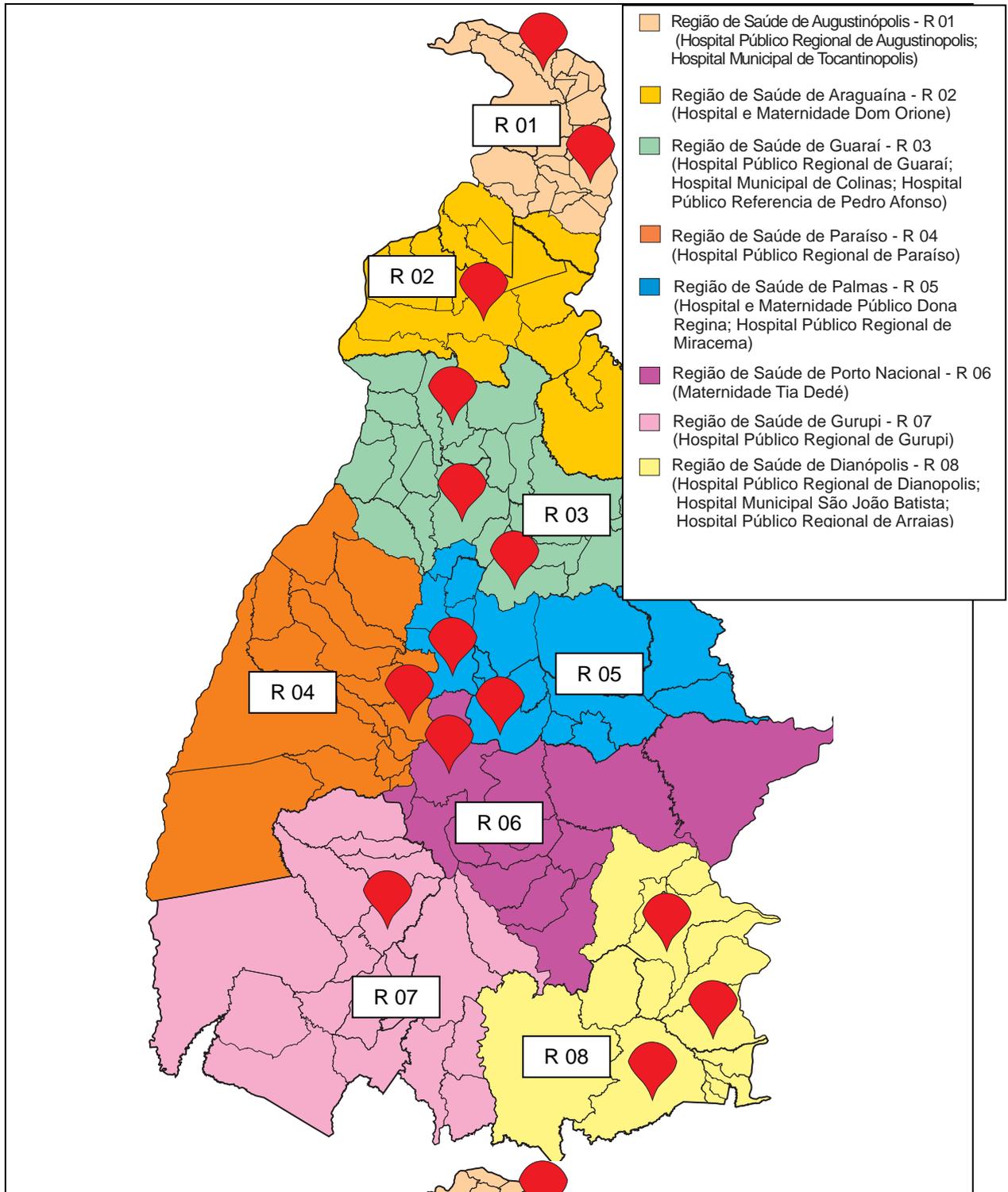
que o Estado possui uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 83%, sendo que 96,7 da população é usuária do SUS. Um percentual de 77,76% dos domicílios com rede de abastecimento de água pública: 77,76%; os domicílios com lixo coletado é de 76,42%; já os domicílios com rede de esgoto: 10,35%%. Domicílios com fossa (qualquer tipo): 77,49%%. Domicílios com energia elétrica: 92,47%. O Estado possui sete etnias indígenas distribuídas em 82 aldeias e 15 comunidades quilombolas.

A taxa de natalidade em 2010 foi de 24,47/1000 nascidos vivos, e a esperança de vida ao nascer é de 71,9 anos no ano de 2009. A população feminina em 2010 é de 681.021 e a masculina de 702.424 habitantes, e mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) corresponde a 448.896 (DATASUS, 2011).

A Rede Estadual de Saúde conta com Unidades Básicas de Saúde em 100% dos municípios e serviços de referência de média e alta complexidade, regionalizados, mas com muito a ser melhorado no que diz respeito . Atualmente os diversos serviços de referências como os hospitais que realizam partos, são de gestão estadual. Em 71 municípios está implementado o Serviço do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Dos municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) constam 124 municípios.

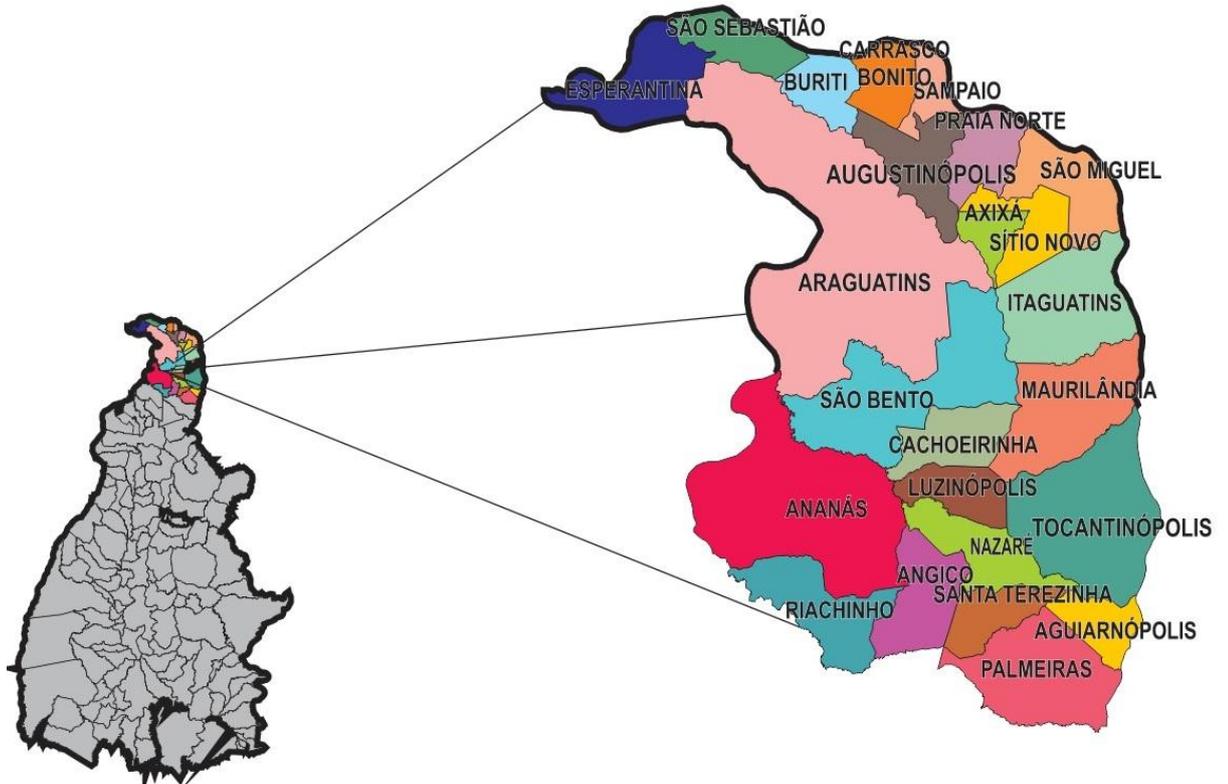
A seguir, apresentam-se as regiões de saúde, trazendo um recorte da situação materno infantil do Estado.

Figura 1 - Maternidades que atendem pelo Sistema Único de Saúde por Regiões de Saúde do Estado do Tocantins



Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

Figura 2 - Região de Saúde de Augustinópolis, Estado do Tocantins, 2014



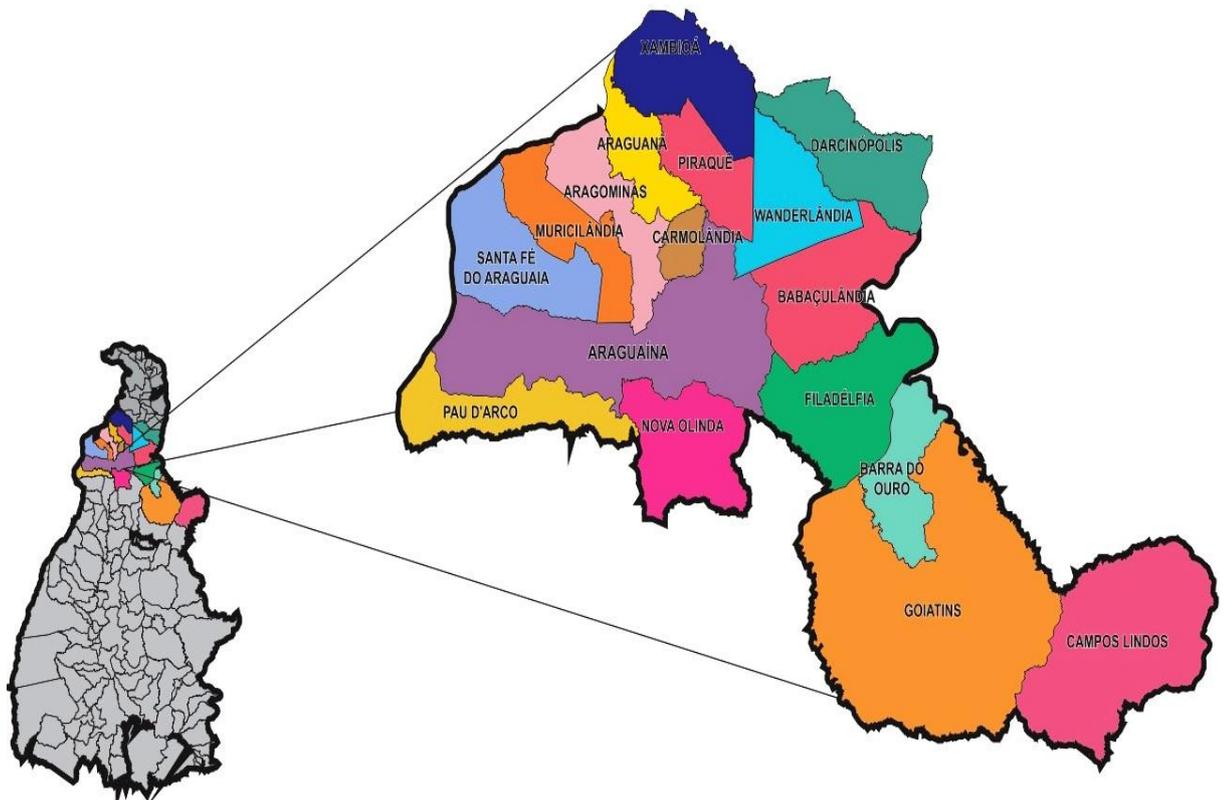
Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

A Região de Saúde Augustinópolis³, do Estado do Tocantins é composta por 24 municípios, com população total de 197.367 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,598 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000). Com a taxa de mortalidade neonatal de 9,3 em 2011, esta região não possui leitos de UTI neonatal e serviço especializado em pré-natal de alto risco nos municípios. Predominou nessa região os tipos de violência física, verbal, psicológica e a negligência; além de deficiências na ambiência nas maternidades, utilização de

³Esta região abrange os seguintes municípios: Arguianópolis, Ananás, Angico, Araguatins, Augustinópolis, Axixá do Tocantins, Buriti do Tocantins, Cachoeirinha, Carrasco Bonito, Esperantina, Itaguatins, Luzinópolis, Maurilândia do Tocantins, Nazaré, Palmeiras do Tocantins, Praia Norte, Riachinho, Sampaio, Santa Terezinha do Tocantins, São Bento do Tocantins, São Miguel do Tocantins, São Sebastião do Tocantins, Sítio Novo do Tocantins, Tocantinópolis).

procedimentos não indicados ou não benéficos e descumprimento da Lei do Acompanhante.

Figura 3 - Região de Saúde de Araguaína - Estado do Tocantins, 2014



Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

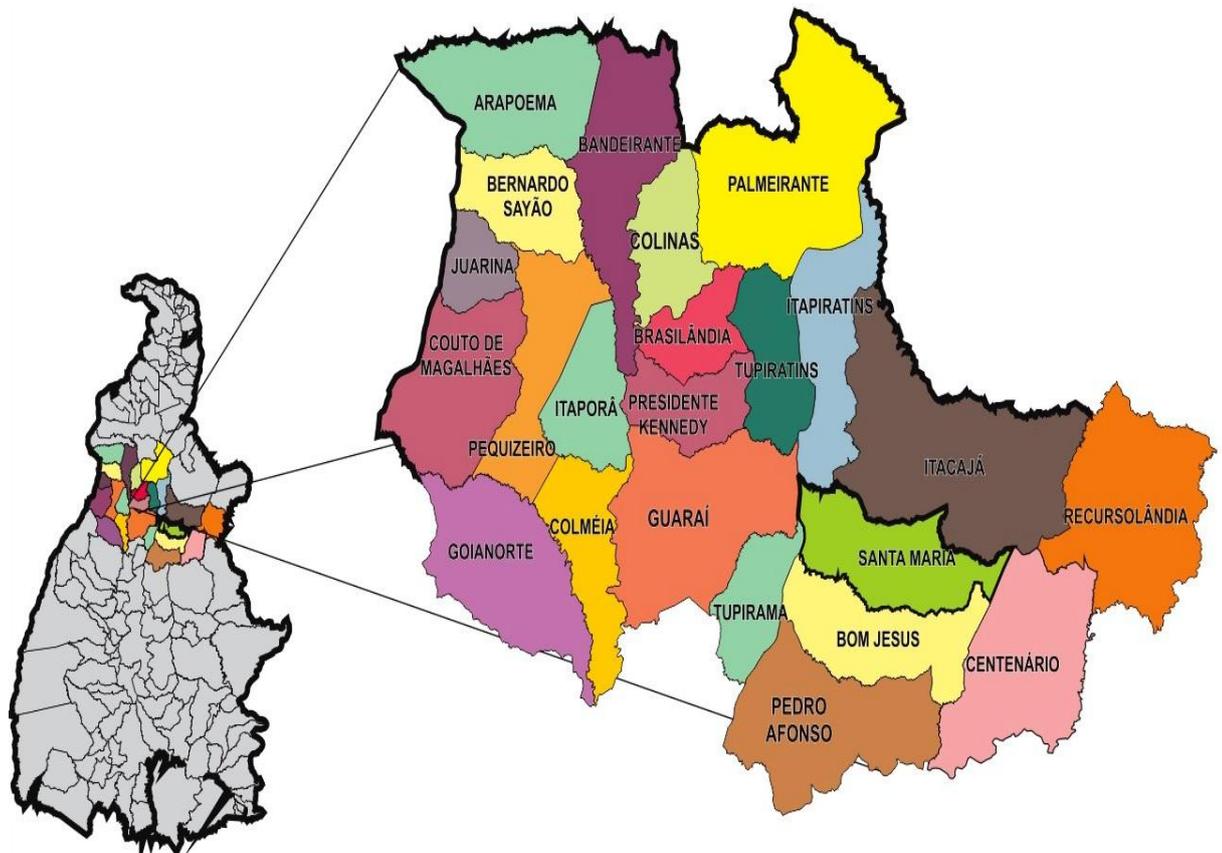
A Região de Saúde Araguaína⁴ é composta por 17 municípios. População Total da Região de Saúde Médio Norte é de 276.756 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,581 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).

