



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO – UFOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – ICsa
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL



BÁRBARA SILVA FONSECA

O CUIDADO E O NASCIMENTO NO SUS

Mariana-MG

2018

BÁRBARA SILVA FONSECA

O CUIDADO E O NASCIMENTO NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Ms. Regina Célia da Cruz

Mariana-MG

2018

F676c Fonseca, Bárbara Silva.
O Cuidado e o Nascimento no SUS [manuscrito] / Bárbara Silva Fonseca.
- 2018.

60f.:

Orientadora: Profª. MScª. Regina Célia da Cruz.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

1. Nascimento - Teses Brasil. 2. Saúde da Mulher - Teses - Brasil. 3. SUS - Teses - Brasil. I. Cruz, Regina Célia da. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 613.95(81)

O CUIDADO E O NASCIMENTO NO SUS

BÁRBARA SILVA FONSECA

ORIENTADORA: Regina Célia da Cruz

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 16 / 02 / 2018



Profª Ms. Jussara de Cassia Soares Lopes

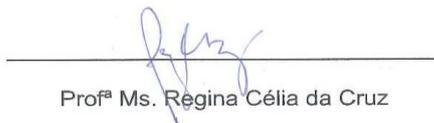
Professora do Curso de Serviço Social - UFOP



Profº Ms. Esdras Tavares

Professor no Curso de Serviço Social da

Universidade Estadual de Minas Gerais - Campus Abaeté



Profª Ms. Regina Célia da Cruz

Professora do Curso de Serviço Social - UFOP

Dedico esse trabalho a todas as mulheres brasileiras que lutam pela garantia dos seus direitos, em especial a minha mãe Cléo e minha orientadora Regina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela força e sabedoria que me fizeram chegar até aqui. Aos meus pais Cléo e Valter, por ser sem dúvida o meu porto seguro, por terem sonhado esse sonho junto comigo me dando apoio em todos os momentos difíceis e me incentivando a nunca desistir. Ao meu irmão Thúlio por todo carinho e dedicação comigo.

Agradeço também a todos os professores do curso de Serviço Social pelos conhecimentos e experiências compartilhadas. Em especial agradeço a professora Regina por toda paciência e por todo carinho que teve comigo durante esses dois semestres me dedicando a esse trabalho, sem você nada seria possível.

Deixo meu sincero agradecimento ao meu campo de estágio, lugar que me acolheu e me trouxe muitos conhecimentos que vou levar por toda vida. Em especial a minha supervisora Francielle por toda paciência e dedicação nestes três semestres de estágio.

Agradeço as mães entrevistadas, todos os profissionais de saúde que contribuíram com a pesquisa e ao Hospital Monsenhor Horta – MG pela autorização na coleta dos dados para realização deste trabalho.

Por fim, agradeço a turma 14.1 pelos anos que vivemos juntos. Foram muitos momentos especiais que irão sempre ficar em nossas lembranças.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota do mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

Este estudo tem por objetivo central discutir “o cuidado” com a mulher parturiente dentro do Sistema Único de Saúde - SUS a partir de um grupo de mulheres que relatam a experiência. Foi realizada uma breve análise sobre a questão de gênero em relação à saúde, dando enfoque ao atendimento da mulher nas redes públicas de saúde. Contextualizamos de forma sucinta as políticas sociais que se consolidaram desde a implantação do SUS para qualificar o atendimento humanizado à mulher. Pretende-se mostrar que o SUS foi pensando idealmente, porém ainda se encontra em construção diária e seus avanços têm instaurado aos poucos dentro dos espaços de saúde. Realizamos uma pesquisa bibliográfica e de campo para agregar conhecimentos e dar escuta a voz de usuárias e trabalhadoras de saúde.

Palavras-Chaves: Saúde do nascimento, Mulher, O Cuidado, SUS.

ABSTRACT

The main objective of this study is to discuss "care" with the parturient woman within the Unified Health System - SUS, based on a group of women that reported the experience. A brief analysis was carried out on the gender issue in relation to health, focusing on the care of women in public health networks. We briefly contextualize the social policies that have been consolidated since the implementation of SUS to qualify the humanized service to women. It is intended to show that SUS was ideally thought, but is still under construction and its advances in space within health spaces. We perform a bibliographical and field research to add knowledge and listen to the voice of health users and workers.

Keywords: Birth Health, Woman, The Carry, SUS.

LISTA DE SIGLAS

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

MPMG – Ministério Público de Minas Gerais

OMS – Organização Mundial da Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

RC – Rede Cegonha

SUS – Sistema Único de Saúde

VCIJ – Vara Cível da Infância e da Juventude

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - ENFOQUE NO GÊNERO E NA SAÚDE DA MULHER	14
1.1- A importância do debate sobre gênero na saúde.....	17
1.2- Os recursos cibernéticos como instrumento de luta.....	22
CAPITULO II - AVANÇOS DO SUS – REDE CEGONHA	24
2.1 - O Cuidado.....	28
2.2 - Violência Institucional - Mães Órfãs	32
CAPITULO III – Na voz das mães e dos trabalhadores de saúde	35
3.1 - Do ponto de vista das mães usuárias.....	35
3.2 - Do ponto de vista dos profissionais	43
3.3 - Uma reflexão de assistentes sociais que atuam na saúde	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXO I.....	57
ANEXO II.....	58
ANEXO III.....	59
ANEXO IV	60

INTRODUÇÃO

O presente estudo traz uma breve discussão sobre “o cuidado” e o nascimento no Sistema Único de Saúde – SUS. O interesse pela pesquisa surge no momento que comecei a discutir o assunto com um grupo de mulheres estudantes da Universidade Federal de Ouro Preto que já tinham passado pela experiência de parto no SUS e traziam relatos controversos a respeito do que tinham vivido. Elas faziam parte de grupos virtuais de mulheres ativistas que debatiam essa questão, entrei nesses grupos me interessei bastante e decidi realizar a pesquisa para esse Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

No início tinha pouco conhecimento sobre o assunto, não tinha consciência de que ao mesmo tempo em que os atendimentos as mulheres poderiam ser excelentes esses também poderiam deixar problemas por toda vida. Percebi que muitas vezes os atendimentos iam contra os direitos das mulheres e que essa violação de direitos acontecia na maioria dos casos escutados.

Por outro lado também escutava relatos interessantes sobre a forma que algumas redes de atenção básica e alguns hospitais do SUS realizam os atendimentos as mulheres de forma humanizada e respeitosa, faziam acreditar que de fato o SUS é um sistema que produz redes e tem seus princípios reconhecidos.

O objetivo desta pesquisa é estudar “o cuidado” com a mulher parturiente¹ na rede pública de saúde a partir de um grupo de mulheres que relatam as suas experiências. Não se trata aqui de buscar uma avaliação deste ou daquele serviço ou ainda dos hospitais citados na pesquisa, mas de apontar para a necessidade de avanços e de contribuir com a reflexão sobre os direitos das mulheres no atendimento público de saúde.

Dessa forma pensamos em realizar uma pesquisa com finalidade de entender o processo pelo qual a mulher passa desde o pré-natal até o pós-parto nas redes públicas de saúde, dividimos este trabalho em três capítulos que abordam assuntos interligados para melhor compreensão.

¹ Momento em que a mulher se encontra em trabalho de parto ou acabou de parir.

No primeiro capítulo falamos sobre a questão do gênero e a saúde da mulher. Nossa abordagem no primeiro momento trata das inquietações que fizeram aproximar desse tema e a realidade de gênero que se faz presente na sociedade capitalista. Com o intuito de entender “o cuidado” com o nascimento no SUS começamos pensando na mulher – figura central do debate, pois, é ela quem passa por todos os procedimentos clínicos durante a gestação até o parto.

No segundo capítulo buscamos resgatar as Políticas elaboradas após a criação do SUS para qualificar o atendimento a mulher, dentre as que vamos abordar está a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PAISM, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN e a Rede Cegonha - RC. Elaboramos um breve histórico das políticas e pesquisamos o termo “cuidado” nas relações entre profissionais e usuários.

A metodologia de pesquisa que utilizamos foi a bibliográfica e de campo, que teve como proposta a análise de entrevistas realizadas com mães usuárias do SUS e trabalhadores de saúde que atuam diretamente no atendimento a mulher parturiente no Hospital Monsenhor Horta em Mariana – MG. As contribuições das falas nas entrevistas trouxeram a possibilidade de análise dos dados relacionados com o material teórico que trouxemos para este estudo.

CAPÍTULO I - ENFOQUE NO GÊNERO E NA SAÚDE DA MULHER

No decorrer dos tempos, vimos que a subordinação da mulher ao homem é uma cultura naturalizada na sociedade burguesa. Essa discussão vamos encontrar no livro *Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós*, onde vemos que “O subjugo da mulher tem raízes profundas, criadas e alastradas ao longo da história, sendo, portanto, de difícil desconstrução.” (CAMPOS, et.al. 2013, p. 58). Essa desconstrução apresenta-se como um dos desafios que se propõe esse estudo.

As relações desiguais de gênero estão inteiramente ligadas ao patriarcado que se faz presente na sociedade. Vivemos numa cultura machista e opressora, onde se considera a dominação do homem sobre a mulher natural, mas pelo contrário, sabemos que essa dominação é uma construção histórica. Heleieth Saffioti vai dizer que,

Em geral, pensa-se ter havido primazia masculina no passado remoto, o que significa, e isto é verbalizado oralmente e por escrito, que as desigualdades atuais entre homens e mulheres são resquícios de um patriarcado não mais existente ou em seus últimos estertores. De fato, como os demais fenômenos sociais, também o patriarcado está em presente transformação. (SAFFIOTI, 2015. p.48)

No livro *Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social*, Mirla Cisne destaca que, “A perspectiva de análise de gênero possibilita perceber que a subalternidade conferida às mulheres é resultado de uma construção social, portanto, histórica, e não de uma essência natural feminina” (CISNE, 2012, p. 22).