Com a taxa de mortalidade neonatal de 8,6 e essa região possui leitos de UTI neonatal e serviço especializado em pré-natal de alto risco em apenas um município,

⁴Esta região abrange os seguintes municípios: Aragoninas, Araguaína, Araguaia, Babaçulândia, Barra do Ouro, Campos Lindos, Carmolândia, Darcinópolis, Filadélfia, Goiatins, Muricilândia, Nova Olinda, Pau D'arco, Piraquê, Santa Fé do Araguaia, Wanderlândia, Xambioá.

Araguaína. Predominaram nessa região os tipos de violência física, psicológica, verbal, negligência, relatos de diferenças na assistência entre o público e o privado com discriminação social e descumprimento da Lei do Acompanhante. Foram destaque ainda as queixas relacionadas à assistência obstétrica realizada por estudantes.

Figura 4 - Região de Saúde de Guarái - Estado do Tocantins, 2014.



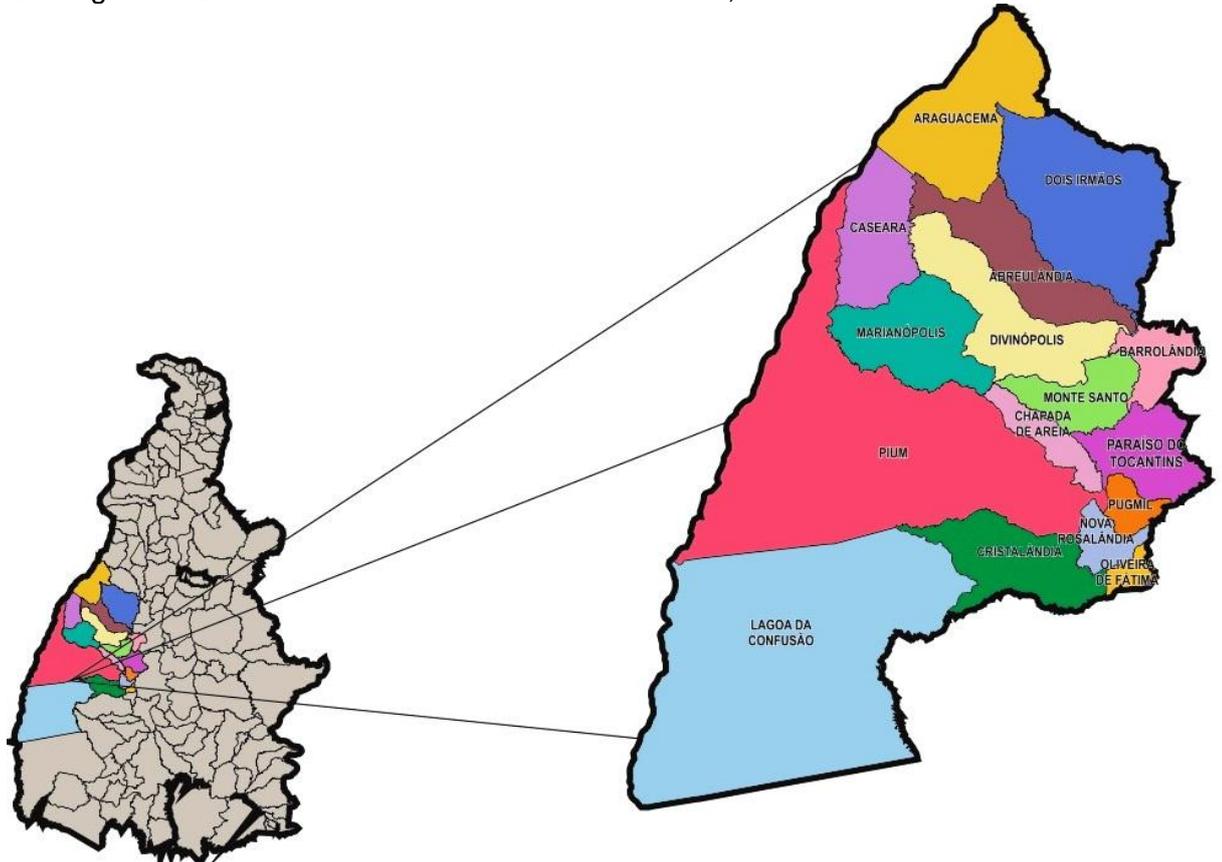
Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

A Região de Saúde de Guarái⁵ é composta por 23 municípios. População Total da Região é de 146.205 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Com a taxa de mortalidade neonatal de 8,7 (SIM/SINASC 2011). Esta

⁵Esta região abrange os seguintes municípios: Arapoema, Bandeirantes do Tocantins, Bernardo Sayão, Bom Jesus do Tocantins, Brasilândia do Tocantins, Centenário, Colinas do Tocantins, Colméia, Couto Magalhães, Goianorte, Guarái, Itacajá, Itapiratins, Itaporá do Tocantins, Juarina, Palmeirante, Pedro Afonso, Pequizeiro, Presidente Kennedy, Recursolândia, Santa Maria do Tocantins, Tupirama, Tupiratins.

região não possui leitos de UTI neonatal e serviço especializado em pré-natal de alto risco nos municípios. Predominaram nessa região os tipos de violência física, verbal, negligência, descumprimento da Lei do Acompanhante e problemas com ambiência.

Figura 5 - Região de Saúde de Paraíso - Estado do Tocantins, 2014.



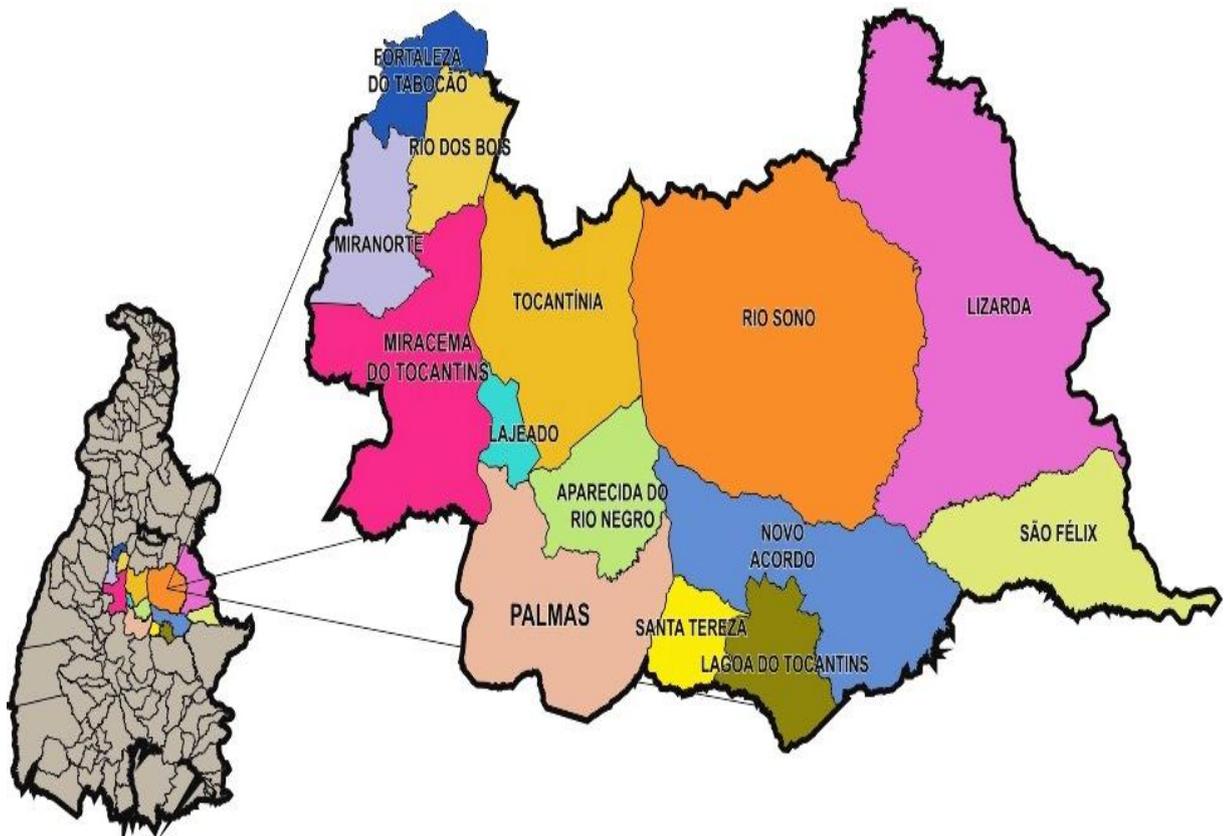
Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

A Região de Saúde Paraíso⁶ do Estado do Tocantins é composta por 16 municípios. População Total da Região é de 115.685 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Com a taxa de mortalidade neonatal de 8,4 essa região não possui leitos de UTI neonatal e serviço especializado em pré-natal de alto risco no território. Predominaram nessa região os tipos de violência física,

⁶Esta região abrange os seguintes municípios: Abreulândia, Araguacema, Barrolândia, Caseara, Chapada de Areia, Cristalândia, Divinópolis do Tocantins, Dois Irmãos do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis do Tocantins, Monte Santo do Tocantins, Nova Rosalândia, Oliveira de Fátima, Paraíso do Tocantins, Pium, Pugmil.

psicológica, negligência, discriminação social, descumprimento da Lei do Acompanhante.

Figura 6 - Região de Saúde de Palmas - Estado do Tocantins, 2014.



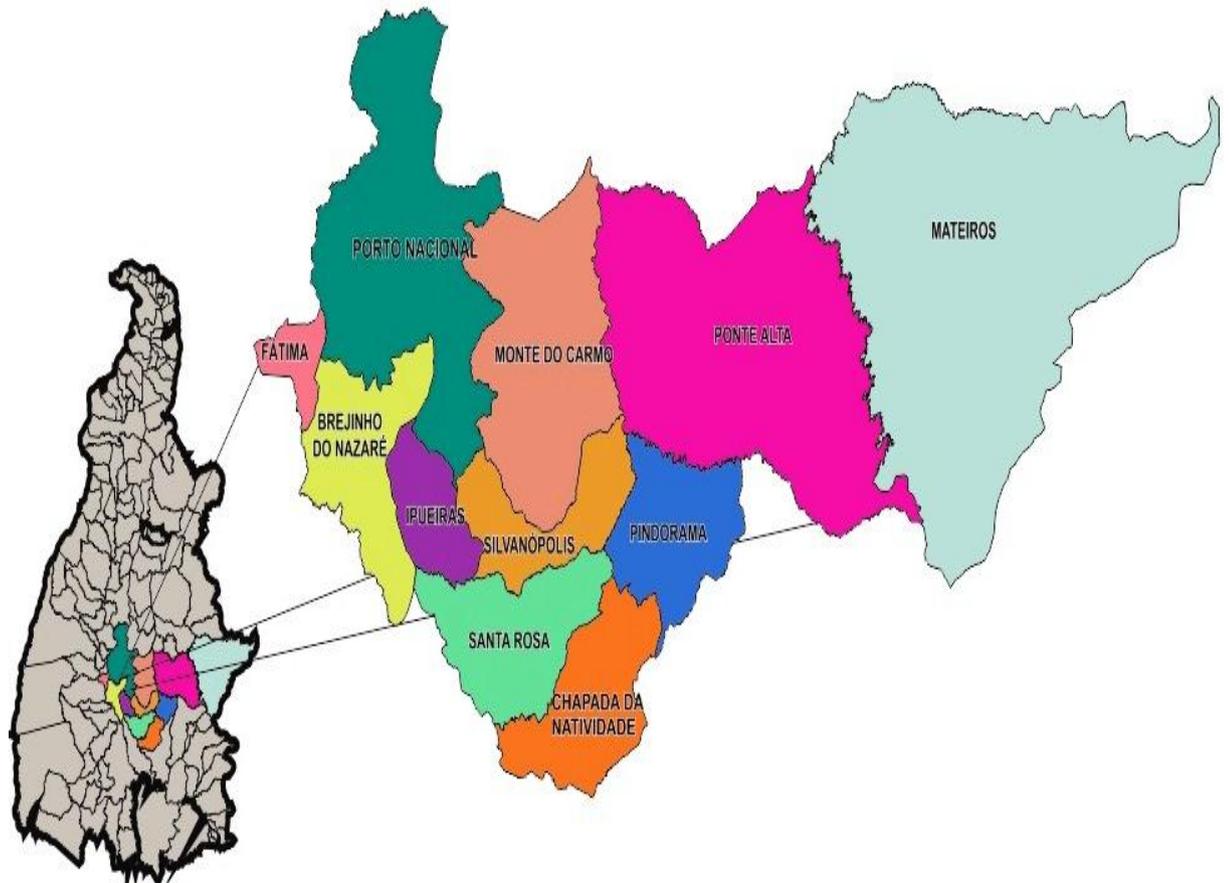
Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

A Região de Saúde Palmas⁷ do Estado do Tocantins é composta por 14 municípios População Total da Região é de 301.576 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). A média do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da região é de 0,669 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000). Com a taxa de mortalidade neonatal de 7,8. Essa região possui leitos de UTI neonatal e dois serviços especializados em pré-natal de alto

⁷Esta região abrange os seguintes municípios: Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins, Tocantínia.

risco no território, sendo referência para todos os municípios, por ser capital. Predominaram nessa região os tipos de violência física, verbal, psicológica e negligência, além da utilização de procedimentos não indicados ou não benéficos.

Figura 7 - Região de Saúde de Porto Nacional - Estado do Tocantins, 2014.



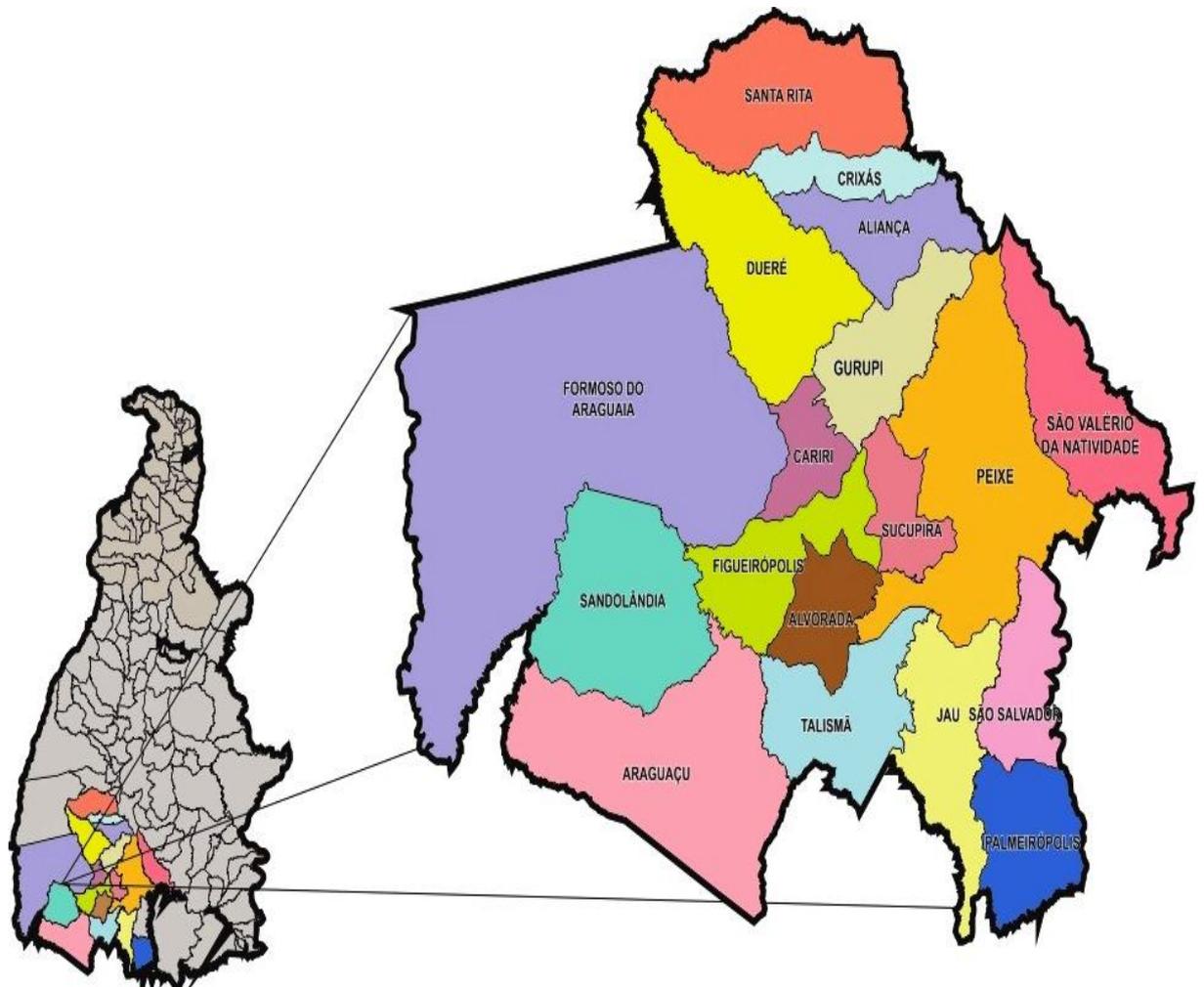
Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

A Região de Saúde Porto Nacional⁸ do Estado do Tocantins é composta por 12 municípios. População Total da Região é de 102.313 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Com a taxa de mortalidade neonatal de 9,0 em 2011 (SIM/SINASC), essa região não possui leitos de UTI neonatal e serviço especializado em pré-natal de alto risco no território. Predominou nessa região os tipos de violência física, verbal, psicológica e negligência, descumprimento da Lei do

⁸Esta região abrange os seguintes municípios: Brejinho de Nazaré, Chapada da Natividade, Fátima, Ipueiras, Mateiros, Monte do Carmo, Natividade, Pindorama do Tocantins, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, Santa Rosa do Tocantins, Silvanópolis.

Acompanhante e problemas com ambiência. Foram destaque ainda as queixas relacionadas à assistência obstétrica realizada por estudantes, além da utilização de procedimentos não indicados ou não benéficos.

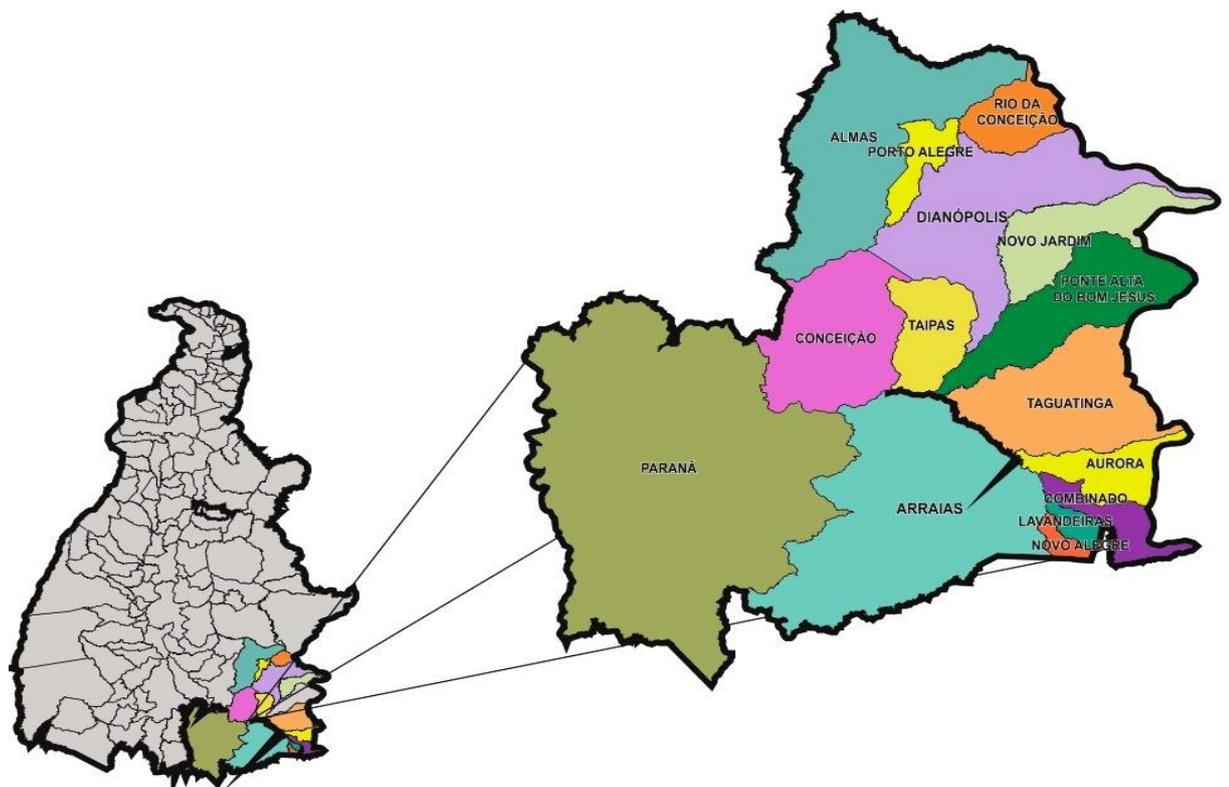
Figura 8 - Região de Saúde de Gurupi - Estado do Tocantins, 2014.



Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

A Região de Saúde Gurupi⁹ do Estado do Tocantins é composta por 18 municípios, com população de 171.546 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Com a taxa de mortalidade neonatal de 9,2 no ano de 2011. Essa região não possui leitos de UTI neonatal, apenas UCI e não possui ainda serviço especializado em pré-natal de alto risco no território. Foi destaque a violência psicológica, física, verbal, negligência, além do descumprimento da Lei do Acompanhante e da utilização de procedimentos não indicados ou não benéficos.

Figura 9 - Região de Saúde de Dianópolis - Estado do Tocantins, 2014



Fonte: TOCANTINS/SESAU, 2013.

⁹Esta região abrange os seguintes municípios: Aliança do Tocantins, Alvorada, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Gurupi, Jaú do Tocantins, Palmeirópolis, Peixe, Sandolândia, Santa Rita do Tocantins, São Salvador do Tocantins, São Valério da Natividade, Sucupira, Talismã.

A Região de Saúde Dianópolis¹⁰ é composta por 15 municípios. População Total da Região é de 92.376 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Com a taxa de mortalidade neonatal de 9,4 no ano de 2011. Essa região não possui leitos de UTI neonatal e serviço especializado em pré-natal de alto risco nos municípios.

Foram destaques a violência verbal, física, psicológica, negligência, descumprimento da Lei do Acompanhante, problemas com ambiência e utilização de procedimentos não indicados ou não benéficos.

6.2 Percepção das Mulheres Sobre a Assistência Recebida na Gestaçã

Este capítulo trata os dados coletados, levando em consideração os tipos de violências que as mulheres declararam ter sofrido durante o parto.

As queixas se referem à dificuldade no acesso, negligência, violência verbal, que inclui tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhação, desrespeito; violência física; violência psicológica, precariedade de recursos humanos e materiais; descontinuidade da assistência do pré-natal ao parto; descumprimento da lei do direito ao acompanhante de livre escolha, utilização de procedimentos que não são mais indicados, como podemos observar nos relatos das participantes.

Das 56 mulheres entrevistadas, 49 consideraram ter sofrido algum tipo de violência pelos profissionais.

A satisfação na assistência recebida está diretamente ligada a fatores como comunicação e atenção que os profissionais dispensou à parturiente, e isso aconteceu tanto nas consultas de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde, quanto nas maternidades no momento do parto.

[...] fui bem atendida, o pessoal dos enfermeiros toda vida me acompanhando. Nunca fiquei sozinha e depois que eu ganhei eles cuidou de mim. (P25, 36a, R05)

¹⁰Esta região abrange os seguintes municípios: Almas, Arraias, Aurora do Tocantins, Combinado, Conceição do Tocantins, Dianópolis, Lavandeira, Novo Alegre, Novo Jardim, Paranã, Ponte Alta do Bom Jesus, Porto Alegre do Tocantins, Rio da Conceição, Taguatinga, Taipas do Tocantins.

Até teve bastante cuidado da parte dos enfermeiros, já o médico eu achei um pouco que deixou a desejar [...] ele não se levantava, ele não perguntava muito as coisas, eu não consegui tirar muitas dúvidas com ele porque ele não se desligava dos papéis, entendeu? Não levantava a cabeça pra olhar pra gente pra perguntar se estava me sentindo bem. Os enfermeiros e aquelas outras pessoas eles sempre prestando bastante atenção se eu estava inchada, se não estava, se eu estava me sentindo bem no momento, se não estava, agora o médico não, o médico estava bem distraído o tempo todo [...] parece que tinha uma má vontade de me olhar, de me responder, de me atender. (P21, 27a, R03)

Como já apontado em outras pesquisas¹¹, a violência obstétrica acontece no contexto da denominada crise de confiança da medicina tecnológica com o distanciamento na relação entre profissionais e pacientes. Evidencia assim a necessidade em fortalecer o contato humano, oferecer informações de qualidade, trabalhar com competência técnica e aumentar assim a segurança em saúde.

As internações precoces, sem avaliação coerente e a falta de comunicação pelos profissionais com a paciente e seus familiares, sobre a necessidade de internação, pode estar gerando longas internações. Acompanhada a tudo isso, a falta de resolutividade é apontada como fatores que interferem na qualidade da assistência.

[...] eu comecei sentir dores no sábado e fui pro hospital [...] não me lembro bem se eles me internaram ou se mandaram voltar pra casa [...] Eu cheguei no sábado e fui ganhar neném na segunda-feira, então eu passei muitos dias sentindo dor porque meu neném estava tudo normal, mas não dilatou. (P35, 34a, R04)

Ao citar o início das consultas do pré-natal tardio, demonstra-se que as mulheres reconhecem a necessidade de iniciar o pré-natal em tempo oportuno, ou

¹¹DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. **Humanização da assistência ao parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2006; DE MENEZES, Ana Lydia Soares. A dimensão (in) visível da humanização: um estudo sobre a visão de obstetras de uma maternidade pública da cidade do rio de janeiro. 2010.

seja, precocemente. Isso demonstra uma maior consciência e informação das mulheres quanto aos seus direitos relacionados à saúde.

Eu tive poucas consultas de pré-natal porque eu descobri muito tarde, mas assim o pré-natal que eu fiz foi bom. Todas às vezes que eu vim aqui fui bem atendida... (P21, 27a, R03)

Algumas definiram a assistência recebida durante a gestação como boa, utilizou a palavra “tranqüila” para definir essa fase, o que demonstra a percepção do período gravídico pelas mulheres como período de cuidados e não de doenças.

[...] foi tranquila minha gestação. Não teve nenhuma ocorrência não. Todas às vezes que precisei freqüentar a maternidade foi tranqüilo também. (P09, 32a, R02)

[...] foi boa, não teve nada dessas coisas assim ruim. (P27, 17a, R05)

A não identificação dos profissionais foi uma constante, o que corrobora com outros estudos que citam a ausência de vínculo entre profissionais e pacientes como um fator preocupante no processo de atenção à saúde.

[...] Só que eu não sei o nome do doutor, né. (P05, 18a, R01)

Quando eu cheguei na maternidade que eu perdi o meu bebê; o médico, eu não lembro o nome dele, ele me tratou super mal. (P10, 23a, R02)

Tenho até que elogiar uma enfermeira lá que eu não sei o nome dela, ela cuida muito bem da gente [...] (P19, 34a, R03)

Aí o doutor, eu não lembro o nome do doutor que estava lá quando me atendeu. (P15, 27a, R03)

Outros estudos demonstram que nos espaços de ensino de futuros profissionais, como os hospitais-escolas, que servem de campo de ensino

especificamente de obstetrícia, a reprodução de atitudes e posturas dos profissionais atuantes, tornam-se verdadeiros mecanismos que colaboram para a perpetuação de violação de direitos e de repetição de práticas prejudiciais à qualidade da atenção que deveria ser prestada.

Aí tem as estudantes de medicina que vêm de fora, que trabalham junto com os médicos, uma eu não sei como fala o nome delas... Aí eu fui e perguntei pra ela, eu não sabia se ela era enfermeira ou se era estudante se estava já se formando já. Aí eu fui perguntei: Hein enfermeira, você vai me acompanhar para Palmas? Aí ela falou bem assim: “Eu não sou enfermeira [...] Aqui, esse nome aqui, ó [...] Eu esqueci o nome. Acadêmica, né? “Eu estudei muito pra você estar me chamando de enfermeira.”. Aí ai eu falei assim: Desculpa, eu não sabia seu nome e nem você se identificou. Aí eu fiquei muito sentida, já estava lá triste... preocupada, em trabalho de parto...” (P37, 35a, R06)

As intervenções com finalidades didáticas onde as mulheres se submetem a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, configura como violação dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual. Destaca ainda que em hospitais escola, é comum ter várias pessoas juntas ou em sequência para realizar exame de toque vaginal, onde a mulher não é informada dos nomes, da qualificação, da necessidade e riscos do procedimento, ou mesmo das informações sobre a progressão do seu próprio trabalho de parto (BRASIL, 2012).

No contexto dos direitos reprodutivos, isso se configura como violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual, como destaca o documento citado acima.

Em relação às informações sobre a progressão do trabalho de parto, sabe-se que em muitos serviços de assistência obstétrica não há utilização do partograma¹³, o que prejudica o acompanhamento da paciente, além de contrariar as normas assistenciais de qualidade dos serviços obstétricos.