A força ideológica do patriarcado marcou a nossa sociedade profundamente. Como exposto, essa reprodução social se deu a partir da construção histórica ao longo dos anos, com objetivo de fortalecer a classe dominante para garantia da ordem social burguesa. As desigualdades entre homens e mulheres estão relacionadas diretamente a ideia da hierarquia, trazendo prejuízos para a vida da mulher até os dias atuais. Contudo, hoje podemos dizer que:

Rejeita a tese da natureza inferior da mulher, explicitando que sua submissão foi culturalmente construída. A subordinação/exploração/opressão se firma a partir da teoria que existe diferença entre os dois grupos, sendo um deles inferior. É essa desigualdade que sustenta o fenômeno da violência de gênero. (CAMPOS, et.al. 2013, p. 58)

Essa posição do homem em relação à mulher, questionada acima, enraizada na sociedade burguesa começa quando a mulher é vista como um ser matriarcal e o homem detentor da força física sendo, no imaginário, superior a mulher. Com a divisão sociotécnica do trabalho, isso se modifica incluindo a mulher no mercado de trabalho. Porém, permanecem sem dúvidas as relações desiguais entre os sexos.

Pensando na saúde da mulher dentro dos atendimentos públicos, principalmente daquelas que se encontram em situação de parturiente, é preciso apontar como esse “cuidado” vem sendo realizado. Mas, antes precisamos compreender a posição da mulher na sociedade para entender a forma como ela é tratada nos dias atuais.

A partir do momento que a ordem burguesa busca colocar o homem num patamar mais elevado do que a mulher todas as outras relações se tornam competitivas e conflituosas. É importante entendermos que a violência contra a mulher pode acontecer de distintas formas, Heleieth Saffioti vai definir a violência como,

(...) o entendimento popular da violência apoia-se num conceito, durante muito tempo, e ainda hoje, aceito como verdadeiro e único. Trata-se de violência como ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral. (SAFFIOTI, 2015, p.18)

Como exposto, as relações sociais a violência contra a mulher pode aparecer de diversas formas, geralmente as pessoas costumam associar a violência somente à agressão física, pela sua visibilidade, porém sabemos que a violência psíquica, sexual e moral agridem a mulher da mesma maneira.

Essa banalização da hierarquia de gênero se manifesta também nas relações institucionais reproduzindo violações de direitos inclusive nos atendimentos de saúde.

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde dessas últimas (ARAÚJO, 1998), as questões de gênero devem ser consideradas como um

dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12 *apud* ARAÚJO, 1998).

Podemos dizer que:

Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais. Os desequilíbrios de gêneros se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, assim como nas identidades, atitudes e comportamentos das pessoas. As desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade, orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12-13 *apud* HERA, 1995)

A desigualdade entre os gêneros implica em questões que vão influenciar diretamente nas políticas públicas, repercutindo diretamente nos atendimentos dos serviços de saúde.

Culturalmente o corpo da mulher é visto como um “lugar” misterioso cercado de crenças pode dizer que a “saúde da mulher” é constituída por vários mitos e especulações. Com o passar do tempo a mulher vai perdendo conhecimento sobre seu corpo, as tecnologias e a vida moderna interferem na percepção de si e do outro.

As inquietações surgem a partir do momento que a mulher se encontra em segundo plano Com o parto hospitalar vemos que a mulher deixa de ser protagonista do seu parto e se torna “objeto” nas mãos dos profissionais. Sua opinião não interfere nos protocolos a serem seguidos dentro dos espaços de saúde, sendo assim, a mulher pode submeter-se a alguma violência.

Hoje podemos perceber que, a Organização Mundial da Saúde – OMS e o SUS tem se preocupado com esse discurso, porém há muita coisa a ser feita. Segundo a Fundação Perseu Abramo² (2010), uma em cada quatro mulheres sofre violência durante o atendimento ao parto no Brasil. É um dado preocupante, saber que a mulher se encontra em uma situação delicada, num momento em que está frágil e vulnerável e ainda assim passa por situações constrangedoras, desumanas e violentas.

² A Fundação Perseu Abramo foi criada no ano de 1996 pelo Partido dos Trabalhadores (PT), com objetivo de pesquisa e contribuição para educação política.

1.1- A importância do debate sobre gênero na saúde

Todo o processo que a mulher passa desde o pré-natal até o nascimento da criança é um momento único e de muita importância tanto para a parturiente quanto para a nova vida que está chegando. A forma como a pessoa vem ao mundo deixa marcas para uma vida inteira. O obstetra Michel Odent vai dizer que, “para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer”, ou seja, um atendimento à mulher com respeito e dignidade pode produzir novas relações na sociedade em que vivemos.

A perda da autonomia da mulher foi acontecendo de forma gradativa nos últimos anos, essa questão está relacionada com a intensa medicalização do corpo feminino. A exclusão da mulher na cena do parto e a inclusão do olhar masculino nela com a perspectiva científica podem ocultar um contexto de exclusão e violência de gênero. A defesa da hospitalização do parto foi sendo feita ao longo dos anos, o discurso de que o parto domiciliar era perigoso para mulher e para criança foi ganhando força e cada vez mais o parto vinha sendo feito pelas mãos dos médicos.

Lígia Sena vai dizer também que,

Assim, o grande esforço dedicado, no Brasil no século XIX, para que os partos domiciliares fossem suprimidos e transformados em hospitalares não foi movido com o objetivo de reduzir mortes maternas, como muitos acreditam. Inclusive porque, em decorrência da febre puerperal, associada à aglomeração de pacientes em uma mesma enfermaria, mas ainda não associada à teoria microbiana, as mulheres morriam mais no hospital do que em seus domicílios. (SENA, 2015, p.46)

Buscavam-se justificativas para tornar o parto em um evento hospitalar, mas como já sabemos ter controle sobre o parto era fundamental tanto para medicina quanto para a reprodução da ordem burguesa. A mulher que deveria ser a protagonista do parto vai perdendo força ao longo dos anos e deixando o trabalho sob o controle da ciência.

Lígia Moreiras Sena aponta que, “a intervenção médica sobre a saúde da mulher, especialmente parto e nascimento, acabaram por determinar a apropriação deste corpo às regras e lógicas medicalizantes, a apropriação médica deste corpo como objeto de saber” (SENA, 2015, p.48). Consideramos que esse modelo de

atendimento tende a medicalizar o corpo da mulher, não permitindo que o nascimento seja é um evento natural e fisiológico do corpo feminino.

Quando o Sistema Único de Saúde - SUS é criado e implantado, logo após a Constituição de 1988, serviços começam a ser oferecidos para todas (os) as (os) cidadãs (ãos). A qualidade no atendimento à saúde passa a ser um direito conquistado pela população através de muita luta, quando se intensifica a preocupação com o cuidado da mulher parturiente dentro da rede pública de saúde, iniciando um período de “controle” do pré-natal e medicalização do parto.

O parto há alguns anos atrás era um procedimento realizado apenas por mulheres, as chamadas parteiras, sendo a mulher protagonista do seu parto. Com o tempo e o avanço das tecnologias, o conhecimento científico foi ganhando espaço e o conhecimento tradicional não foi reconhecido, inclusive o das parteiras. Aos poucos os partos foram se transferindo para os hospitais, pois, alegava - se ser o modo mais seguro onde a mulher não sentiria dor e evitavam-se óbitos neonatais.

Com a naturalização do parto como um evento hospitalar, tratado como um momento de “doença” na vida da mulher, todos os procedimentos aparecem como normais e inquestionáveis, os saberes científicos sobre os saberes do seu corpo.

O processo de reconhecimento do saber científico dentro dos serviços de saúde se sobrepõe aos saberes das usuárias, através dos protocolos e procedimentos amparados por estudos e pesquisas que os qualificam. Porém, a escuta das falas das mulheres atendidas pode ficar em segundo plano.

Por isso, o atendimento das mulheres no parto hospitalar e nas redes de atenção nos trás algumas preocupações que serão discutidas ao longo deste estudo. A aposta de que o parto hospitalar seria o melhor para a parturiente e seu filho se naturalizou. Acontece que, a mulher começou a sofrer a chamada “violência obstétrica”, mas nem ela mesma tinha a noção do que ela sofria durante o trabalho de parto era considerado desnecessário e agressivo. Podemos dizer que:

A violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, podem ser

considerados como práticas violentas (SENA, 2016, p. 45 *apud* D'OLIVEIRA ET AL., 2002)

O termo “violência obstétrica” pode ser considerado recente, por isso, muitas pessoas não têm conhecimento deste tipo de violência, às vezes nem a própria vítima. Esse tipo de violência pode trazer múltiplas consequências, comprometendo a saúde física, emocional, sexual e até reprodutiva da mulher. Um parto violento pode marcar a vida de uma mulher para sempre, as consequências são muito sérias e precisam ser discutidas e evitadas.

A violência obstétrica pode acontecer durante o pré-natal, o parto, o pós-parto e em situações de abortamento dentro dos espaços de saúde. No Brasil, movimentos sociais e de mulheres questionam as práticas agressivas que vem sendo usadas com frequência nos hospitais. Podemos considerar esses questionamentos recentes, como vai dizer os autores,

Desde a década de 1980 e 1990, grupos de profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promoverem a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 1990, intensificando-se no ano 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país. (SENA, TESSER, 2017, p.209)

Tendo em vista esse grave problema de saúde pública no Brasil, ações vêm sendo desenvolvidas para o combate a violência obstétrica. O direito a um atendimento de qualidade e respeitoso no SUS é direito da mulher, em 2003 foi implantada a Política Nacional de Humanização – PNH na rede pública de saúde. Nesta política um dos pontos é a defesa de direitos dos usuários aos serviços de saúde.

É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade as mulheres no momento da gestação, parto, pós-parto e abortamento enfocando-as como sujeitos de direitos. As práticas de saúde, portanto, deverão nortear-se pelo princípio da humanização – compreendido como atitudes e comportamentos que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como direito, assim como para a garantia dos direitos humanos das mulheres. (Política Nacional de Humanização, 2003)

Como em todo serviço o SUS possui falhas, ainda tem muito que avançar para chegar a um sistema de saúde dentro da proposta das políticas de

humanização. Apesar dos investimentos e trabalho em programas que buscam assegurar direitos e um atendimento humanizado, muitas mulheres sofrem a violência obstétrica todos os dias. Lígia Moreiras Sena vai dizer em sua tese que,

A medicalização de eventos tão naturais quanto a gestação e o parto, transformando-os em eventos institucionalizados, tecnológicos, científicos e industrializados, retirou da assistência à gestante, parturiente e puérpera o caráter subjetivo do cuidado para dar lugar à sua anulação, silenciamento, opressão e violências das mais diversas formas. (SENA, 2015, p.18)

São diversas as formas de violência que a mulher está sujeita durante este processo. Começando pela separação de seus parentes, o direito pelo acompanhante é muitas vezes negado nos hospitais, causando a partir daí um desconforto emocional. São práticas ainda muito comuns em hospitais, a proibição da alimentação durante o trabalho de parto, as lavagens intestinais que causam um grande desconforto nas mulheres, a posição ginecológica que impede a mulher de se mover e dificulta o processo do parto, fora as agressões verbais que desestabilizam ainda mais o momento do parto. Estudos recentes indicam que muitos procedimentos realizados em hospitais não são benéficos a mulher e a criança.

Estes fatos que ocorrem constantemente na nossa sociedade chegaram a tal ponto que as mulheres têm medo do parto, tem medo do sofrimento, da dor física e psicológica que ele pode trazer. Para evitar esse tormento, muitas vezes optam por uma cesariana particular para tentar evitar o transtorno que tem sido a forma como a mulher é tratada durante o parto na rede pública de saúde. Porém, a cesariana não deveria ser uma opção, mas sim um meio de salvar vidas. Como orienta o Ministério da saúde, a melhor maneira para o nascimento de um bebê é através do parto normal, pois como qualquer outra cirurgia a cesariana possui riscos a saúde da mãe e da criança, podendo deixar sequelas que poderiam ser evitadas.

O mito a respeito do procedimento cirúrgico como atenuante às dores e aos riscos do parto normal, colocam em destaque um saber especializado que aponta para uma hierarquia entre os profissionais de saúde. O que os autores abaixo chamam de “modelo médico centrado”

Hoje em dia, as práticas utilizadas em hospitais são vistas como comuns. O modelo médico centrado do parto e do nascimento é aderido muitas vezes

sem questionamentos, pois a cultura já foi implantada na sociedade e por isso as mulheres enxergam os procedimentos como algo normal e que já fazem parte do processo de parir e nascer. É importante lembrarmos que, “a assistência desrespeitosa e insegura ao nascimento vai além de uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos” (SENA, TESSER, 2017, pag. 211, 212).

Como apontamos anteriormente, além da hierarquia entre profissionais percebemos que a relação de gênero produz também a invisibilidade a respeito da violação de direitos nos serviços de saúde e a banalização da violência.

A invisibilidade desta forma de violência ocorre em função de diferentes fatores, como: a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, que são vistas como “uma brincadeira” pelos sujeitos envolvidos e até esperada pela paciente; a aceitação e banalização, por parte dos profissionais, de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias; e a dificuldade que os usuários têm, em geral, de criticar os serviços de saúde e os profissionais que os atenderam, sobretudo no caso da assistência perinatal, onde as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que, para elas, compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência. (SENA, TESSER, 2017, p.212)

Os procedimentos realizados são aceitáveis porque é culturalmente um saber que se sobrepõe ao saber da mulher sobre seu próprio corpo.

Nos dias atuais, mulheres aderem prontamente ao modelo médico de parto e nascimento e, em termos gerais, muitas sequer questionam o uso de procedimentos e intervenções médicas e institucionais. Isso porque já introjetaram, mediante a cultura hegemônica do parto medicalizado amplamente inserida na sociedade atual, que essas tecnologias e intervenções fazem “parte” do evento de parir e nascer, aceitando-as como “naturais”. (SENA, 2016, p. 40-41)

Imaginamos que quando a mulher encontra-se em estado de parturiente necessitando de cuidados, num período onde se encontra mais sensível com todo processo que passou e se torna mais complexo enxergar qualquer violação de direitos. A “recompensa” é ver seu bebê saudável nos braços. E naquela situação não importa o que passou com a dor que sentiu ou com o atendimento. Este também pode ser considerado um motivo para invisibilidade e banalização da violência.

1.2- Os recursos cibernéticos como instrumento de luta

Ao longo desses últimos anos podemos dizer que os recursos cibernéticos têm servido de apoio para a informação. A internet têm se tornado uma aliada no que diz respeito ao acesso à informação, ela tem servido como uma ferramenta importante para possibilitar o debate e produzir uma postura mais ativa das mulheres.

A internet possui papel em destaque entre as demais mídias, tanto em função das inúmeras possibilidades que permite quanto por tornar possível que o usuário não seja apenas um receptor passivo da informação e, sim, interaja ativamente com ela, muitas vezes a produzindo. (SENA, 2016, p.47)

Além do acesso rápido e fácil à pesquisa, são cada vez mais frequentes os grupos de mulheres que se formam na internet com objetivos iguais na luta pela conquista de direitos, ganhando voz em torno de assuntos que antes não eram vistos como, por exemplo, a violência obstétrica.

O ciberativismo pode ser visto como um instrumento de mobilização para as mulheres, essa estratégia pode levar a informação a todos os níveis sociais, pois, com o avanço da tecnologia torna-se fácil o acesso e a interação entre grupos nas redes sociais. A discussão sobre a violência institucional dentro das maternidades tem conquistado mais força nos últimos anos, suponho que um dos fatores que propiciaram dessa discussão foi o uso mais assíduo das redes sociais.

A humanização dos atendimentos dentro das maternidades torna-se precisa para evitar que tais violências institucionais aconteçam de forma tão frequente como tem acontecido nos últimos anos no Brasil. Os debates sobre a violência obstétrica vêm sendo debatido desde a década de 80, como os autores vão dizer:

Desde as décadas de 1980 e 1990, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promoverem a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 1990, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país. (SENA & TESSER, 2017, p. 209)

Mesmo com toda mobilização é somente a partir do ano de 2000 que políticas públicas começam a ser pensadas para combater a violência obstétrica no Brasil. O

movimento pela humanização ocorre em todo território nacional, Sena e Tesser vão dizer que:

O movimento pela humanização do parto no Brasil se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, todas focadas em ressignificar a assistência e atuar de acordo com diferentes modelos, menos tecnocráticos e mais centrados na figura da mulher. (SENA&, TESSER, p. 210)

A mudança da assistência em relação ao atendimento a mulher parturiente ao longo desses últimos anos traz transformações que inovam o modelo de atendimento buscando qualificar os serviços públicos. Um deles que damos destaque foi a Rede Cegonha – RC, ela vem com o intuito de humanizar as maternidades públicas brasileiras, iremos tratar dela mais a frente do estudo.

Todavia é importante ressaltar que a postura ativa das mulheres é fundamental para luta frente à efetivação e conquista dos direitos. Mas, é responsabilidade do Estado garantir o acesso das mulheres nos serviços de saúde com estratégias de promoção das políticas de humanização dos atendimentos. Dessa forma, notamos que ao longo dos anos o Ministério da Saúde (MS) tem lançado programas de incentivo para melhoria dos atendimentos dentro dos espaços de saúde, seguindo os princípios dos SUS como veremos no capítulo seguinte.

CAPITULO II - AVANÇOS DO SUS – REDE CEGONHA

A Constituição de 1988 o Brasil dá um grande salto em relação à garantia dos direitos humanos, no ano de 1990 é instituída a Lei 8.080 que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Regulamenta as ações de saúde e seus serviços em todo território nacional.

Foram cinco os princípios norteadores propostos nessa Lei 8.080, dentre eles estão a Equidade, a Universalidade, a Integralidade, a Descentralização e o Controle Social.

A **Equidade** que visa atender as necessidades de cada grupo trata igualmente a todos, mas levam em consideração as singularidades. A **Universalidade** quer dizer que o SUS é uma política para todos, sem discriminação. A **Integralidade** que diz que os serviços de saúde vão funcionar de forma integrada. A **Descentralização** que permite a proximidade da saúde às demandas da população traz para próximo da população as políticas e ações da saúde. E por fim o **Controle Social** realizado pelos Conselhos, Conferências e mobilizações dos próprios usuários; é o princípio que faz a política pública funcionar.