Ausência de vínculo entre o serviço que realiza o pré-natal e a maternidade, ou seja, a descontinuidade da assistência é apontada diversas vezes.

“A gestação em si ela foi bem tranquila. Agora, se tu me perguntar em relação ao atendimento lá no hospital! Realmente não fui bem atendida [...] em relação ao atendimento deixou a desejar... (P35, 34a, R04)

O PHPN preconiza que os esforços da atenção básica devem ser no sentido de garantir o desenvolvimento de uma gestação segura, sendo bem definidas as ações de prevenção a agravos, promoção da saúde e tratamento dos problemas que possam ocorrer neste período. Destacando as ações que dependem quase que exclusivamente da atuação dos profissionais.

Foi pouco relatado quanto ao atendimento na maternidade sendo realizado pelo mesmo médico que acompanhou o pré-natal, sendo comum as mudanças de médicos.

Fui muito bem atendida lá no hospital [...] o médico com quem eu consultei no postinho, foi bem no dia do plantão dele. Graças a Deus, porque muitas vezes não coincide, né! (P31, 24a, R05)

Violência institucional durante a consulta de pré-natal também foi relatada durante as entrevistas, com predominância de informações incorretas oferecidas por profissionais de saúde.

A gestação foi tranqüila, fiz o meu pré-natal certinho, o jeito que eu fui atendida lá no pré-natal não foi bem, assim, o que eu esperava, porque me deixavam com muitas dúvidas; não deixavam perguntar nada e quando eu perguntava, nem davam ouvidos, não ouviam mesmo, aí não respondiam, e eu ia embora pra casa com a cabeça preocupada. (P03, 24 a, R01)

[...] quando eu estava com 7 meses aí num dos exames que foi toxoplasmose deu alteração e aí foi um caso. Aí a minha agente de saúde foi lá e falou: “não, você tem que ir lá no postinho.”. Aí eu cheguei no Posto e perguntava pra um e ninguém e respondia, perguntava pra outro também não [...] Assim o jeito que o médico falou pra mim me deixou muito preocupada [...] Eu sentei e ele falou assim: “ah, você que está com toxoplasmose, a doença de gato.” Aí ele começou a falar que o neném

podia nascer deficiente, que não sei o que... E eu comecei a chorar, porque eu fiquei desesperada, né? Ele falou assim: “olha, aqui nós não temos o medicamento, nós vamos te encaminhar para a policlínica.” E não deu mais nada de informação, de nada. Aí eu fui pra Policlínica, aí quando eu cheguei lá o médico falou assim. “olha é a primeira vez que eu vejo uma coisa dessas: pelos seus exames você não tem toxoplasmose! Aí eu fiz outro exame não deu nada. Meu filho nasceu e está saudável. (P42, 20a, R07)

Como podemos observar nesses relatos anteriores, a qualidade do pré-natal encontra-se comprometida, tendo como perspectiva os direitos de cidadania. O PHPN se fundamenta na humanização da assistência que compreende aspectos como o dever dos serviços de saúde acolher com dignidade a mulher e adotar medidas comprovadamente benéficas à saúde da mulher e da criança.

6.3. Sentimentos Vivenciados pelas Mulheres Durante a Internação para o Parto

Muitos relatos expressaram reprovação da postura dos profissionais e reconhecimento de vitimização.

A exteriorização dos sentimentos durante as entrevistas foi observada de modo bastante enfático por meio dos choros de várias mulheres, por gestos como roendo as unhas, tremores nas mãos e movimentos bruscos, além das inúmeras interrupções que tivemos que fazer durante as falas.

Muitas mulheres relataram que durante suas internações para o parto vivenciaram momentos de chateação, tristeza, medo da morte de seus bebês e delas próprias, sentimento de incapacidade e fragilidade.

[...] não gostei da assistência da médica, devido à falta de consideração; depois do parto tive muito sangramento, passei mal e em momento algum a médica que fez o meu parto, assim, depois que eu saí do centro cirúrgico, ela passou pra me ver. Fiquei tão mal, que tive que voltar pro centro cirúrgico novamente, pra fazer outra coisa lá pra parar o sangramento [...] E ela não estava nem aí pra mim. Foi muito desrespeito, muita ignorância. Quase morri! (P01, 31a, R01)

Me senti muito desrespeitada quando tive meu filho. (P03, 24a, R01)

“hum, se me maltrataram? Me fizeram muitas perguntas maldosas, assim, nunca mais eu esqueço aquelas coisas que eles me falaram lá no hospital.” (P04, 43a, R01)

[...] eu não gostei dele ter esperado eu ter começado a reação pré-eclâmpse, não ter agilizado antes, mais cedo, que no caso se tivesse demorado mais um pouco eu podia morrido [...]. (P26, 22 a, R05)

Eu me senti incapaz, sabe? Assim, ser frágil, incapaz assim e eu me perguntava o tempo todo: Por que eu estou passando por essa situação? E o que vinha na minha cabeça: Se eu tivesse dinheiro poderia estar no particular e estar acompanhada. Porque minha mãe seria uma segurança pra mim, uma forma de segurança, a minha mãe ou minha irmã. (P35, 34a, R04)

E eu fiquei mais mal ainda pelo desespero delas lá fora. Como eu falei, eu em si era bem tranqüila, mas assim, por ver a minha mãe naquela situação chorando você pega um certo medo [...] você se sente mais fragilizada, você se sente doida, você fica naquela incapacidade: “Nossa, o que eu poderia estar fazendo, o que eu poderia fazer pra melhorar isso?” Mas você sente uma tristeza muito grande, sabe? Uma incapacidade muito grande. (P35, 34a, R04)

Na maternidade, estas mulheres experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, como: a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho, e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades públicas (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Apesar de tudo isso, percebemos que elas submetem-se de forma silenciosa e submissa às inúmeras rotinas hospitalares, que são reprovadas por elas mesmas. O que é comum, como pode ver em outras pesquisas semelhantes, onde a falta de organização nas condutas ou atitudes, que levam à insegurança das mulheres,

evidencia-se também o domínio sobre a cliente e a negação da sua autonomia, submissão. Onde a parturiente, configura-se como um objeto de uma ação autoritária, sem nenhuma possibilidade de interferir, sem poder emitir seus desejos, suas vontades ou fazer respeitar os seus direitos. Assim a competência científica e a tecnologia têm maior destaque do que a qualidade de vida ou o bem-estar da clientela (WALDOW, 2008).

Assim as mulheres acabam vivendo durante o parto, que é um momento único e importante na vida de cada uma e de suas famílias, o inverso, vivenciam como um momento de extrema dor, angústia e medo.

Não se observa indícios de resistência da mulher contra a autoridade dos profissionais. E essa constatação aparece em outras pesquisas nessa mesma temática, que foi denominada de violência consentida, justificada principalmente porque essas mulheres temem pelo bebê, pelo atendimento, pela condição de desigualdade (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica).

Sim, a demora no começo teve um pouco... Fui para consultar lá porque estava passando bastante da data né? Aí eles me mandaram embora pra casa e eu sentindo dor direto. Já não tinha dilatação, não tinha líquido e aí ele me mandou embora pra casa, aí depois eu voltei a noite de novo e eles conseguiram me internar com a ultrassonografia. Já ouvi vários comentários quando as mulheres gritam demais, elas são um pouco escandalosas também eles deixam lá, né? E vai cuidar das outras que estão mais calmas, não estão gritando, aqueles escândalos. (P39, 29a, R06)

Observa-se ainda que o serviço público é caracterizado como o não pago, o favor e não como um direito garantido, sendo ainda considerado como serviço com pouca qualidade.

Eu passei 30 horas de dor. Eu não tinha condições de ter um parto normal e me induziram a ter esse parto normal, e, por sorte eu estou aqui ainda para contar a história, mas foi difícil. Se eu tivesse como sair naquele momento para uma outra maternidade, pagar um parto eu teria feito. (P11, 36a, R02)

O medo do parto normal é atribuído aos relatos de outras mulheres, que exteriorizam suas experiências e fatos negativos ocorridos.

Algumas falam que filhos deles morreram por não atender na hora certa, ficar esperando às vezes um parto normal sendo que a mãe não tem capacidade de ter um parto normal, a criança morre devido isso. Eu ouvi muitos comentários já sobre isso. (P19, 34a, R03)

A banalização da dor por parte dos profissionais remete a reflexões sérias, como à falta de escuta dos profissionais, a desvalorização da fala da mulher, a não utilização de métodos de alívio à dor e conseqüentemente a banalização da violência.

[...] quando as contrações começam a vir a gente fica falando sempre pras enfermeiras: “As dores estão aumentando.”. “Ah, mas não é a hora. O doutor está ocupado, você pode esperar. O outro atendimento não pode” é um descaso com as mulheres que passam por essas dores [...] com a evolução, com tanta tecnologia que a gente eu acho que não era mais para a gente estar sentindo tantas dores igual eles deixam a gente estar sofrendo. (P17, 18a, R03)

A invisibilidade se manifesta pelo não reconhecimento da mulher como sujeito nessa relação entre os profissionais de saúde no momento do parto, mas sim como objeto de intervenção para chegar a um produto que é o nascimento. Sendo uma constante a posição de inferioridade que a mulher assume perante os profissionais de saúde, que neste momento reforçam “o poder”, sendo destinado a eles todo o direito a ordenar, cabendo a mulher o direito de obedecer.

Ah, muitas vezes por eles acharem que elas não estão sentindo dores, estão exagerando, não dá importância às vezes pra paciente. (P09, 32a, R02)

A impressão que dá parece que eles não acreditam que a pessoa está com toda aquela dor. Aí ela dizendo que ia nascer, que ia nascer. Eles: “Não.” Aí de repente o menino nasceu em cima da cama lá, sabe? Aí que as enfermeiras

correram e já auxiliaram. Graças a Deus Deu certo: Eu acredito, realmente assim, teve palavras que você está sentindo dor, você está frágil, você está dependente daquilo que você acha que vai te doer. (P35, 34a, R04)

Apesar de algumas mulheres terem informado que não sofreram violência institucional, as mesmas narraram casos de violência obstétrica ocorrida na mesma maternidade que tiveram os seus filhos, com amigas ou conhecidas que foram submetidas a essas situações, ou até mesmo presenciaram as cenas durante suas internações.

Tem o caso de uma cunhada que foi ganhar neném e [...] tiveram que puxar com ferro o bebê e ele foi a óbito, devido ter machucado muito. (P49, 36a, R08)

A M mesmo ganhou os filhos dela tudo sozinha, lá no hospital; porque jogaram ela lá pra salinha e quando vinham atender, ela já tinha ganhado o menino dela lá só [...] os meus não, os meus foram tudo cesárea. (P51, 29a, R08)

Esperaram demais; o neném dela passou da hora de nascer [...] era todo normal, o neném, mas quando levaram, já estava nascendo, todo roxinho... (P43, 30a, R07)

Algumas falam que os filhos delas morreram por não atender na hora certa, ficar esperando às vezes um parto normal sendo que a mãe não tem capacidade de ter um parto normal, a criança morre devido isso. Eu ouvi muitos comentários sobre isso. (P19, 34a, R03)

Minha irmã, ela chegou no hospital às 07h40 da manhã e o médico só resolveu fazer o parto dela uma 08h00 da noite e aí a criança morreu, não teve mais jeito, o filho dela morreu. (P 29, 37a, R 05)

Muitas amigas minhas né já foram chamadas de escandalosas, é desrespeito né? (P53, 33a, R08)

Soube de um caso da menina lá perto da minha casa, que perdeu o filho dela, por demora no atendimento. E a minha prima, ela passou dois dias sentindo dor lá no hospital pra ter o neném; forçando demais pra ter normal e ela não tinha condições de ter normal, acabou que teve que ser cesárea, depois de dias de sofrimento. (P31, 24a, R05)

A minha cunhada, pelo SUS. Ela sofreu um acidente e ela buscou o PSF, o Posto de Saúde, o médico examinou falou que era para ficar de observação em casa. Só que na verdade a placenta tinha descolado e ele tinha que ter pedido um ultrassom de emergência. Aí com três dias a placenta rompeu e ela teve que fazer um parto às pressas, ficou na UTI e o bebê faleceu, mas por causa de negligência médica. (P09, 32a, R02)

A valorização da presença do médico no momento do parto foi citada por algumas parturientes. Isso apontada como uma manifestação do poder do saber médico sobre as outras classes além do reconhecimento pelas parturientes.

Essa enfermeira que fez o meu parto, ela foi ótima, me acalmou bastante, mas eu senti assim triste porque não tinha nenhum médico para fazer meu parto lá... Vai que acontecesse alguma coisa comigo lá dentro, só tinha uma enfermeira? (P13, 27a, R03)

Os depoimentos expressam a relação de poder, em que o profissional, principalmente o médico é visto como detentor do saber. Como no estudo de Waldow, et al (2008) em que as autoras ressaltam o saber-poder hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio médico sobre o cliente e, em outros momentos, sobre os profissionais de enfermagem, na execução dos procedimentos que é de sua competência, além da falta de organização nas condutas ou atitudes, que levam à insegurança das mulheres.

Por outro lado a ausência do médico no momento do nascimento ou a sua presença em poucos momentos durante o trabalho de parto, leva a queixas de falta de atenção e de negligência no atendimento.

[...] o médico me deixou em observação, só que eu pedi as enfermeiras pra que chamassem o médico, o bebê já estava nascendo, eu não sei se chamaram, eu sei que quando o médico chegou eu já tinha ganhado o neném no quarto sozinha. Na cama. Quando elas pediram pra que eu levantasse e fosse pra a sala de parto não dava mais tempo, eu falei que não... Fui avaliada pelo médico só na hora que cheguei. Me senti humilhada. Né? [...] porque você está num hospital onde você tem ali profissionais, né? E você acaba tendo o bebê sozinho. Então é humilhação (P49, 36a, R08).

6.4 Tipos de violências identificadas

A negligência foi um dos tipos de violência mais destacados, em todas as maternidades do Estado.