Pensando na ideia da equidade dentro do SUS podemos dizer que esta entra no lugar da igualdade, pois abrange as diferenças entre as pessoas, como a autora vai se posicionar,

Dessa forma, a ideia de equidade foi incorporada e até mesmo substitui o conceito de igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea, cada pessoa numa mesma quantidade de bens e serviços. Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. (ESCOREL, S/D)

A equidade será um dos princípios fundamentais para pensarmos nos atendimentos às mulheres dentro do SUS. O tratamento em equidade é fundamental, pois reconhece o direito a diferença de cada cidadão dentro dos serviços saúde, levando em consideração que cada usuária será atendida de forma a satisfazer suas necessidades no momento.

Percebemos que nos últimos anos o governo tem se mostrado preocupado com as questões que dizem respeito à humanização do Sistema Único de Saúde – SUS. No ano de 2000 foi estabelecida uma portaria que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN com ela, muito direitos as parturientes foram sendo instaurados fomentando mais segurança a mulher e a criança dentro do SUS.

O Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto a mulher. O outro se refere a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam mais riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Podemos dizer que, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal lançado em março de 2004 e o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto instituído no ano de 2005, através da Lei nº 11.108 foi uma das conquistas dessa humanização proposta no SUS, além de outras portarias que vêm para garantir os direitos da mulher dentro dos serviços de saúde.

Ainda no ano de 2004 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Essa política propõe que o SUS realize atendimentos às mulheres brasileiras com qualidade e humanização. Ela veio para contribuir fortemente com a saúde pública no Brasil, traz a tona discussões fundamentais sobre a saúde com recortes em gênero, raça e orientação sexual.

Destacamos aqui a justificativa encontrada na PNAISM,

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações de direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção implicam na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta saúde integral e seu bem-estar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 59)

A busca pela proteção da saúde da criança e da mulher é fundamental para o bom desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Comparado a outros países mais desenvolvidos, o Brasil ainda possui uma alta taxa de cesarianas e um índice elevado de mortes maternas e infantis.

Visando implementar ações para garantia da proteção da saúde da mulher e da criança o governo federal lança em 24 de junho de 2011 a portaria nº 1.459, onde institui-se dentro do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha (RC).

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. (Artigo I, portaria nº 1.459 de 2011)

A Rede Cegonha é organizada para garantir uma atenção e uma rede de cuidados qualificada tanto para mulher quanto para a criança. São oferecidos cuidados desde o pré-natal até o puerpério, considerando-se também uma atenção ao que diz respeito ao planejamento reprodutivo da mulher.

O Ministério da Saúde ao lançar o projeto Rede Cegonha (RC), tem por objetivo assegurar o direito da mulher e da criança à atenção humanizada do pré-natal até a atenção infantil nos serviços de saúde, é uma estratégia do Ministério da Saúde para tentar garantir os direitos dos usuários, produzindo uma rede de cuidados.

A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos de confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Tudo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Segundo, Mariana de Oliveira Portela,

O programa conta com a adesão de todos os estados à Rede, com grande repercussão na mídia e contando com a atenção de vários movimentos sociais. A diminuição da mortalidade materna no ano de 2011 foi creditada à ação da Rede Cegonha. Entre janeiro e setembro do mesmo ano, foram contabilizados 1.038 óbitos decorrentes de complicações na gravidez e no parto, o que significa uma redução de 21% na mortalidade contabilizada neste mesmo período, em 2010. Outro sucesso atribuído ao programa foi o aumento do número de consultas pré-natais. Em 2011, mais de 1,7 milhões de mulheres fizeram ao menos sete consultas pré-natais (Ministério da

Saúde, 2012). Em linhas gerais, a proposta compreende ações abrangentes em torno do cuidado integral a mulheres e bebês ao longo do pré-natal, do parto e do pós-parto (PORTELLA, 2014, p.5).

Porém, o SUS ainda tem muito que avançar para chegar a um sistema de saúde dentro da proposta original. Apesar dos investimentos e trabalho em programas que buscam assegurar direitos e um atendimento humanizado, muitas mulheres sofrem a violência obstétrica todos os dias. Lígia Moreiras Sena vai dizer em sua tese que,

A medicalização de eventos tão naturais quanto a gestação e o parto, transformando-os em eventos institucionalizados, tecnológicos, científicos e industrializados, retirou da assistência à gestante, parturiente e puérpera o caráter subjetivo do cuidado para dar lugar à sua anulação, silenciamento, opressão e violências das mais diversas formas. (SENA, 2015, p.18)

De acordo com Mariana de Oliveira Portella,

O cenário do cuidado materno-infantil no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) sinaliza a prática de excessiva medicalização da vida das gestantes, baixa satisfação das usuárias, elevados índices de partos cesarianos e mortalidade perinatal, ilustrando o modelo brasileiro de atenção obstétrica (PORTELLA, 2014).

Em relação a essa medicalização excessiva, retirando da mulher a sua capacidade de ser a protagonista no seu parto, o Ministério da Saúde vai dizer,

Na esteira da implantação das Redes de Atenção à saúde (RAS) e em conversações com o cenário acima descrito, a Rede Cegonha (RC) é criada no ano de 2011. O lançamento da RC problematiza o processo da maternidade e um dos elementos que salta aos olhos é a medicalização do corpo feminino submetendo a procedimentos desnecessários e limitando o protagonismo feminino na experiência da gestação (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Mesmo com toda atenção do Ministério da Saúde em relação à humanização dos atendimentos, percebemos que ainda ocorrem diversas as formas de violência que a mulher está sujeita a passar durante este processo que se encontra como parturiente.

Estes fatos que ocorrem constantemente na nossa sociedade chegaram a tal ponto que as mulheres têm medo do parto, tem medo do sofrimento e da dor física e psicológica que ele pode trazer. Para evitar esse imaginário, muitas vezes optam por

uma cesariana particular agendada para tentar evitar o transtorno que têm sido a forma como a mulher é tratada durante o parto na rede pública de saúde.

O cúmulo desta lógica é o abuso da cirurgia cesariana, feita muitas vezes sem real necessidade clínica, mas por conveniências. Nesse contexto de assistência, as parturientes são postas na condição de pacientes fragilizadas, perdendo autonomia e poder de decisão sobre a condução do seu trabalho de parto e passando a servir de objeto de cura para um campo do saber técnico especializado em doenças, que não incorpora preocupações com a dimensão social, psicológica, familiar e simbólica inerente ao processo de parturição (PORTELLA, 2014, p.3)

Como já apontado as cesarianas agendadas acarretam outros tipos de transtornos dentro dos espaços de saúde. A cirurgia realizada de forma desnecessária e sem nenhuma indicação de necessidade pode trazer ricos a saúde da criança e da mulher.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aconselha que a taxa de cesáreas chegue no máximo à 15%, no Brasil de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são realizados 54,7% dos partos por via cesárea, ou seja, mais da metade dos partos realizados no Brasil são cesarianos, segundo os últimos dados divulgados pelo IBGE.

2.1 - O Cuidado

Pensando no “cuidado” dentro dos espaços de saúde, que se refere à relação dos profissionais com os usuários, podemos dizer que o agir dos profissionais que produzem o ato de cuidar, vai muito além da cura ou da promoção da saúde. Como Merhy vai dizer: “[...] no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir” (MERHY, s/d).

Os atos de cuidado em saúde vão além de enxergar aquele usuário como um ser indefeso e sem conhecimentos, mas sim de ver ele como alguém que pode contribuir para a promoção do cuidado junto à equipe de profissionais.

O termo “cuidado” a que nos referimos constitui uma visão ampliada da gestão e dos trabalhadores sobre o usuário, respeitando seus saberes e reconhecendo ali um mundo de conexões – redes. Como Merhy ainda vai dizer:

Todos: trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que, para atingir aquelas finalidades, o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas e como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde; conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores e conformam os modelos de atenção à saúde. (MERHY, S/D)

No que se refere ao modelo de saúde que pública no Brasil podemos dizer que, a proposta do SUS de acordo com sua constituição tem tudo para produzir o cuidado da melhor maneira. Sendo o atendimento de saúde uma das preocupações fundamentais da vida do ser humano, ela deveria ser o serviço de melhor qualidade ofertado num país. Porém, vários aspectos influenciam esse atendimento, pois, todo sistema depende de muitos fatores: como a gestão, os trabalhadores e os recursos disponíveis nos espaços de saúde, e além do compromisso com esse público.

De acordo com o artigo de Emerson Elias Merhy, os usuários de forma geral não se sentem confortáveis com os atendimentos oferecidos. Vejamos que,

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados. (MERHY, 1999, p.2)

A satisfação dos usuários dos serviços de saúde é na grande maioria muito baixa. Ignorar o cuidado prejudica o sistema e incomoda o usuário que sempre precisa desse serviço. O cuidado em saúde vai muito além do diagnóstico de uma doença ou até mesmo de um serviço básico como o parto de uma mulher, à cura ou a resolução do “problema”. O cuidado vai desde uma escuta atenta até um acompanhamento humanizado e de qualidade dentro dos espaços de saúde, todos profissionais ligados a esses serviços precisam ser capacitados para promoverem cuidados à saúde.

Devemos ficar atento, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do

papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser como responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização (MERHY, 1999, p.7)

Acredito que, se os profissionais que trabalham na área da saúde fossem capacitados corretamente para trabalhar com os usuários muitos problemas seriam solucionados. A produção do cuidado depende muito da forma de relacionamento entre o profissional e o usuário, nem sempre os problemas são de infra-estrutura e recursos públicos, às vezes as falhas vêm da forma como está sendo os atendimentos dos técnicos nos espaços de saúde.