Teve uma complicação no parto que eu acho que foi um erro do médico a qual teve uma laceração no meu útero [...] eu não vou poder mais ter filhos. Por causa que a cabeça da minha neném era muito grande, não dava então pra passar no canal. O doutor não se atentou a detalhe pela última ultrassom que estava tudo detalhado e deixou com que eu tivesse o parto normal, o qual teve complicação que talvez eu não vá poder mais ter filhos. Ah, eu senti assim que o doutor poderia ter ficado mais atento, não tendo prejudicado a mim porque de uma certa forma agora eu sempre eu sinto dores no meu útero, eu acho que ele deveria ter se atentando mais na hora de pegar meus papeis. (P17, 18a, R03)

Sim, a minha cunhada, pelo SUS. Ela sofreu um acidente e ela buscou o PSF, o Posto de Saúde, o médico examinou falou que era para ficar de observação em casa. Só que na verdade a placenta tinha descolado ele tinha que ter pedido ultrassom de emergência. Aí com 3 dias a placenta rompeu e ela teve que fazer um parto as pressas, ficou na UTI e o bebê faleceu, mas foi por causa de negligência médica. (P09, 32a, R02)

Como ela tem pouco tempo de formada, ela não fazia cirurgia, eu acho que ela não devia ter me segurado lá e me dado remédio pra mim estar sentindo

contrações sendo que eu não tinha condições de ter normal. Só isso. (P41, 38a, R07)

Eu cheguei lá três horas da manhã com dor e já estava já com sinal, né? Aí a enfermeira chegou, fez o toque em mim, disse que não, eu não estava ainda na hora de ganhar. Ela se deitou e foi dormir junto comigo. E ficou até 7 horas da manhã eu passando dor e ela dormindo deitada. Quando a outra enfermeira chegou para trocar o plantão que fez o toque em mim, viu que meu neném não rebentava a bolsa, ele não conseguia. Ele já nasceu já roxinho assim, né? Aí por isso que eu falo assim, que pra mim isso aí sabe? Foi ruim porque eu estava em risco, pode-se dizer, d'eu perder meu neném, porque se eu não conseguisse romper a bolsa ele não ia nascer. Aí por isso que eu acho que deve ser um tratamento ruim, porque ela foi dormir, ela dormiu um sono das 3 horas da manhã até às 7 horas da manhã e eu passando dor. (P18, 23a, R03)

Apesar da curetagem pós-abortamento representar o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais (BRASIL, 2005) as mulheres em situação de abortamentos que procuram os serviços de saúde frequentemente encontram barreiras no atendimento, sendo reconhecidamente classificada como uma atenção sem qualidade e desumana por várias pesquisas, e também foi relatado:

Eu fiquei mais de uma semana internada pra mim poder ganha o neném... só aplicando remédio, aplicando remédio. O médico quase não ia lá, então assim, são muitas, muitas grávidas, estava lotado. Então era ganhando e mandando gente embora. Meu parto eu ganhei sozinha, porque como era aborto não era tão importante pra eles... Porque tinha muita grávida. Tinha muita gente, então ganhei sozinha, só chamei a enfermeira e ela fez um procedimento. Eu ganhei 6 horas da manhã e fui fazer a curetagem 2 horas da tarde. (P10, 23a, R02)

O Dossiê sobre Violência Obstétrica (BRASIL,2012) cita que a complicação de aborto é uma das principais causas de mortalidade materna registradas no Brasil,

sendo considerado que é subnotificado (VICTORA, 2011). Destaca ainda que em 2002, 11,4% de todas as mortes maternas foram relacionadas a complicações registradas de aborto (VICTORA, 2011). Porém, a OMS considera o aborto inseguro uma das causas de mortalidade materna mais facilmente evitáveis (WHO, 2010 apud BRASIL, 2011).

A intervenção da acompanhante durante o processo de parto, lutando por uma assistência melhor também foram destaques nas falas.

Eles me deixaram sofrer muito porque eu passei muito mal e eles falando que eu ia ter normal, que eu ia ter normal, sendo se de 3 horas da manhã até as 9 horas não tinha dilatado mas nem um centímetro era sinal que eu não ia ter normal. Aí minha mãe ficou desesperada lá, minha mãe foi lá na sala do médico já era 4 horas e aí eu falei pra ela que eles iam deixar meu filho morrer, que eu estava sentindo isso. Aí minha mãe foi lá, chamou o médico, falou assim: “Olha, vocês têm que ver o jeito da situação que está minha filha, ela está sofrendo muito e ela não vai ter esse menino normal. Vocês vão decidir o que vocês vão fazer agora [...] Meu filho nasceu com 4.100 e 50 cm. Depois que eu achei muito ruim porque ele nasceu dando muita febre, ele estava com 40 graus de febre e minha mãe ia lá toda hora e chamava a enfermeira. (P42, 20a, R07)

Não, que ele não olhou o ultrassom. Ele não olhou nada... Para saber o que era que estava acontecendo. ele simplesmente falou que ia tirar o bebê. Se tivesse ela sozinha quando eu soubesse, que dessem a notícia já tinha tirado. (P05, 18a, R 01)

Alta hospitalar sem uma avaliação prévia do recém nascido também foi um ponto apontado.

Ele começou com febre, aí minha mãe foi lá e chamou a enfermeira e a enfermeira foi falou que era normal [...] eu fiquei ainda 3 dias lá, aí fui pra casa, aí tive que voltar de novo porque ele não tinha acabado a febre, depois de 3 dias ele ainda dando febre, dando febre. Teve alta mesmo dando febre. (P42, 20a, R07)

Como em outros estudos a violência verbal destaca entre os tipos de violências mais identificadas nas oito regiões de saúde, sendo tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhações, desrespeito.

Eu senti a dor e eles queriam... que eu ficasse lá em cima da cama, eu já falando que já era pra eu ir para a sala de parto porque o neném já estava nascendo [...] e quando eu fui pra sala de cirurgia o neném já estava apontando a cabeça. E aí eu ainda fiz coco... E aí eles falaram que era pra eu ainda ir pro banheiro pra eu lavar. (P13, 27a, R03)

Observa-se que os diversos tipos de violências obstétricas se entrelaçam assim toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio, pode ser caracterizado também pelo caráter psicológico, como traz o Dossiê Violência Obstétrica 'Parirás com Dor' (BRASIL, 2012).

A falta de comunicação e ética reforça a violência verbal e psicológica, como se observa no relato abaixo:

Eu estava grávida, senti mal e fui para o Regional, me consultaram e pediram um ultrassom, quando a médica estava fazendo o ultrassom calada, sem eu nem ter ouvido a cor da voz dela... Eu resolvi falar pra ela assim: Olha eu já tive uma perda antes, Doutora ta acontecendo alguma coisa com o meu filho? Ela me respondeu assim: Minha filha, eu não posso te responder. Não posso te falar nada. Aí eu perguntei de novo: Está acontecendo alguma coisa? Ela disse: Minha filha, seu filho morreu! Simplesmente falou como se eu não fosse ninguém, porque aquela situação, ela passou mil e quinhentas vezes, eu não era a primeira. Eu me senti como a última criatura do mundo pelo que ela me falou e como ela me tratou naquela hora. (P36, 35a, R04)

Já em 1993, com a Carta de Campinas, que é o documento fundador da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), este denunciava as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência,

especialmente, as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. Considerando que, no parto vaginal a imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2009).

Eu ouvia muitos comentários que quanto mais a mulher sente dor, mais chora, elas ficam, parece que têm raiva de ver a pessoa fazer barulho e aí tem umas que ficam escanteada. Já a minha cunhada que já fez enfermagem lá ela falou que tinha uma chorando a mulher falou assim: “Enquanto você ficar gritando aí você vai ficar bem no seu cantinho.” Assim, como se fosse, não tivesse passado por aquela experiência de sentir dor, né? Assim, eu graças a Deus eu não tive normal. Mas eu sei como é as contrações. (P41, 38a, R07)

A violência física foi manifestada juntamente com sentimentos de vergonha, constrangimento e dor.

Me senti muito desrespeitada quando tive meu filho, lá no hospital, me deixavam pelada, assim sem necessidade, toda hora, vinha uma pessoa diferente pra me tocar, sabe assim, sem falar nada e com as outras que tavam lá também, as outras mulheres que tavam internada. não tinha necessidade de me deixarem exposta daquele jeito, sabe, era o meu corpo, minha dignidade. (P03, 24a, R01)

A violência física se mescla a outro tipo de violência, que é a violência psicológica, como podemos observar no relato acima e no trabalho de Dias e Ramos (2003) que reforça que a violência psicológica é quando submete um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos.

Mais uma vez há que se considerar o descumprimento das políticas de humanização da atenção ao parto, uma vez que o próprio Ministério da Saúde

afirmar que é importante na humanização do parto considerar os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as agressões verbais e não-verbais (BRASIL, 2001, p. 27).

Em destaque sempre aparece o exame de toque doloroso e sem critérios, realizados inúmeras vezes, por diversos profissionais. Onde não observa-se a preocupação com a individualidade da parturiente à qual os profissionais de saúde prestavam assistência.

O reconhecimento dessas manifestações de violência física demonstra o reconhecimento por parte das mulheres que essas dores são desnecessárias no momento do parto, principalmente os toques vaginais repetitivos. Para o meio científico muitas dessas condutas já foram proscritas, como é o caso da aplicação de dilatação manual do colo do útero, que ainda é utilizado equivocadamente para acelerar o trabalho de parto, apesar de possuir evidências científicas que a classifica como proscrita.

A não utilização de métodos de alívio a dor, a utilização de ocitocina de forma indiscriminada, episiotomias de rotinas¹², e kristeller também apareceram várias vezes como queixas na descrição na fala de uma primípara.

Eu estava tendo dificuldade, aí e eu fazia força e o médico falava que não era assim, que eu não sabia fazer a força correta [...] Gritava que desse jeito não era possível, que a minha neném ia nascer roxa. Que se eu não ajudasse ele ia saí ou ia fazer uma cesariana. Ele forçou um bocado, na barriga e lá embaixo. Colocou mais remédio no soro e nada. Mandou a estagiária empurrar a minha barriga e nada. Até ele se aborreceu e me largou lá e foi fazer ginástica num banquinho. E eu no desespero, porque eu não queria cesárea. Aí a estagiária de novo empurrou a minha barriga e a neném nasceu, mas sem chorar. Ele me cortou um bocado também [...]

¹² A episiotomia, ou “pique”, é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (BRASIL, 2012).

ele fez um monte de pique. Era minha primeira filha... depois foi pra costurar, que ele não limpou direito lá, eu passei mal e desmaiei lá dentro [...] (P40, 23a, R06)

Esse mesmo documento, Dossiê sobre Violência Obstétrica (BRASIL, 2012), traz uma discussão referenciada por estudos que comprovam a necessidade da episiotomia não ser utilizada rotineiramente, por constituir pelo menos um trauma de segundo grau. Sendo este aspecto ignorado com frequência pelos médicos, além de afirmarem a não utilização de episiotomia pode acarretar lacerações graves, o que também não tem base científica. Outra alegação para realização da episiotomia consiste na prevenção de incontinência urinária e fecal, fato não comprovado cientificamente. Não há, até o momento, estudos de longo prazo que verifiquem a ocorrência de incontinência em idades mais avançadas da mulher, relacionando-a à realização ou não da episiotomia. Porém, estudos que compreendem horizontes mais curtos apontam que a episiotomia tem justamente o efeito contrário, de provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos.

Estudos mostram que mulheres que não sofreram episiotomia tiveram menos trauma no períneo, precisaram levar menos pontos, com uma melhora mais rápida do tecido (MATTAR, 2007; LARSSON, 1991; ANDREWS, 2008). Desde o início da década de 1980 há fortes indícios de que a episiotomia de rotina é prejudicial para a mãe e não oferece benefícios para o bebê (CARROLI; BELIZÁN, 1999), e foi contraindicada como procedimento rotineiro em 1985 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985). Todas as evidências científicas indicam que o uso restritivo da episiotomia deve ser incorporado em todos os serviços de atenção obstétrica.

Uma vasta literatura cita que entre as complicações comuns da episiotomia são: dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma (ALPERIN et al., 2008; AMORIM; KATZ, 2008; CARROLI, MIGNINI, 2010; OYELESE, ANANTH, 2010; ROBINSON, 2012; VISWANATHAN et al, 2005).

Eu tive um bocado de dificuldade porque foram grandes os cortes. Sentia muita dor, não dava conta de sentar, fiquei uns dez dias sem poder sentar. Até hoje

eu sinto dor, ficou uma cicatriz muito grande, sinto muita dor nas relações com o meu marido (P40, 23a, R06)

Várias intervenções inadequadas são realizadas em cadeia, o que desenvolve um fenômeno chamado efeito cascata de intervenções. Como é o caso da manobra de Kristeller, condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica, comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Muitas dessas intervenções foram desenvolvidas sem fundamentação científica.

É necessário destacar que os próprios profissionais de saúde reconhecem que alguns procedimentos, como a manobra de kristeller é proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuários (LEAL et al., 2012).

Tudo isso reflete a precariedade de recursos materiais e humanos como é apresentado pelas próprias mulheres.

O médico vai fazer cesariana está fumando, entendeu? porque uma sala cirurgia, no caso, pra fazer uma cesárea a pessoa estar fumando eu acho que uma falta de respeito até mesmo por causa infecção ou alguma coisa assim, né? Porque está no hospital. Isso não é bom (P44, 36a, R07)

[...] Parece que quando dá meia noite eles tiram o horário de descansar, deitar. Aí quando deu meia noite ele foi deitar e eu comecei a passar mal, aí eu levantei, fui no banheiro, vim, aí cai no chão, a enfermeira veio me ajudou, botou eu na cama, aí passei mal, dor de cabeça, dor de cabeça, dor de cabeça. Aí passou um outro doutor e perguntou quem era meu médico, eu falei. Aí ele foi lá, chamou o doutor e ele: “Não, mas ela não está na hora exata pra poder ter o bebê, que ela está dilatada só 2 cm, tem que dilatar mais.”. Aí esse outro Doutor: “Não, mas tem que tirar o bebê dela, ela não tem condições de ter o bebê assim está com começo de pré-eclampsia [...] A situação que eu estava. Ele não deu muita atenção para isso. (P26, 22a, R05)

O sofrimento foi horrível porque eu cheguei com dor 5 da manhã foram tirar meu filho as 5 horas da tarde ele morrendo na minha barriga. Então isso daí já foi

fora do normal, fora do controle. “Ah, manda calar a boca! Na hora de fazer o filho você soube e tal e agora você tem que abrir as pernas pra esse menino sair.”. Essas coisas assim, sabe? “Ah, você tem que calar a boca porque na hora você achou bom e agora quer estar chorando.” Essas coisas assim. (P25, 36a, R05)

O relato abaixo refere os diagnósticos divergentes entre três médicos em relação à data do parto, onde a parturiente refere que permaneceu internada durante cinco dias e só então foi realizado o parto.

Eu cheguei na segunda e saí na sexta-feira. Porque o doutor, eu não lembro o nome do doutor que estava lá quando me atendeu, fez o toque aí estava dilatado 2 cm, ele me internou. Aí eu fiquei lá pra ganhar. Aí na noite foi a Dra. Y que fez o... Toque e falou que não estava na hora d’eu ganhar neném que era pra mim ir embora. E a minha sogra não deixou eu vim embora Aí pediram uma ultrassom pra fazer, ela dizia que não estava na hora de nascer [...] com 40 semanas e 5 dias e a médica dizia que não estava na hora, não tinha completado os 9 meses e o médico S, que fez o ultrassom disse que já tinha completado, que já era para ter tirado a neném [...] (P15, 27a, R03)

A violência psicológica é relatada pela falta de acolhimento, rispidez e negligência.