Emerson Merhy vai dizer que na relação do profissional de saúde com o usuário, o trabalhador de saúde faz uso da chamada “caixas de ferramentas tecnológicas”. São utilizadas tecnologias materiais (instrumentos de trabalho) e imateriais (saberes) conforme a necessidade do atendimento. Ele chama essas ferramentas de: tecnologias duras, leve-duras e leves.

A primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. A essas chamamos tecnologias duras. (FEUERWERKER, 2016, p. 39)

A segunda caixa considerada por Merhy como a leve-duras permite:

(...) processar o olhar do profissional sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia, mas no momento concreto de agir do trabalhador, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (que é imprevisível, singular), há uma mediação imposta pela incerteza e pela situação específica – ao raciocínio clínico. Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados com atos de saúde. (FEUERWERKER, 2016, p. 39)

Já a terceira tecnologia da caixa de ferramenta, Merhy vai se referir as chamada de leves:

A terceira caixa de ferramentas é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo central, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que adquirem importância a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador-usuário. (FEUERWERKER, 2016, p. 40)

Todas as ferramentas que compõem esta “caixa” citada por Merhy são importantes para a produção do cuidado em saúde. É a forma como combinam essas tecnologias que podem produzir modelos diferentes em relação à atenção a saúde.

Cuidar em saúde é uma questão que pertence a todos, tanto profissionais quanto usuários, todos são considerados participantes ativos dessa produção. A produção do cuidado na saúde é um ato de comprometimento do profissional com as usuárias garantindo seus direitos ao acesso a política de saúde exercendo sua cidadania.

O papel do usuário no cuidado também é fundamental para colaborar com o trabalho do profissional. Seus valores, desejos, medos e suas histórias de vida interferem diretamente nas atitudes a serem tomadas. Laura Feuerwerker vai dizer neste texto que a troca de informações entre profissionais e usuários é importante para a produção do cuidado,

De todo modo, considerando as necessidades, há todo um território de produção que faz todo sentido e é indispensável para os usuários: há uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com o trabalhador /equipe que o conheça ou venha a conhecer, que o escute, que se interesse, que o informe, que ajude a diminuir seu sofrimento, que tenha disposição e ferramentas para vincular- se e responsabilizar-se, juntamente com o usuário, pela construção de um plano de cuidados. Esse é um plano crítico (no sentido de muito importante), no qual se constroem as relações de confiança e que interfere no modo significativo na efetividade do encontro, nas possibilidades de haver benefício para o usuário em relação à saúde. (FEUERWERKER, 2016, P.37)

A relação de confiança que constitui entre profissionais e usuários propicia um cuidado ativo e eficaz nos atendimentos. Quando a equipe de saúde se responsabiliza pelo cuidado e enfrenta junto com o usuário o problema o tratamento se torna mais leve e a produção do cuidado se efetiva.

O compromisso do profissional com o cuidado público faz refletir sobre as ações dele com o usuário e sua preocupação com o atendimento prestado de forma humanizada. O olhar atento para o usuário enxergando-o para além de ser apenas uma pessoa precisando da “cura”, mas um ser formado por histórias que influenciam na sua vida social.

Um exemplo deste compromisso profissional com o cuidado foi o seminário realizado na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG no ano de 2017 que teve como tema as *Mães Órfãs*. O seminário tinha como objetivo discutir “de quem é o bebê”, questionando a retirada compulsória de bebês de mães socialmente vulneráveis, como veremos a seguir.

2.2 - Violência Institucional - Mães Órfãs

Uma discussão importante desde o ano de 2014 as medidas polêmicas da Vara Cível da Infância e da Juventude (VCIJ) sobre a retirada compulsória de bebês de mães “socialmente vulneráveis”. A Portaria nº03 de 2016, a seguinte ordem: “Dispõe sobre o procedimento de encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como oitiva destes, nos casos de grave suspeita de situação de risco, e sobre procedimento para aplicação de medidas de proteção” (PORTARIA Nº3 VCIJBH/2016).

Nessa Portaria obrigam-se os profissionais que trabalham na área da saúde a encaminharem o caso quando constatado negligência para a assistente social que atua no hospital. Esta profissional é obrigada a encaminhar o caso ao Conselho Tutelar para esse tomar as providências de retirada da criança da mãe.

Os órgãos representativos da categoria profissional de assistentes sociais, sendo eles o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e o Conselho Regional de Serviço Social – CRESS são importantes instrumentos para apoio e defesa aos profissionais, em especial aos profissionais envolvidos nestas questões da medida compulsória. Levar o debate para dentro desses espaços contribui para discussão sobre esse tema e possibilita pensar novas formas de enfrentamento a essa questão.

O corte de vínculos e o abrigo são postos como a melhor saída para mães em situação de vulnerabilidade social, usuárias de drogas e em situação de rua. Porém, sabemos que tipo de medida viola os direitos humanos, não permitindo a mulher o direito de ser mãe independente da sua condição econômica, social e cultural, além de trazer sérias consequências para essa família que está sendo destruída, tendo seus vínculos totalmente rompidos.

A prática adotada retira ainda na maternidade o bebê da mãe contra sua vontade, levando-o diretamente para o abrigo sendo encaminhado a uma possível adoção. Esta medida impossibilita a mãe recorrer à justiça pela guarda do seu filho, ou seja, é uma prática que vai contra os direitos humanos da mulher. A prática também vai contra o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) onde diz que a convivência familiar precisa ser preservada em primeiro ponto, o rompimento do vínculo deve ser feito somente depois das tentativas de recomposição familiar ser esgotada. Podemos considerar tal prática como a violência institucional mais agressiva que uma mulher pode sofrer como parturiente.

Sabemos que tais medidas ao invés de acolher e buscar amenizar o problema acabam gerando outros tipos de questões sociais que vão prejudicar tanto a mãe quanto o bebê por toda vida.

O tema violações do direito da mulher, objeto deste estudo, destacamos esse tipo de violência presente em alguns Estados brasileiros, inclusive em Minas Gerais representa uma violação dos direitos humanos. Considerar negligência ou incapacidade de ser mãe na mulher que se encontra em situação de rua ou em uso de drogas precisa ser problematizado. Portanto, apontar a importância do debate sobre essa medida pode produzir reconhecimento sobre a dignidade da mulher em

vulnerabilidade, pois essa situação não a torna incapaz de ser mãe e de construir sua família.

Acredito que a rede socioassistencial, ligada aos equipamentos da saúde seria uma forma de prevenir a criminalização desses casos de vulnerabilidade materna tornando-se empecilho para a mulher exercer seu papel de mãe. Essas redes poderiam produzir o cuidado para essas mães, possibilitando o enfrentamento e a resistência a essas medidas.

Nesse sentido apresentaremos no próximo capítulo os resultados de uma pesquisa realizada com intuito de relacionar e analisar o conteúdo apontado nesse estudo buscando contemplar as falas das mães usuárias e de trabalhadoras do SUS e fazer conexões com os conceitos e o debate realizado até este momento no texto.

CAPITULO III – Na voz das mães e dos trabalhadores de saúde

Motivada por esses diversos aspectos que englobam o *cuidado e o nascimento no SUS*, realizamos uma pesquisa de campo para que pudéssemos pensar sobre assistência e o atendimento que as mulheres recebem na rede pública de saúde com enfoque no pré-natal, parto e puerpério.

Foi elaborada uma pesquisa com questionário aberto, consta em anexo, para entrevista com profissionais de saúde ligados ao atendimento obstétrico do hospital Monsenhor Horta em Mariana – MG. A pesquisa foi autorizada pelo hospital no mês de novembro de 2017, sendo assim, demos início à aplicação do questionário no período de uma semana dentro do hospital, conseguimos conversar com quatro profissionais que trabalham na obstetrícia e duas assistentes sociais de hospitais diferentes, mas que atendem pelo SUS.

Além desta pesquisa citada acima, foram realizadas entrevistas com mães usuárias do SUS que passaram pelo processo de cuidado no nascimento. Decidimos entrevistá-las porque consideramos importante a narrativa e a avaliação dos atendimentos daquelas que utilizam os serviços do SUS.

Foram entrevistadas três mulheres de diferentes cidades, pensamos em recolher o depoimento de lugares distintos para podermos fazer uma comparação entre os serviços oferecidos. Duas delas relatam a experiência do segundo parto, ou seja, elas também comparam os serviços ofertados há alguns anos atrás com os mais recentes. Todas as entrevistadas autorizaram o uso das respostas para utilização no estudo, o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido - TCLE foi assinado por elas para a segurança do sigilo das identidades nas informações durante a análise.

3.1 - Do ponto de vista das mães usuárias

Nos depoimentos das mães usuárias percebemos, que duas delas começaram o pré-natal na rede privada. Porém narram os motivos pelos quais optam pelo nascimento no SUS. Uma das entrevistadas vai dizer:

Olha eu tenho uma particularidade, eu fiz o meu pré-natal todo pelo plano de saúde e meu plano de saúde não tem cobertura para parto, então meu

parto foi pelo SUS. Ai no meu pré-natal eu estava no sétimo – oitavo mês a medica foi conversar comigo sobre o método e ela me ofereceu uma cesárea, eu falei com ela que não cogitaria e que eu ia esperar o curso natural e que se por ventura não viesse a acontecer eu não iria pagar por uma cesárea, eu ia pro SUS no hospital assim que minha bolsa rompesse e o medico que estivesse de plantão que ia decidir qual a melhor forma, e assim foi feito. Eu percebi que a minha médica do plano de saúde mudou um pouco de comportamento comigo, não dá mais tanta atenção depois que eu neguei à cesárea, principalmente depois que falei que ia fazer meu parto pelo SUS. (TEREZA, 2017)

Considerando aqui a perda da autonomia por decidir ou de discutir com a profissional “o que é melhor para o seu parto”, percebemos como o copo da mulher parturiente é medicalizado excessivamente quando o parto se torna um evento hospitalar. A usuária acima fala que a médica “mudou de comportamento” expresso claramente como ela ficou incomodada em saber que a usuária tinha voz e queria que sua opinião fosse respeitada naquele momento.

Nesta narrativa abaixo percebemos algumas semelhanças, que apontam para busca por um parto humanizado e desejado pelas usuárias:

Inicialmente, eu comecei meu pré-natal na rede privada e num determinado momento eu percebi que apesar de muito atenciosa, o que eu esperava neste momento do parto e do nascimento da minha filha desse segundo parto, no caso, era diferente. Então, eu procurei outro lugar que uma amiga me falou onde eu podia fazer o pré-natal lá no hospital Sofia Feldman e eu entendi que poderia ser legal, tinha mais a ver com o que eu desejava. Fui fazer meu pré-natal lá. (LÍVIA, 2017)

Aqui podemos discutir se realmente a mulher tem autonomia quanto ao serviço na escolha do melhor atendimento ou fica submetida ao protocolo e a escolha do profissional. Nesta fala às pressões que muitas mulheres sofrem dentro das clínicas e no pré-natal, influenciam os resultados e produzem violações.

A vontade da usuária em tornar o momento do parto diferente do que ouve falar ou ate mesmo do que já passou a impulsiona a buscar pela qualidade do serviço. Nestes casos a preferência foi dar continuidade ao atendimento público pelo SUS, mas acontece que em muitos casos as mulheres acabam deixando a opinião de o profissional interferir demais na decisão e não conseguem fazer mudanças da mesma forma que entrevistadas.

Podemos perceber, ao ver esses depoimentos é perceptível à disputa entre o serviço público e o privado. A lógica privatizante dos serviços públicos está presente na sociedade capitalista apropriando-se cada vez mais do público. A ideia de que a privatização apresenta-se como solução para melhoria dos serviços disseminou e nesse equívoco muitos acreditam que esta é a única forma de qualificar os serviços.

De acordo com os autores Nathália, Marcio, Clara e Raquel,

(...) a política de saúde brasileira segue em movimentos de disputa e tensão constitutivas: de um lado práticas de produção do cuidado nas quais se expressam a valorização da vida de qualquer um, e de outro, práticas que se submetem ao projeto neoliberal e culminam em lógicas privatizantes de atenção à saúde. (ROSA et.al. p.343, 2016)

Refletindo sobre o momento do nascimento nas maternidades públicas é interessante notar nas entrevistas a diferença entre os atendimentos no intervalo de alguns anos, como o SUS tem buscado pela humanização nos serviços. Duas das entrevistadas já tinham passado antes pela experiência do parto, estavam relatando a experiência do segundo filho. Nessas entrevistas percebemos as mudanças quando elas falam que:

Como foram duas gestações, na primeira eu não tive atendimento nenhum, socorro nenhum. Agora da segunda eu já tive todo um atendimento, muito bom até no pós-parto. Em questão de atendimento dos médicos muito bons. Melhorou muito em vista do que era, como tive duas experiências com a diferença de seis anos de uma pra outra deu pra mim perceber a mudança. (MARIA, 2017)

E quanto isso faz diferença para o momento do nascimento:

Nessa minha última, a segunda experiência de parto, foi muito bacana por que a gente conseguiu que o processo de trabalho de parto evoluísse todo sem nenhuma intervenção. Por que eu busquei isso nesse segundo parto, eu tive meu primeiro parto adolescente aos 18 anos de idade com diversas situações de violência obstétrica e quando eu engravidei da minha filha que foi essa última experiência eu quis que tudo fosse diferente, eu busquei viver essa experiência de parto de uma forma mais tranquila, de uma forma leve e pra mim era importante a forma com que eu receberia minha filha ao mundo, a forma como ela chegaria no mundo era importante pra mim. (LÍVIA, 2017)

No capítulo anterior, fizemos referência à Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento que relacionamos neste relato mostrando que há como

humanizar os atendimentos. Anos atrás Livia passou por um atendimento considerado “ruim” dentro do SUS, hoje relatando outra experiência ela fala das diferenças. Percebemos que com os avanços das estratégias do SUS a qualidade dos atendimentos tem se humanizado.

Com o passar dos anos e a mobilização na organização da sociedade civil, os vários movimentos feministas lutando em prol da garantia de direitos, o Sistema Único de Saúde - SUS têm se dedicado para permitir que os atendimentos aconteçam de forma mais digna e respeitosa. A humanização nos atendimentos é fundamental para o bom desempenho do SUS, durante a pesquisa percebemos que ela depende muito do agir dos profissionais da saúde. O uso das tecnologias leve, leve-duras e as duras das quais falamos nos capítulos anteriores fazem sentindo aqui pensando na promoção do cuidado para a humanização.

Nos depoimentos das mães entrevistadas um dos procedimentos mais citados foi a episiotomia, o corte realizado na mulher no momento da expulsão do bebê, supostamente para facilitar a passagem, ainda é muito utilizado e naturalizado na nossa cultura. Além de causar mais a dor ele ainda pode deixar sequelas no corpo feminino, interferindo até mesmo na vida sexual.

Nessa experiência a entrevistada vai trazer um relato sobre a situação em que foi colocada dentro do bloco cirúrgico na hora do parto. Momento em que estava em total vulnerabilidade a decidir o “melhor procedimento” para ela e para o bebê no atendimento.

A única coisa que aconteceu assim foi só aquele pique, episiotomia, eu não sei como fala, que foi feito e que eles consideram isso uma violência. Fui informada, ele colocou os prós e os contras o médico. Na hora que você está na dor você vai aceitar, ele falou que correria o risco de não conseguir porque já estava cansada, apesar da criança ajudar ele também ficaria cansado, o bebê ficaria cansado. E aí ao invés do pique precisaria fazer o parto por fórceps, ele falou que pode ser que aconteça, mas pode ser que não aconteça também. Então, entre o fórceps e o pique, eu preferir o pique. E na hora que ta sentindo tanta dor que você vai aceitar, se ele falar que vai diminuir sua dor você vai aceitar, mas assim, informada eu fui eu sabia, mas enfim perguntei se era necessário e ele me deu essas informações e eu aceitei. (TEREZA, 2017)

Outra entrevistada também relatou sobre o procedimento,

Eles me levaram rápido para o bloco, ele me perguntou se eu queria a anestesia peridural aí eu aceitei na época aí foi rápido. Eu lembro que ele perguntou pra mim sobre a episiotomia antes, perguntava antes de fazer. (MARIA, 2017)

Como dito por elas o procedimento é avisado na hora do parto e a mulher fica opção de escolha, pois se não é ele é algo pior. O cuidado no nascimento está nessas ações também, informar sobre um procedimento que pode trazer consequências que podem durar uma vida.

Nas entrevistas percebemos ainda, discursos diferentes ao falar sobre outros aspectos do cuidado, como na preocupação com o apoio familiar.

Maria diz que “[...] eles me largaram lá, eu fiquei de observação a noite toda com meu companheiro, eles me puseram no último quarto.” (MARIA, 2017), já Lívia disse que “Eu acredito que o atendimento foi positivo desde minha chegada até a alta hospitalar e eu percebi preocupação sim, inclusive com a alta hospitalar” (LÍVIA, 2017). Isso nos faz pensar que mesmo o SUS sendo igual para todos os lugares e devem respeitar as diferenças, pois cada pessoa possui uma necessidade diferente e conseqüentemente irá precisar de uma escuta e atendimento singular. Ou seja, todas têm direito ao cuidado digno, respeitoso e de qualidade.

Porém, como podemos notar na fala de Maria, há muito para avançar:

No último que dia que fui eles me internaram, eu já estava com 41 semanas e meia, então não podia mais voltar. Mas eles me largaram lá, eu fiquei de observação à noite toda com meu companheiro, eles me puseram no último quarto, aí no outro dia de manhã quando trocou o turno que o médico veio me examinar aí na hora que ele examinou ele falou “ela já podia ter ganhado pela madrugada ne, mas vamos fazer o parto dela”. (MARIA, 2017)

Neste relato a seguir conseguimos perceber que o cuidado se mostra neste atendimento na continuidade e preocupação dos profissionais com Lívia, mesmo após o término do atendimento.

Eu acredito sim que o atendimento foi positivo desde a minha chegada até a alta hospitalar e eu percebi preocupação sim, inclusive com o pós-alta onde me foi ofertado fazer o retorno da consulta de pós-parto na própria instituição com a mesma profissional que estava me acompanhando pra poder ver como que estava a evolução, como estavam os pontos. (LÍVIA, 2017)

O atendimento depende da ação do profissional e da forma de gestão do espaço de saúde. Outro fator que chamou a atenção foi a diferença a respeito dos esclarecimentos sobre os procedimentos:

Durante o parto eu recebi informações sobre todo processo, tanto que eu costumo brincar que quem faz o parto todo pra mim é a técnica de enfermagem, porque a gente só entra pra sala de parto mesmo na hora que, vamos dizer que, você está cuspiendo o menino. (TEREZA, 2017)

Percebemos que o acompanhamento do profissional de saúde no trabalho de parto é fundamental para o apoio e cuidado com a usuária. Essa atenção promove acolhimento e torna leve qualquer tipo de “problema”.