A médica falou assim: “Não, você veio de novo? Ainda está cedo ainda. Eu não vou te mandar porque está chovendo.”. Eu não te garanto que esse menino vai nascer hoje, mas fica aí tomando remédio.”. Aí eu falei pra ela, eu expliquei que eu já tenho 38 anos e que o meu primeiro foi cesárea e que o médico meu falou que eu ia ter cesárea. “Não, você vai ter normal, é melhor pra você.”. E me deu remédio pra mim ficar sentindo dor. Eu passei o dia todo, a noite toda, no outro dia que foi outro médico, que ele estava brabo porque disse que tinha muitas mulheres passando mal, tinha uma de 16 anos com pressão alta, correndo risco de vida e ela falou pra nós que ela não faz parto, ela tem muito pouco tempo de formação, que ela está formada. Quando é uma emergência que não tem jeito mesmo ela chama o pai dela. (P41, 38a, R07)

Disse que não podia, que era proibido porque eu não era cesárea, foi normal eles não deixaram acompanhante me acompanhar. Sozinha. Sou magoada, até hoje. (P16, 16a, R03)

O desrespeito à autonomia da mulher surge em diferentes momentos do trabalho de parto, perpassando pela restrição da posição do parto, imposição da equipe à mulher e até mesmo a realização de procedimentos sem informação, esclarecimento às mesmas e autorização pela paciente.

Porque quando eu ganhei ele aqui foi assim, eu senti a dor e eles queriam... Eu sentia a dor lá em cima da cama, eu já falando que minha sogra estava comigo e dizendo que já era pra eu ir para a sala de parto porque o neném já estava nascendo. Eles me deixaram eu sentir dor lá e quando eu fui pra sala de cirurgia o neném já estava apontando a cabeça (P13, R03)

Eu gostaria de ter sido informada sobre aqueles procedimentos que eles fazem com a gente (P53, R08)

Falta de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher caracteriza a violência obstétrica nas maternidades,

Na hora que eu fui ganhar minha filha vi mulher muitas gritando lá, chorando demais. E o tratamento dos profissionais com essas mulheres que estavam gritando não foi bom não. Riam delas falavam que elas eram escandalosas. Mandavam calar a boca, falavam pra não gritar, na hora que de fazer não gritou, coisa desse tipo...Não é fácil aquela dor, que a dor de menino não é muito boa não.(P27, 17a, R05)

Depois do parto que teve um médico que falou... Que procurou se eu tive complicação no parto, aí eu falei que não, ele procurou quantos filhos eu tive, eu tinha. Aí eu falei que tinha 6 e ele falou: “Ah, mas também como esse tanto de

menino também não precisava ter problema não. Foi todos normal?” Eu falei: “Foi.” “Ah, então você já pode ir embora pra casa.” (P55, 25a, R08)

Todas essas falas demonstram o desafio que as maternidades do Estado do Tocantins têm no que diz respeito ao cumprimento da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, que objetiva colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, além de estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

O exemplo disso retrata-se nessa pesquisa a imposição de normas e valores morais depreciativos por parte dos profissionais,

Às vezes é porque tem muitas mulheres assim que ela sente muita dor ela se irrita, ela se estressa, ela fala xinga, ela fala palavrão [...] Aí muitas vezes a enfermeira, o médico não dá atenção a paciente que está naquela situação. (P26, R04).

Eu ainda fiz coco. E aí eles falaram que era pra eu ainda ir pro banheiro pra mim lavar e a minha sogra falou: “Não dá pra ir porque ela vai [...] Se ela for pro banheiro ela ganha o neném no banheiro.”. Aí cheguei na sala lá não tinha nenhum médico, quem fez o meu parto dele foi minha enfermeira. Não tinha nenhum médico lá. Não tinha nada. E eu não fui cortada também. Porque eu ia ganhar neném dentro do banheiro se não fosse a minha sogra. (P13, R03)

Outro aspecto é a culpabilização da própria mulher, sendo destacada a questão do grito e a característica de “escandalosa”:

[...] porque a paciente já chega ali nervosa [...] se a mulher está sentindo muita dor na hora do parto fica nervosa mesmo, né? Às vezes chega agredir o profissional, né? (P34, R05)

Sendo que nesses casos há a orientações por outras mulheres a permanecerem caladas.

[...] já ouvi vários comentários quando as mulheres gritam demais, elas são um pouco escandalosas também eles deixam lá, né? E vai cuidar das outras que estão mais calmas, não estão gritando, aqueles escândalos. E acho assim, é uma falta de respeito, né? Porque está lá, está sentindo dor poderia atender também as mais [...] Com um pouco mais carinho, com mais dedicação né? Porque [...] (P39, 29a, R06)

Fatores como a formação precária, ausência de capacitações, a desorganização dos serviços, a violência estrutural são citados como fatores que contribuem para esse fenômeno em estudo.

Dados de pesquisa nacional efetuada em agosto de 2010 por meio de uma parceria entre a Fundação Perseu Abramo e o SESC sugerem que a violência institucional é um fenômeno frequente em serviços de atenção ao parto. Trata-se de um estudo pioneiro pela sua abrangência nacional.

Por se tratar de um fenômeno restrito às mulheres e por apresentar particularidades a violência obstétrica é denominada violência de gênero.

Identificam os bons e maus profissionais pela relação que estes estabelecem com suas pacientes:

[...] se não fosse a doutora Y que é muito boa, que as mulheres chegam ficam sonhando que ela esteja lá no plantão. Tinha muitas mulher aqui que se dava mal, porque tem uns médicos brutos que você espera [...] está esperando lá, você não sabe qual é o médico, quando eles vem tem mulher que chora, de tão triste que fica. (P36, 35 a, R04)

Esta fala retrata ainda a naturalização da violência obstétrica onde o termo “sorte” é atribuído a um atendimento adequado na maternidade ou atribui o atendimento ruim à “falta de sorte”. Isso demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto, como é apontado no trabalho de Dias (2006).

Como em outras pesquisas semelhantes que tem indicado que a violência obstétrica não atinge todas as mulheres de forma semelhante, havendo diferenças relacionadas a inúmeros aspectos relacionados à mulher e ao serviços, entre eles destaca que as camadas populares temem os maus tratos.

O preconceito social é apontado várias vezes como motivo do atendimento sem qualidade.

No meu ponto de vista ela tinha que atender melhor as pessoas ou que ele seja humilde ou... Agora quando chega filho de papaizinho não, aquele daí só não bota no colo porque não pode. (P06, 36a, R01)

Eu me senti incapaz, sabe? Assim, ser frágil, incapaz assim e eu me perguntava o tempo todo: Por que eu estou passando por essa situação? E o que vinha na minha cabeça: Se eu tivesse dinheiro poderia estar no particular e estar acompanhada. Porque minha mãe seria uma segurança pra mim, uma forma de segurança, a minha mãe ou minha irmã. (P35, 34 a, R04)

Como eu fiz o pré natal no postinho e no particular, lá no hospital, o pessoal achava que eu estava pagando algum médico por fora pra fazer a cesariana e a laqueadura...chegaram até me perguntar. E eu falei, estou aqui pela misericórdia de Deus mesmo, só por isso! Já pensou, eu já tinha tido três perdas e três cesarianas, será que eu não merecia ter uma laqueadura pelo SUS? (P36, 35 a, R04)

O estudo de Griboski (2006) considerou que o desconhecimento pela mulher do tipo de assistência prestada durante o parto, pode gerar uma limitação sobre o seu poder de decisão, o que pode levar à percepção de que é natural sentirem-se submissas e maltratadas e que a existência de relações assimétricas presentes no atendimento está representada pelo desconhecimento acerca dos acontecimentos relacionados ao processo parturitivo e de direitos, uma vez que às mulheres vem sendo negado tradicionalmente o acesso a esse conhecimento. Poucas entrevistadas não souberam identificar a violência obstétrica sofrida.

Não sei o que é [...] (P32, 23 a, R05)

Não nunca ouvi falar [...] (P28, 25a, R05)

Algumas que relataram que não sofreu violência, mas descreveu o caso de violência, ou seja, não soube identificar:

Foi bastante demorado, porque ficou esperando o anestesista que estava resolvendo coisas dele mesmo...eu senti que poderia ter sido diferente, mas[...] (P37, 35a, R 04)

Diferente de outras pesquisas, que quando a mulher era questionada sobre sua percepção em relação a maus tratos e violências em maternidades, foi constatado que houve uma menor proporção de respostas afirmativas do que quando as formas de abusos foram descritas, surgindo uma aproximação com as pesquisas sobre violência doméstica. Nesse trabalho ocorreu de forma diferente, as mulheres reconheceram o processo de vitimização sofrido. Apesar de que a discussão sobre violência institucional ainda é pouco presente.

A descrição de frases estigmatizantes surgiu muitas vezes, estando intimamente relacionadas a violência verbal, psicológica e negligência.

Não chora. Não chora que na hora que você estava lá você não lembrou da dor depois. Não chora, não grita que aí demora mais ter o neném. Quanto mais você chora, mais grita demora. Fica quietinha para não atrapalhar os outros pacientes. Fica quieta, larga de grito, já está acabando. Está acabando. Vamos dar o ponto do marido. Isso eu já ouvi. Isso aí eu já ouvi. (P37, 35a, R06)

A violência verbal foi muito apontada pelas entrevistadas, como as falas depreciativas, moralistas, estereotipadas, as “velhas conhecidas” que compõem esse tipo de violência tão predominante nas instituições estudadas.

Quando eu estava lá mesmo uma menina falou que as pessoas ficam lá pra ganhar neném, aí se a pessoa chorar ficam com cara ruim. Os médicos e as enfermeiras saem falando no corredor delas. Uma pessoa falou no quarto lá só que

não foi comigo não. Falou com outra mulher. A menina que falou, que estava lá falou que as enfermeiras tinha falado que na hora de fazer não doía [...] (P50, 21a, R08)

Tem mulher que está sentindo dor, aí começam a falar essas coisas, né? Essas coisas: “Ah, porque foi fazer?” “Para de gritar, isso é escândalo.” Essas coisas. (P53, 33 a, R08)

Elas respondiam com ignorância as perguntas. Quando eu perguntava muitas coisas e elas vinham com brutalidade, respondia de mau jeito com as pessoas, essas coisas assim. (P16, 16a, R03)

Outra forma bastante utilizada pelos profissionais são as falas moralistas que tentam disciplinar e mostrar poder às mulheres.

Teve uma menina, até uma moça nova lá que ela não tinha mais de 15, 16 anos na época, a aparência que dava. Ela estava tremendo. Eu vi ela na posição de ganhar lá em cima na sala de pré-parto, tremendo, tremendo, chorando. Aí a mulher falando: “Não, essa dor passa. Isso aí você que é mole demais.” Assim: Não, você é mole, não sei o que [...] Sabe? “Você[...]” “Não, isso aí agorinha passa. Larga de ser mole, se você chorar assim aí que vai doer que não vai nascer.” Sabe? Aí teve uma que toda hora estava indo no banheiro – Até lembro, até hoje, toda hora, de minuto em minuto ela [...] “Você para de ir ao banheiro, essa menino vai nascer dentro do vaso.” (P7, R01)

Poucas não souberam identificar ou falar o que entendiam a respeito de violência obstétrica.

Demorou muito pra me atender e ainda me mandaram embora pra casa perdendo líquido [...] não sei o que é violência no serviço não [...] nunca ouvi falar. (P39, 29a, R06)

Eu tinha treze anos quando eu tive esse meu primeiro filho [...] foi tudo bem lá no hospital...eu fiquei lá só com os enfermeiros, porque eu não podia ter acompanhante, não deixaram a minha mãe me acompanhar. (P16, R03)

Violência é atendimento mal? (P24, 17a, R05)

Nunca ouvi falar sobre isso [...] (P28, 25a, R05)

E dessas que mesmo não sabendo reconhecer sobre violência no decorrer da entrevista narraram situações que demonstraram a ocorrência da violência obstétrica.

Lá no hospital nunca me trataram mal não, mas tem que mudar muita coisa no jeito de atender as pessoas, eu gostaria que mudasse muito esse negócio de atender com mais de três, quatro horas, de ficar gritando e dando bronca na gente... (P13, 27 a,R03)

Das poucas entrevistadas que não sofreram violência, algumas relataram de forma bastante clara que acreditam que não foram vítimas desse tipo de violência, por serem profissionais da área da saúde, mas informaram que presenciaram em seus ambientes de trabalhos inúmeras vezes casos de violências contra gestantes e puerpéras cometidos pelos próprios colegas de trabalho

Eu trabalho no pré-parto, e já vi muita coisa. Às vezes a gente só quer conceituar violência se for física, né! Mas a agressão verbal, às vezes a forma de tratamento que se dá a paciente, o tratar mal mesmo ou com irresponsabilidade da parte da equipe, não dá atenção às queixas, eu acho que tudo isso é violência. Mesmo ao tocar na paciente tem muitos profissionais que não têm esse cuidado, que às vezes machuca. Então isso eu considero violência e vejo isso acontecer muito lá onde eu trabalho. (P34, 23 a, R04)

Eu sou da área da saúde, acho que por isso eu não sofri na hora do parto. Mas antes de engravidar, por eu ter muito tempo de casada, e por não ter filhos, eu

sempre ouvia piadinhas aqui no meu serviço sobre essas questões de engravidar [...] piadinhas sem graça, que de certo modo afetam agente. E no meu pré-natal eu fazia consultas no particular, mas queria ser atendida no postinho também, por eu saber o que é oferecido de bom no público que no particular não oferece, mas não conseguir, porque a Enfermeira apenas copiava os dados do meu cartão e falava que eu já sabia de tudo, e coisa e tal. (P47, 38 a, R08)

Já vi médico gritar com as gestantes aqui, dar tapas nas pernas delas pra elas ficarem quietas naquelas pernas que querem cair toda hora [...] (P47, 38a, R08)

O contraste referente à assistência que receberam no momento do parto em determinada instituição pública em relação às principais políticas de atenção ao parto e nascimento, vigentes no país, aparece nas falas e apontada pelas mulheres como situações de desespero, como podemos confirmar no relato abaixo onde cita a insuficiência de leitos obstétricos e neonatais:

Faltou aparelhagem porque meu bebê nasceu prematuro aí teve muita dificuldade porque faltou a UTI neonatal pra ele, aí é isso aí. Mas ao atendimento sobre os médicos pra mim foi bom. (P19, 34 a, R03)

Apesar da humanização da assistência obstétrica e neonatal nas últimas décadas ter conquistado avanços nas políticas públicas sabemos que muito há a ser construído. A exemplo disso foi o lançamento da rede cegonha, que traz novamente ao debate as questões relacionadas à melhoria da atenção à saúde materna e infantil no Brasil.

O compromisso dos gestores, dos profissionais de saúde, a divulgação aos usuários e conseqüentemente o reconhecimento dessa assistência como direito de todos é fundamental para a mudança de práticas.

Problemas relacionados à ambiência das maternidades também foi apresentado como ponto negativo nos relatos realizados pelas mulheres.