Lívia destaca a importância do apoio e relata a horizontalidade na atuação da equipe multiprofissional:

Eu fui acompanhada por uma enfermeira obstétrica e por uma técnica de enfermagem. Ela fez toque, mas poucas vezes, pela minha experiência anterior eu achava que seriam mais toques realizados, não foram feitos, foram pouquíssimos. A enfermeira muito tranquila e muito experiente também ficou o meu lado, ficou conversando, ficou falando da vida e no momento que já estava mais avançado eu falei, sinalizei que era a hora já estava bem desgastada também. E aí minha filha nasceu, não foi rompida a bolsa, não foi feita episiotomia, não foi feito nada, simplesmente me acompanharam estiveram comigo e minha filha nasceu. (LÍVIA, 2017)

Nesse depoimento reconhecemos que os profissionais de saúde têm papel fundamental nos atendimentos às mulheres parturientes, elas estão presentes na maior parte do tempo durante as internações.

Eu me senti respeitada, eu senti que o atendimento não era médica centrada. Quando eu pensei em ir pra lá e me falaram da enfermagem obstétrica eu fiquei um pouco insegura justamente por que culturalmente a nossa atenção está muito focada no médico como se fosse à pessoa capaz e eu fiquei muito impressionada com o atendimento da enfermeira obstétrica, das enfermeiras obstétricas do pré-natal. Achei muito eficiente, me senti segura, me senti cuidada, me senti acolhida, me senti respeitada, senti que o mais importante daquele momento ali não era profissional nenhum, de fato quem estava no lugar de protagonista naquele momento era eu e minha filha. (LÍVIA, 2017)

Percebemos nesse depoimento como podemos olhar para a evolução do modelo de humanização do cuidado no SUS. Saber que essa usuária foi respeitada e teve um atendimento qualificado nos permite apontar para a necessária

desconstrução do parto como “doença” e sim um momento natural da vida da mulher de autonomia e confiança por isso a importância de uma equipe multidisciplinar para o cuidado preciso neste momento.

Em relação à rede de cuidados do SUS é interessante que o serviço tenha uma continuidade para que o atendimento mantenha a qualidade e que o acompanhamento daquela usuária produza o cuidado nos outros serviços de atenção básica.

Durante as entrevistas pode-se perceber que essa rede também vai alternar de um lugar para outro, algumas das entrevistadas disseram que notaram seu funcionamento, já outras não sentiram esse acompanhamento da rede.

Como podemos notar nesta fala o acompanhamento da rede no pós-parto da primeira gestação dessa usuária não atendeu as expectativas, porém na segunda gestação houve produção da rede de cuidado:

No pós-alta ele já não se preocuparam. Na segunda gestação eu já tive esse acompanhamento, mas deste parto que estou falando eu não tive. Agora do primeiro infelizmente não tive, ganhei e acabou nem me indicaram ir ao banco de leite. (MARIA, 2017)

Vejamos parte desta entrevista onde a Lívia vai falar sobre os acompanhamentos que teve no pós-parto:

No pós-alta foi agendado pra mim uma consulta de pós-parto na própria unidade mesmo que era onde eu estava fazendo pré-natal também, pra poder ver como eu estava, pra fazer o planejamento familiar também, pra ver a questão dos pontos, essas coisas... Fizeram o planejamento familiar comigo e disponibilizaram inclusive algum método, se eu desejava um DIU ou algo do tipo. Então, eu percebi uma preocupação comigo, eu senti, dessa experiência que estou falando. (LÍVIA, 2017)

O contato com as redes é fundamental para o melhor desempenho do SUS, essa continuidade do serviço traz para o usuário segurança e acolhimento no que se trata da questão de cuidado em saúde. Vemos ao longo dos anos a preocupação do SUS no pós-alta, pois, esse atendimento vai além do que ela precisa no momento, eles já visam o futuro e lhe oferece o cuidado para prevenção.

No que diz respeito aos procedimentos usados dentro dos hospitais no momento do nascimento, sabemos que existem práticas que são protocolos de uso comum justificadas pela necessidade de um padrão. A maioria das mulheres não tem conhecimento que elas não são necessárias e acabam permitindo fazer o que for preciso com elas no momento do parto. Como já falamos ao longo dos capítulos a violência dentro dos serviços de saúde acontece tanto nos espaços públicos quanto nos privados e na maioria das vezes estão ligadas a esses procedimentos.

Perguntado às entrevistadas o que elas pensam sobre o cuidado no SUS, as respostas apesar de tudo foram satisfatórias.

Olha, eu acho que falar de cuidado no SUS é muito relativo, se é bom ou se é ruim, por que depende muito de qual serviço de saúde que estou inserida, de quem atende, pode ter um profissional que nega algum direito meu e pode ter outro que respeita. Agora, o cuidado que eu tive nessa assistência que estou falando, nesse caso que estou citando eu vejo como muito positivo, inclusive é um cuidado que eu indico pra amigas. É que se minha filha fosse ter um parto era esse tipo de serviço que eu queria que a atendesse. (LÍVIA, 2017)

Analisando essa resposta podemos perceber que há uma preocupação com o cuidado e que essa diferença nos leva a entender que é preciso de mudanças e estratégias para que esse modelo de cuidado chegue para todas as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando uma rede de atendimento mais humanitário e respeitoso.

Atentemos no que essa usuária vai colocar,

Eu sou muito suspeita para falar, porque eu acho que o SUS ele realmente funciona só que vai depender de quem tá ali pra poder dar as informações, pra poder dar os encaminhamentos, pra poder fazer acontecer. Eu acho que o SUS depende muito do gestor, acho que aqui a gente ainda tá bem – se comparado a outras cidades, tem muito o que melhorar. (...) E eu acho que a partir do momento que se trata aquilo ali como um direito da pessoa que está acessando a coisa muda de figura. Por que aqui às vezes eu percebo um pouco como sendo um favor, agora nos outros serviços em Belo Horizonte e Itabirito eu percebo que eles tratam aquilo e tratam a pessoa que chega ali como a pessoa que tem direito. Eles têm essa percepção e esse cuidado, porque aqui eu não consigo perceber. Não sei se é porque fica essa relação de força entre público e privado quando se trata de hospital e enfim pela característica mesmo do lugar ser meio coronelista meio de favor assim quando você vai acessar o serviço público mesmo, o SUS. Os famosos quem indica vai resolver a situação. (TEREZA, 2017)

É fato que o funcionamento do SUS irá depender muito do seu gestor como já falamos, a primeira impressão que o usuário tem do serviço que lhe está sendo ofertado é o profissional que está atendendo. Caso esse profissional não entenda

aquela prestação de serviço como direito da pessoa o acesso a política fica mais difícil, pois é como se estivesse lhe prestando um favor.

É diferente quando os profissionais que trabalham na saúde ou em qualquer outro espaço público enxergam o serviço como direito, a percepção do cuidado se faz presente e a garantia do direito se torna assegurada.

3.2 - Do ponto de vista dos profissionais

Durante a semana que estive no hospital Monsenhor Horta para realizar as entrevistas percebemos que há uma dinâmica intensa e que as demandas são muito diversas. Foram cinco dias de pesquisa, porém tiveram dias que não consegui entrevistar os profissionais que trabalham na obstetrícia devido a essa demanda, o serviço teve grande número de requisições.

Os atendimentos da obstetrícia giram em torno do atendimento/acompanhamento de mulheres em pré-parto e também daquelas que ainda não estão em trabalho de parto ativo, mas se encontram internadas por algum motivo. Fazem o atendimento de consultas obstétricas e preparação da paciente caso o parto for por uma cesariana.

Fui informada que na parte da obstetrícia os profissionais são divididos em dois plantões entre quatro técnicas de enfermagem, a cada plantão ficam duas enfermeiras. Já os médicos (as) são um por dia, fazem um plantão de 24 horas de segunda a sexta e nos finais de semana somente um fica no atendimento durante 48 horas.

Perguntado a uma das enfermeiras quais os procedimentos realizados com as pacientes assim que elas dão entrada no hospital, ela respondeu,

Geralmente não existe um protocolo a seguir, cada médico tem sua forma de conduzir o parto (apesar de a enfermagem ser “digo” está presente na maior parte do tempo). Uns deixam de jejum, outros não. Alguns não gostam de usar a bola, outros já preferem, e outros não gostam também dos banhos, somente deambular. (LILIAN, 2017)

A forma como será realizado os procedimentos vai depender muito de cada profissional, isso ocorre em todos os hospitais porque um não é igual ao outro, as formações são diferentes e em decorrência disso os pensamentos também. Traçar procedimentos uniformes entre os atendimentos é uma questão complexa, pois envolve fatores que vão além de protocolos postos porque cada profissional vai

atender de acordo com seu compromisso e cada usuária precisa de um cuidado específico.