Não, assim, só devido o hospital, a limpeza, falta um pouco de higiene no hospital. Eu vi assim.” (P19, 34 a, R03)

Era apertado, faltava cadeira para os acompanhantes, ficava buscando cadeira, escadinhas não tinha em todos os quartos, as pessoas de outros quartos vinham buscar a escada que estava lá no nosso quarto. Então a moça que estava, que teve o parto agora não tinha uma escada para descer lá, não tinha uma escada, ficava transitando essa escadinha. Cadeira uma ficava pegando do quarto da outra porque não tinha cadeira para o acompanhante sentar. Essa questão de espaço, de materiais ficava um pouco difícil e medicamento também. E a questão de movimentação das pessoas, como não restringe, então qualquer pessoa entra. Aí a gente teve problema lá de meninos, crianças, com pneumonia entrar no quarto dos recém-nascidos. (P21, 27a, R03)

Era um quarto com umas 5 pessoas, a sala estava quase toda cheia já tinha muita gente ganhando nesse dia, mas a não ser [...] As camas, só as camas que é alta, é muito ruim as cama que é muito alta. (P16, 16a, R03)

Quando eu ganhei, o sol estava muito quente, estava fazendo muito calor, não tinha uma cortina adequada para tampar aquele sol, então aquele sol batia em mim, batia no bebê que estava recém-nascido. E em outros também, eram três leitos num quarto só, né? Num apartamento só, E era muito [...] Estava muito, muito quente. Tanto que quando eu cheguei em casa o bebê já estava querendo gripar, pelas condições que estava lá. (P11, 36a, R02)

A ausência de práticas de atenção ao parto baseadas em evidências científicas, atrelada aos abusos cometidos por profissionais de saúde contra gestantes e parturientes tem tido repercussões sérias a saúde das mulheres e crianças e aparecem claramente nas falas das mulheres, com desfechos trágicos.

Foi um pouco complicado, eu tenho mioma, pressão alta em todas as gravidezes. Aí eu fui encaminhada pra lá (pré-natal de alto risco na maternidade). Nas minhas consultas eu vi que a médica nunca esteve presente nas minhas

consultas, sempre ficou por conta estagiário, ela só ia e assinava a receita [...] quando foi com sete meses... Porque desde o começo eu já sabia, com sete meses talvez eu fosse tirar o neném por causa do mioma que era muito grande. Aí com 7 meses, completando os 8 já, eu fiquei internada, passei 17 dias internada perdendo líquido, a bolsa rompeu. Aí ela não tirou o bebê. Eu fiquei esses 17 dias tomando soro para repor o líquido, sendo que a bolsa estava estourada, e uma sacola quando estoura ela não vai voltar mais o normal, né? Fico nervosa pra mim falar ainda, né? Aí ela me deu alta no dia 30 de dezembro, aí passei 30 e 31 até meio dia em casa [...] aí no dia primeiro, de tardezinha eu voltei, aí quando eu voltei foi outra médica que me atendeu, doutora V. Aí ela me falou que era pra mim já ter tirado ele, porque ela me mandou pra casa, não sabe porque eu tomando esses remédios fortes, aí ela foi e me internou, quando foi dia 2 foi tirado ele, aí ele passou o resto da noite até umas 12 horas do outro dia, quando falaram pra o meu esposo que ele não resistiu. Os pulmõezinhos dele estava tudo estourado por dentro. Pra mim ela não foi ótima médica não, pra mim ela foi péssima. (P12, 28a, R02)

Um caso da menina lá perto da minha casa, que perdeu o filho dela, por demora no atendimento. (P31, 24 a, R05)

Ela chegou no hospital às 07h40 da manhã e o médico só resolveu fazer o parto dela uma 08h00 da noite e aí a criança morreu, não teve mais jeito, o filho dela morreu. (P 29, 37a, R05)

Essas intervenções danosas não só a integridade física e psicológica das mulheres, mas também a saúde dos bebês, praticadas nas instituições, são denominadas como violência obstétrica. Presentes na sociedade patriarcal, capitalista e androcêntrica, sendo esta mesma sociedade mantenedora de crenças e preconceitos a respeito da sexualidade e saúde das mulheres, onde contribuem com a forma como são vistas e (des) tratadas por profissionais de saúde, destaca Muniz (2012).

A ausência de acompanhantes, principalmente o acompanhante de livre escolha da mulher no parto (acolhimento, pré-parto, parto e pós-parto imediato), foi citada por diversas mulheres, entre elas adolescentes. Isso demonstra o não

cumprimento da legislação brasileira específica (Lei 11.108/2005, a RDC 36/2008 da Anvisa, as RNS 211 e 262 da ANS e o Estatuto da Criança e do Adolescente) pelas maternidades públicas do Tocantins, no período de 2010 a 2013.

Ela queria que eu sáísse, que eu não acompanhasse a minha filha, num momento desse, do parto [...] Além dela ser de menor ainda, ela ainda não é maior idade. Nós batemos boca lá no hospital, e a profissional ainda tentou me intimidar, falando assim: Você pode ficar aqui, mas você vai passar umas boas aqui. Eu digo: Vou, que o hospital não é bom mesmo. Aí ela começou a falar agressiva, falava muita agressividade não era só com a minha filha e comigo era com quase todo mundo que estava lá dentro. Tinha uma senhora que fez perini ela queria que a mulher levantasse, a mulher desmaiando de dor, isso daí não é humano. E maltrata muito as pessoas quando as pessoas chegam lá. Quando eu procurava pra ela: E a R como é que está? Ah! Na hora que ganhar eu vou lhe dizer. Isso é resposta? (Fala da mãe da entrevistada)

A questão que mais me doeu foi a questão do acompanhamento. Eu senti falta do acompanhamento bem antes do parto, depois não, mas antes e durante sim. Inclusive minha mãe até quase entrou em desespero lá. Eu me senti incapaz, sabe? Frágil. (P35, 34a, R04)

A inserção e participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento, embora seja reconhecida legalmente, é descumprida. Sendo justificada principalmente por aspectos relacionados às condições físicas ambientais das instituições de saúde, mas na verdade, a qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento dos acompanhantes e à própria cultura de profissionais e das usuárias arraigada à atitude submissa diante de seus direitos como gestantes, reforçam o não cumprimento desse dispositivo extremamente importante na humanização dessa assistência.

O direito ao acompanhante apesar de ser um ganho, configura ainda como um desafio diante da implementação morosa e do seu descumprimento. Os benefícios trazidos pela participação do acompanhante neste momento, sendo um

suporte emocional e apoio durante o parto, é descrito como muito importante pelas mulheres e possuem indicadores consistentes pela medicina baseada em evidência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo cumpriu seus objetivos de identificar as principais políticas públicas de atenção ao parto e nascimento implementadas no Estado do Tocantins e apresentou a percepção das mulheres sobre violência institucional no processo de parto nas quatorze maternidades públicas do Estado.

Observou-se em todas as quatorze maternidades pesquisadas descumprimento de várias políticas brasileiras de atenção ao parto e nascimento, havendo violência institucional no momento do parto, em todas as instituições, o que demonstra a magnitude do problema nessas regiões e a necessidade de melhoria desses serviços.

Um número significativo de mulheres declarou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto. Sendo que as queixas se referiram à dificuldade no acesso, negligência, violência verbal, que inclui tratamento grosseiro, ameaças, repressões, gritos, humilhação, desrespeito; violência física; violência psicológica, precariedade de recursos humanos e materiais; descontinuidade da assistência do pré-natal ao parto; descumprimento da lei do direito ao acompanhante de livre escolha, utilização de procedimentos que não são mais indicados.

Nota-se que a percepção das mulheres sobre a assistência recebida na gestação está muito bem construída e embutida de valores. Percebe-se que a satisfação na assistência recebida foi diretamente ligada a fatores como comunicação e atenção que o profissional dispensou à parturiente, e isso aconteceu tanto nas consultas de pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde, nos serviços de pré-natal de alto risco quanto nas maternidades no momento do parto.

Como já apontado em outras pesquisas¹³, a violência obstétrica acontece no contexto da denominada crise de confiança da medicina tecnológica com o distanciamento na relação entre profissionais e pacientes. Evidencia assim a necessidade em fortalecer o contato humano, oferecer informações de qualidade, trabalhar com competência técnica e aumentar assim a segurança em saúde.

¹³AGUIAR, 2010; AGUIAR, 2011; AMESTOY, 2010; BARRETO, 2010.

Os problemas nos diagnósticos médicos atrelados a falta de resolutividade foi apontado inúmeras vezes como fatores que interferem na qualidade da assistência. Outro aspecto que chama atenção pelos inúmeros relatos das mulheres foi a não identificação dos profissionais, o que corrobora com outros estudos que cita a ausência de vínculo entre profissionais e pacientes como um fator preocupante no processo de atenção à saúde.

Observou-se nesta pesquisa que como em outros estudos¹⁴ demonstraram, os espaços de ensino de futuros profissionais, como os hospitais-escolas, que servem de campo de ensino especificamente de obstetrícia, a reprodução de atitudes e posturas dos profissionais atuantes, tornam-se verdadeiros mecanismos que colaboram para a perpetuação de violação de direitos e de repetição de práticas prejudiciais à qualidade da atenção que deveria ser prestada. Constatou-se nessa pesquisa, que nas regiões onde existem instituições de ensino em saúde, foram destaques nas falas, as intervenções com finalidades didáticas, onde as mulheres reclamaram dos procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações. A ausência do profissional responsável pelos acadêmicos em campo de estágio surgiu como questionamentos da legalidade desses atos.

Ainda referindo ao descumprimento do PHPN, foram destaques, a ausência de vínculo entre o serviço que realiza o pré-natal e a maternidade, a falta de acolhimento e humanização na assistência, sendo apontada diversas vezes, ou seja, a descontinuidade da assistência, o que compromete a qualidade do pré-natal.

Em relação aos sentimentos vivenciados pelas mulheres durante a internação para o parto, expressaram reprovação da postura dos profissionais e reconhecimento de vitimização pela maioria das entrevistadas. A exteriorização dos sentimentos durante as entrevistas foram manifestados por meio dos choros de várias mulheres, por gestos como roendo as unhas, tremores nas mãos e movimentos bruscos, além das inúmeras interrupções que foram necessárias fazer durante as falas. Muitas mulheres informaram que durante suas internações para o parto vivenciaram momentos de chateação, tristeza, medo da morte de seus bebês e delas próprias, além de sentimentos de incapacidade, fragilidade e inferioridade.

¹⁴ AGUIAR, 2011. BASTOS, 2007; BORBA, 2012; BOTTI, 2013; BRASIL, 2012.

Percebe-se que essas mulheres submetem-se de forma silenciosa e submissa às inúmeras rotinas hospitalares, que são reprovadas por elas mesmas. O que é comum, como se pode ver em outras pesquisas¹⁵ semelhantes, evidenciando a postura autoritária e dominadora das instituições de saúde, sendo comum a negação da autonomia da mulher no cenário do parto. Essa submissão e silêncio das mulheres são justificados por elas mesmas, principalmente pelo medo, sendo claro para elas a condição de desigualdade entre o profissional de saúde e a paciente.

O não empoderamento da mulher em relação ao seu corpo e aos seus direitos enquanto cidadãs surgiram, sendo falas comuns às entrevistadas que o serviço público é o não pago, entendido como um favor e não como um direito garantido, sendo ainda considerado como serviço com pouca qualidade.

A banalização da dor por parte dos profissionais que foi um dos dados presentes, remete a reflexões, como à falta de escuta dos profissionais, a desvalorização da fala da mulher, a não utilização de métodos de alívio à dor e consequentemente a banalização da violência e descumprimento do que as normativas vigentes preconizam.

A valorização da presença do médico no momento do parto foi citada por algumas parturientes. Isso pode ser interpretado como uma manifestação do poder do saber médico sobre as outras classes, além do reconhecimento pelas parturientes desse fato. Ficam claros os desafios de organizações como a ABENFO e do próprio Ministério da Saúde, que apoiam e custeiam ações como os cursos de formação de enfermeiros obstetras e abertura de casas de parto em todos os estados brasileiros.

A negligência foi um dos tipos de violência mais destacados pelas entrevistadas e nos chamou atenção os relatos trágicos trazidos pelas participantes das pesquisas onde apontaram a relação desse tipo de violência a óbitos no período neonatal precoce. Esse aspecto merece uma atenção, até mesmo, pelo que os indicadores de saúde trazem em relação ao Estado, altos índices de mortalidade neonatal precoce com percentual de evitabilidade alto.

¹⁵ AGUIAR, 2010; AGUIAR, 2011; BARRETO, 2010; BOTTI, 2013; BRASIL, 2012.

A Lei do Acompanhante foi apontada como uma das mais descumpridas pela maioria das maternidades públicas do Tocantins. E a intervenção da acompanhante durante o processo de parto, lutando por uma assistência melhor também foram destaques nas falas, constitui, portanto, outro desafio ao Estado.

Os problemas relacionados à ambiência das maternidades foram apresentados como ponto negativo nos relatos realizados pelas mulheres.

Ficou evidente que o papel e compromisso dos gestores, dos profissionais de saúde e das instituições formadoras e de pesquisa, além do empoderamento das usuárias e conseqüentemente o reconhecimento dessa assistência como direito, constituindo aspectos fundamentais para a mudança de práticas.

Outros atores sociais como Entidades de Classes, Poder Judiciário, Ministério Público, Movimentos Sociais e outros podem contribuir na ampliação do debate sobre o parto e nascimento no Tocantins

É notório os esforços governamentais e não governamentais realizados no Brasil no sentido de mudar o panorama perinatal. Sabe-se que o Brasil é signatário dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, no qual dos oito objetivos propostos, dois são voltados à saúde materno-infantil, o objetivo 4 que propõe reduzir a mortalidade na infância e o objetivo 5 de melhorar a saúde materna. Mas apesar dos investimentos que foram realizados na assistência ao parto e nascimento no Tocantins, muito ainda há que ser conquistado no que diz respeito a uma melhor atenção nesse momento. Os dados demonstram ainda altas taxas de mortalidade materna e infantil, elevada taxa de cesarianas e atualmente nessa pesquisa foram constatados nas quatorze maternidades de todas as regiões de saúde do Estado, violação dos principais direitos das parturientes, o que caracteriza a violência obstétrica.

Acredita-se que com o desenvolvimento das ações da Rede Cegonha, importantes mudanças possam contribuir para que essas maternidades se tornem mais seguras. Provavelmente ainda esse ano, dados do próprio monitoramento da Rede Cegonha trarão informações que serão úteis para corroborar ao presente estudo e a novas pesquisas que pretendam avaliar essa temática.

O incentivo a pesquisas locais que avaliem a estrutura das maternidades, o acesso, a qualidade do pré-natal e parto, bem como a rede perinatal tocantinense,

torna-se um dispositivo na busca da melhoria da assistência obstétrica e neonatal no Estado do Tocantins.

Enfim, as contribuições trazidas pelas principais políticas nacionais na perspectiva de mudanças no panorama da assistência obstétrica, que foi tão caracterizado nessa pesquisa, torna-se algo de extrema necessidade, no que diz respeito ao seu cumprimento, indicando ainda que esse descumprimento pode facilitar a manutenção de violência institucional no parto. Todavia, as diretrizes de cogestão, acolhimento, ambiência, direito ao acompanhante e implantação das redes de cuidado perinatal, que já é um consenso do próprio Ministério da Saúde poderão contribuir para mudanças significativas e benéficas às maternidades do Estado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>>. Acesso: 25 dez. 2013.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V. 15, n. 36, p.79-91, jan./ mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2013.

ALBUQUERQUE, E. Fundamentos éticos e filosóficos da humanização na atenção ao parto e nascimento. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anais dos Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada baseada em Evidências Científicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 88 p.

ALPERIN, M.; KROHN, M.A.; PARVIAINEN, K. Episiotomy and increase in the risk in obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. **Obstet Gynecol**, vol. 111, n. 6, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18515508>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

AMESTOY, S. C et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 462-67, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a05.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2013.

AMORIM, M.M.R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v. 36, n. 1, p. 47-54, jan. 2008. Disponível em: <http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/episio_femina.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2013.

AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v. 38, n 11, nov. 2010. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2013.

ANDREWS, V. et al. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - A prospective study. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and**

Reproductive Biology, v. 137, 152–156, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17681663>>. Acesso em 23 dez. 2013.

BARRETO, C. A. **Desvelando a cultura assistencial no trabalho de parto e parto: relatos de vida das mulheres**. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2010/cristina-alencar-barreto>>. Acesso em: 26 nov. 2013.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial/Sônia Maria de Barros**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n.3, p. 97-105, mai./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_14.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2013.

BASTOS, F.G.; SILVA, M.N. Violência Institucional contra a mulher adolescente e jovem: Da inadequação ao acolhimento. In: Stella R. Taquette (Org). **Violência contra a mulher adolescente/ jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. p.123-132.

BATALHA, Elisa; LANSKY, Sonia. Parto e Nascimento com Cidadania. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, 117, maio 2012. Disponível em: <<http://www6.enfp.fiocruz.br/radis/revista-radis/117/reportagens/parto-e-nascimento-com-cidadania>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BERMAN, R. Do Dualismo de Aristóteles à Dialética materialista: a transformação feminista da ciência e da sociedade. In: JAGGAR, A. e BORDO, S. (orgs). **Gênero/Corpo/Conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

BITTENCOURT, D. A. S. (org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Coleção Ciências da Educação, Porto: Porto Editora. 1994.

BORBA, C. **Violência institucional durante a parturição**. Porto Alegre. 2012. 50 p.

BOTTI, M. L. Violência Institucional e a Assistência às Mulheres no Parto. In: Colóquio Nacional de Estudos de Gênero e História, 2013. **Anais eletrônicos...** LHAG/UNICENTRO, 2013. p. 649-663. Disponível em: <<http://sites.unicentro.br/wp/lhag/publicacoes/anais/>>. Acesso em 27 dez. 2013.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001b. 322 p.

BRASIL. Congresso. Senado. **Violência obstétrica**. “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anais dos Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseada em Evidências Científicas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. 87 p. ilus, tab. (D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de Gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 8, 2. ed., Brasília, 2003.

BRASIL. Portaria N° 1.459, de 24 de junho de 2011; Portaria N° 2.351, de 5 de outubro de 2011. **Saúde Legis**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Presidência da república. Secretaria especial de políticas para as mulheres. Plano nacional de políticas para as mulheres. Brasília, secretaria especial de políticas para as mulheres, 2004. 104 p

BRENES, A. S. A história da parturição no Brasil, século XIX. **Caderno de Saúde Pública**, v.7, 1991.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Evidencias sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 1316-1327. set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

CAPPELLE, M. C. A; MELO, M.C.O.L.; BRITO, M.J. Relações de gênero e de poder: segundo Bourdieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 3, p. 356-369, 2005. Disponível em: <[http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/43936/2/Artigo%209%20\(05.196\).pdf](http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/43936/2/Artigo%209%20(05.196).pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2013.

CARDOSO, J. E. **A dissonância entre desejo e realidade**: a escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. 2008. 181 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/posgraduacao/media/tese/1368541576.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: A “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 35-52, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

CARROLI, G.; BELIZÁN, J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database System Rev.* 1999, Issue 3. Art. N.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.C000081.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database System Rev.* In: *The Cochrane Library*, Issue 7, 2012, Art. No. CD000081. DOI:10.1002/14651858.CD000081.pub2.

CARVALHO, G. M.; SULETRONI, V. P.; MERIGHI, M. A. B. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.4, p. 434-440, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_19.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2013.

CASTRO, M. G. Alquimia de Categorias Sociais na Produção de Sujeitos Políticos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 0, nº 0, 1992. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15801>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

CAVALCANTE, F. N. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 31-40, 2007. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/3910>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Chauí, M; CARDOSO, R.; PAOLI, M. C. (Org). **Perspectivas Antropológicas da Mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 25-62.

CIENTISTA QUE VIROU MÃE. **Violência no parto**. Disponível em: <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/p/projeto-desrespeito-e-violencia-no.html>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

CONTERNO, S. F. R. **Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos**. São Carlos: UFSCar, 2013.

DE MENEZES, A. L. S. **A dimensão (in) visível da humanização: um estudo sobre a visão de obstetras de uma maternidade pública da cidade do rio de janeiro**. 2010. 202 f. Tese (Doutorando em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Programa EICOS, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/pos_eicos/arqanexos/arqteses/analydiasoares_do_ut.pdf>. Acesso em: 24 out. 2013.

DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. São Paulo: Editora Vozes, 2007.

DIAS, M. A. B. et al. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2006.

DIAS, M.A.B. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. 2006. 280 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3424>>. Acesso em 25 out. 2013.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2647-2655, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2013.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.627-37, jul./ set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

DINIZ, C. S. G. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. Rio de Janeiro: Editora Unesp, 2004.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM A. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 80-91, 2006. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf>. Acesso em 16 out. 2013.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.19 n.2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/genero_saude_materna.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. Indicadores de cuidados para o corpo que procria: ações de enfermagem no pré-trans e pós parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 905-912, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a09.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

FOUCAULT, M. Apêndice: o sujeito e o poder. In: DREYFUS, L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 229-250.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FPABRAMO. **Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010**. Disponível em: < <http://novo.fpabramo.org.br/content/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010-0>>. Acesso em 26 nov. 2013.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v, 17, n. 1, p. 61-72, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/06.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15 n. 1, p. 107-114. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2013

HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. In: **I Encontro Nacional de Antropologia do Direito - ENADIR**, 2009, São Paulo. I ENADIR, 2009.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno Saúde Pública**. V. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf>

LANSKY, S; FRANÇA, E; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 759-72, 2002.

LARSSON, P.G.; PLATZ-CHRISTENSEN, J.J.; BERGMAN, B.; WALLSTERSSON, G. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. **Gynecol Obstet Invest**, v. 31, n. 4, p. 213-216, 1991.

LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LEITE, F. C. L. O conhecimento científico tácito na dinâmica da pesquisa: alguns indícios. *DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação*, vol. 8, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.dgz.org.br/jun07/Art_01.htm>. Acesso em: 11 out. 2013.

LUZ, M. T.; NATIONS, M. K.; GOMES, A. M. A. Pisada como pano de chão: experiência da violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. V. . 17, n.1, p. 61-72, 2008..

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev Brás Ginecol Obstet**. V. 29, n.1, p. 1-2, 2007.

MILBRATH, V. M.; SOARES, D.C.; SIQUEIRA, H.C.H, AMESTOY, S.C. Vivências Maternas sobre a Assistência Recebida no Processo de Parturição. **Rev. Anna Nery**. V. 14, n.3, p. 462-467, 2010.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C.S. **O desafio da pesquisa social**. Petropolis: Vozes, 2008, p.9-29.

MINAYO, M. C.S. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva**. Rio de Janeiro, 2009.

MISOCZKY, M. C. A. O poder na metáfora do jogo: uma leitura de Bourdieu e Matus influenciada por Gadamer. In: _____. **O campo da saúde após a Constituição de 1988**: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Decasa, 2002.

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V. 10, n.3, p. 651-657, 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**. V. 11, n.4, p. 415-425.

NIJAINÉ, K; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, V. 59, n. 5, p. 699-702, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a20.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, Supl 1, p. 25-32, 1998.

OYELESE, Y.; ANANTH, C. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. **Clin Obstet Gynec**, v. 53, n.1, p. 147-156, mar. 2010.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Revista Texto e Contexto**. V. 13, n. 3, p. 391-400, 2004.

PNUD. Atlas de desenvolvimento humano. PNUD, 2000.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Revista Interface**, v. 13, sup. 1, p. 759-768, 2009.

ROBINSON, J.N. **Approach to episiotomy**. Release: 20.6 - C20.11. Up to Date. Support Tag: [ecapp1102p.utd.com-200.144.93.190-551BA777FD-2556.14]

SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. V. 20, n.2, p. 71-99, 1995.

SILVA, T. R. A. et al. **Relacionamento interpessoal**: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas. 2008.

SIMÕES BARBOSA, R. H. **Mulheres, Reprodução e AIDS**: As tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes Hiv. Rio de Janeiro (RJ), 2001 [Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz].

SULETRONI, V. P.; MERIGHI, M. A. B.; CARVALHO, G. M. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 434-440, 2007.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da letrografia e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 180–185, 2007.

TEIXEIRA, N. F. Z.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá – MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 59, n. 6, 740-744, 2006.

TOCANTINS. Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. **Regionalização Solidária e Cooperativa Comissões Intergestores Regional do Tocantins**: Uma construção histórica/Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. Palmas – TO: Secretaria de Estado da Saúde. 2013. 171 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed., São Paulo: Atlas, 1987.

VARGENS, O. M. C; BARBASTEFANO, P. S. Maternal mortality prevention: a challenge for nurses. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 278-282, 2009.

VICTORA, C.G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios**. Lancet online, 9 de maio de 2011, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4

VISWANATHAN, M. et al. **The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review.** 112. AHRQ Publication, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2005.

WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet*, Philadelphia, vol.2, n.8452, Aug. 24 1985, p. 436-347.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade.** V. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da Pesquisa intitulada, **Violência Institucional em Maternidades do Tocantins**, cujos objetivos são:

Identificar as políticas públicas de atenção à mulher no parto e nascimento e a percepção das mulheres sobre violência institucional no processo de parto em maternidades públicas do Estado do Tocantins no período de 2010 a 2013.

A sua participação será através de entrevista, que será em local e horário que você definir, com agendamento prévio e com seu consentimento. Serão abordados assuntos sobre: sua última gestação, suas experiências com os serviços de saúde, sua percepção de violência ou história de agressões vivenciadas.

O benefício para você participante está relacionado à colaboração para a elaboração ao conhecimento científico para profissionais, acadêmicos e gestores da área de saúde, gerando informações para uma possível melhoria na assistência obstétrica, para futuras pesquisas no Tocantins e na consolidação de Políticas Públicas de atenção humanizada à saúde materna e infantil.

Os riscos para você poderão ser relativos a desconforto e constrangimento relacionado a alguma situação de sua vida pessoal referente ao atendimento no parto e diante disso você participante tem plena liberdade de escolha em declarar ou não, podendo desistir da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Para garantia do sigilo, anonimato e privacidade dos sujeitos sobre a sua identidade e os dados pessoais, apenas a pesquisadora e a orientadora terão acesso a essas informações. Os dados colhidos ficarão sob supervisão da pesquisadora responsável e arquivados em local sigiloso e seguro por 5 (cinco) anos, sendo incinerados após esse período e somente os resultados da pesquisa serão publicados.

Caso você venha sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral ao risco sofrido, você terá direito à indenização. Na ocorrência de qualquer dano, você será acompanhado diretamente por mim, independente da natureza de assistência que necessite, mediante qualquer dano que a pesquisa possa acarretar. Caso seja detectado qualquer tipo de risco, a pesquisa será suspensa

imediatamente. Qualquer gasto que você venha ter com a pesquisa, também será ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa.

Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com as pesquisadoras ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás/PUC-GO, nos endereços abaixo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias sendo uma para você, que participará da pesquisa e a outra para a pesquisadora.

Diante dos esclarecimentos citados acima aceito participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de
_____/_____/_____.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE B - Declaração de Aceite e Concordância da Maternidade

Declaro para os devidos fins, está **ciente** e em **concordância quanto à realização** do projeto de pesquisa intitulado **Violência Institucional em Maternidades Públicas do Tocantins**, cujo objetivo geral é identificar as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento e a percepção das mulheres sobre violência institucional no processo de parto em maternidades públicas do Estado do Tocantins no período de 2010 a 2013; onde a pesquisadora responsável é a Sra. **Liana Barcelar Evangelista Guimarães**, sob a orientação da **Professora Dra. Eline Jonas** do Programa de Pós - graduação *Stricto-sensu*, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Autorizo ainda o acesso aos prontuários, se assim fizer necessário.

Carimbo e Assinatura

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista com Puérperas**Nº DA ENTREVISTA:****DATA:****INICIAIS DO NOME:****IDADE:****MUNICÍPIO:****LOCAL DO PARTO:****DATA DO PARTO:****TIPO DE PARTO:**

1. Discorrer sobre a última gestação. Assistência recebida.
2. Sobre mal tratos ou desrespeito durante a internação pra ter o bebê.
3. Sobre violência dentro dos serviços de saúde.
4. Explicar sobre o tratamento recebido pelas mulheres na situação de parto em maternidades.
5. Falar sobre outros pontos relativos ao parto.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL EM MATERNIDADES DO TOCANTINS

Pesquisador: LIANA BARCELAR EVANGELISTA GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 23392013.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 502.498

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós - graduação Stricto-sensu, Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde pela PUC Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre. Trata-se de um estudo exploratório/descritivo por meio de uma pesquisa qualitativa por saturação da informação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento e a percepção das mulheres sobre violência institucional no processo de parto em maternidades públicas do Estado do Tocantins no período de 2010 a 2013.

Objetivos Secundários:

1. Identificar as principais políticas públicas de atenção à mulher no parto e nascimento implementadas no Estado do Tocantins.
2. Identificar a violência institucional a partir da percepção das parturientes no atendimento ao parto em maternidades públicas do Estado do Tocantins no período de 2010 a 2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios muito bem apresentados no projeto e no TCLE.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 502.498

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem uma relevância suportada na expectativa de se obter informações sobre a adesão das instituições de saúde às políticas públicas pela Humanização do Parto e Nascimento no Brasil e identificar os tipos de violência institucional sofridas/percebidas pelas mulheres que tiveram seus partos em maternidades públicas do Estado do Tocantins.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios estão adequados e apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação deste CEP não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua Pesquisa em casos de alteração de amostra ou centros de coparticipação. É exigido a entrega do relatório final após conclusão da pesquisa.

GOIANIA, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:

NELSON JORGE DA SILVA JR.
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

ANEXO B - Recomendações da OMS no atendimento ao parto normal

<p>CATEGORIA A – PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro • Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde • Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto • Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante • Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto • Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto • Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto • Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem • Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto • Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente • Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS • Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento • Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto • Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto • Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto • Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; • Condições estéreis ao cortar o cordão • Prevenção da hipotermia do bebê • Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno • Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
<p>CATEGORIA B – PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Uso rotineiro de enema • Uso rotineiro de tricotomia • Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto • Cateterização venosa profilática de rotina

<ul style="list-style-type: none"> • Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto • Exame retal • Uso de pelvimetria por Raios-X • Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos • Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto • Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto • Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto • Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias • Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto • Lavagem uterina rotineira após o parto • Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.
<p>CATEGORIA C – PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos • Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto • Pressão do fundo durante o trabalho de parto • Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto • Manipulação ativa do feto no momento do parto • Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto • Clampeamento precoce do cordão umbilical • Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto
<p>CATEGORIA D – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto • Controle da dor por agentes sistêmicos • Controle da dor por analgesia peridural • Monitoramento eletrônico fetal • Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto • Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço • Correção da dinâmica com utilização de ocitocina • Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto • Cateterização da bexiga • Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário

- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
- Parto operatório
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia
- Exploração manual do útero após o parto