Outra técnica de enfermagem entrevistada vai se colocar da seguinte forma,

Os procedimentos são os seguintes: elas chegam até o consultório obstétrico e são atendidas pelo obstetra e o médico examina se ele vê que está em trabalho de parto, ele admite, se não ele libera ou pede alguns exames (urina, laboratorial, ultrasson). (ROSE, 2017)

Os procedimentos respeitam uma padronização, ou seja, um protocolo. Porém uma usuária é sempre diferente da outra, necessitando de um olhar mais cuidadoso. O que nos leva acreditar que essa particularidade não é percebida no depoimento acima quando afirma que “o obstetra” “admite” ou “libera”, sem enxergar o que há por traz daquela usuária, ou seja, agir de acordo com o que ela precisa naquele momento.

Como falamos nos capítulos anteriores, a questão da equidade no SUS é fundamental para que o atendimento seja de acordo com a necessidade de cada usuária, levando sempre em consideração o cuidado específico que cada um precisa. .

Embasado no conceito de cuidado, e nos autores citados Emerson Elias Merhy e Laura Feuerwerker, percebemos que há uma preocupação com o cuidado, porém a cultura da sociedade burguesa naturaliza essas ações médicas resultando num atendimento onde o que é levado em consideração é realização do serviço e não a forma como ele será feito, não prezando pelo cuidado e pela humanização do atendimento.

Interrogada na entrevista, uma das enfermeiras falou um pouco dessa diferença de atendimento de um obstetra para outro dentro da instituição,

Por exemplo, o obstetra que está atendendo hoje opta por fazer o parto aqui mesmo na sala de pré-parto. As camas do pré-parto viram mesas de parto, o médico de hoje deixa a paciente do jeito que ela está. Ele não coloca perneira, não tem nada, então é assim eles optam por fazer aqui ou lá dentro no bloco. Se for um parto com uma paciente mais difícil a gente leva pra lá, se tem mais de uma paciente no pré-parto e uma está mais agitada que a outra é retirada a que está mais agitada e ela é levada para o bloco para manter o ambiente mais calmo, isso também vai depender do fluxo. (ROSE, 2017)

Podemos perceber que existem tratamentos diferentes dentro do hospital, no meu ponto de vista o interessante seria ter uma equidade em si tratando de atendimentos. Creio que é necessário existir entre os profissionais que atuam na

instituição uma paridade de pensamentos, uma equipe que busca trabalhar juntas para buscar atender a usuária de acordo com suas necessidades.

Outro fato importante falado nas entrevistas que não podemos deixar de falar é a questão da preocupação dos profissionais com a questão do respeito ao usuário e a humanização nos atendimentos. Essa entrevistada vai dizer que,

Você tem que respeitar o limite de cada paciente. Tem paciente, por exemplo, que é uma pessoa tranquila, ela sabe controlar a dor, e a outra já não sabe, nos temos isso também. A fulano de tal vomitou, fulano de tal é ela e ela é ela. Tem que trabalhar com a paciente sabendo que cada uma é uma pessoa. Às vezes tem paciente que colabora mais, têm outras que não colaboram. As que não colaboram você deixa ela no canto dela, mas hora certa é claro que a gente acompanha o batimento fetal, a gente acompanha direitinho. Só que se a gente vê que a paciente está mais resistente é melhor deixar ela no canto dela. Com isso da agressão ao parto a gente tem que ter muito cuidado ao falar e ao lidar com a paciente, hoje tem muita lei. (ROSE, 2017)

Vemos que os profissionais que atuam na área estão de acordo com a questão da humanização do nascimento, estão atentos a forma como os cuidados precisam ser ofertados para melhor funcionamento do serviço público, focando na qualidade dos atendimentos.

Ao longo dos capítulos dialogamos sobre os direitos conquistados pelas usuárias. Vimos que em relação a algumas leis que asseguram o direito das mulheres nos atendimentos o hospital em que realizamos a pesquisa está de acordo, porém com suas regras. Em relação à lei dos acompanhantes as profissionais vão dizer que,

Na hora do trabalho do parto pode ficar com um acompanhante, não tem horário de visita aqui dentro. A paciente fica muito exposta aqui, às vezes ela também não estar com vontade de receber visita naquele momento do trabalho de parto, é cansativo e ela não está em condições. Depois que o neném nasce e vai pro quarto é que tem horário de visita, mas aqui no pré-parto não tem. (BIA, 2017)

Notamos que existem restrições, mas que nunca a paciente vai estar sozinha. Isso é muito importante e faz parte do cuidado que ela precisa neste momento único e delicado. Outra profissional vai se colocar dizendo que,

Hoje deve ter mais o menos uns 10 anos que tem o trabalho de parto de alojamento (mas não sei se é assim que fala), elas hoje tem direito a um acompanhante da escolha dela, então pode ser esposo ou namorado, mas tem que ser uma pessoa adulta. Na sala de trabalho de parto tem o horário de troca de acompanhantes. A paciente no trabalho de parto na sala de pré-parto não tem direito a visita porque a paciente em trabalho de parto está com dor, está mais exposta e é uma paciente que requer mais a privacidade

dela, então a gente não deixa não (a gente prefere que não), mas se ela quiser a gente só não fala isso também, mas se ela quiser receber uma visita não tem como a gente negar. Às vezes ela está conseguindo andar aí ela vai até ali fora. (ROSE, 2017)

Percebemos nesta fala que apesar de terem protocolos a serem seguidos os profissionais se esforçam para oferecer a melhor forma de cuidado com a paciente. Quando ela diz, “se ela quiser receber uma visita não tem como negar”, de certa forma pode considerar uma preocupação da profissional com a paciente em saber que a visita naquele momento vai ser melhor, irá proporcionar mais qualidade ao cuidado oferecido e mais tranquilidade.

Contudo uma técnica de enfermagem vai se colocar dizendo que,

A troca de acompanhantes é feita de acordo com a norma do hospital, apesar de muitas vezes não respeitarem. Sempre querem trocar a hora que eles podem. Particularmente é bem ruim para o profissional ter que ficar explicando a situação para cada parente “digo” acompanhante diferente que chega. Faz perder tempo no cuidado ao paciente, e muitos não estão preparados para acompanhar a gestante. (LILIAN, 2017)

Nesta narrativa a profissional também coloca o seu ponto de vista, de fato é importante considerar que existem dois interesses diferentes. De um lado uma paciente precisando de apoio e assistência de familiares e de outro uma profissional preocupada com o cuidado que está oferecendo. As regras são importantes para o bom funcionamento do serviço, mas é relevante analisar cada situação para ver a melhor forma de atender a um determinado paciente de acordo com a atenção que ele precisa no momento.

Nos serviços de saúde é interessante ter um equilíbrio entre os interesses da pessoa que está sendo atendida e daquela que está atendendo. É importante entender que além do atendimento estamos tratando com pessoas, e quanto mais humanizada for a relação melhor o cuidado.

Tratando de cuidado é significativo observar os relatos e perceber a satisfação dos profissionais em trabalhar no cuidado dos nascimentos, “no geral me sinto feliz em poder ajudar e contribuir com o nascimento, as mães ficam muito sensibilizadas com o trabalho de parto, merecem nosso respeito, carinho e todo cuidado, e é o que gosto de fazer e faço com amor” (LILIAN, 2017), “simplesmente amo trabalhar aqui, são 19 anos de pré-parto graças a Deus, muito satisfeita. Sempre faço o possível pra fazer meu melhor, claro que 100 por cento eu não consigo porque ninguém faz cem por cento”. (ROSE, 2017), “nossa, eu estou

amando o pré-parto, muito bom ficar aqui. Quando você vê que deu tudo certo no final é muito gratificante” (BIA, 2017), “a é uma coisa que eu gosto muito, não a nada a se queixar” (LUNA, 2017).

Saber que as profissionais estão satisfeitas onde estão trabalhando é significativo, pois, trabalhar em um lugar onde se identifica com o serviço faz diferença na forma como vai se tratar uma paciente e no agir profissional.

3.3 - Uma reflexão de assistentes sociais que atuam na saúde

Ao longo do desenvolvimento do trabalho buscamos identificar como se encontra o trabalho da assistente social dentro dos serviços de saúde, no que se refere ao atendimento de mulheres parturientes.

Perguntado a elas quanto à garantia dos direitos das usuárias nos atendimentos elas responderam que,

Olha, a maternidade que estou inserida é uma maternidade diferenciada. Ela atua na perspectiva da humanização, de acordo com a Política Nacional de Humanização então eu reconheço como um espaço diferenciado. Eu não acredito que os direitos sociais de todas as usuárias são garantidos por que eu já ouvi relatos de algum tipo de violação tipo: “eu não queria que fizesse assim” ou “eu não queria que fizesse o toque, mas fez mesmo assim”, eu não acho que isso é geral, eu acho que no lugar onde estou isso é exceção, mas infelizmente eu acredito que esse tipo de situação ainda aconteça. (BETE, 2017)

Eu acredito que os direitos sociais delas são garantidos durante os procedimentos, garantidos eu não sei, mas pelo menos elas são informadas (...). Aqui a gente costuma informar. Do jeito do hospital mesmo que os tropeços dele, eles tentam manter uma política de humanização, eles tentam. Eu acredito que tem muito que melhorar ainda, mas assim, de quando eu comecei até agora eu já percebo que deu uma evoluída. Hoje você já consegue dialogar com o pessoal sobre a política de humanização, quando eu entrei lá você não podia tocar nesse assunto. (JÚLIA, 2017)

Notamos que a garantia dos direitos das mulheres dentro dos hospitais ainda é uma luta. Apesar do empenho do SUS produzindo políticas para a humanização nos atendimentos ainda estão fragilizados nos espaços de saúde que precisam ser disputados no dia a dia. Como já dito anteriormente o Sistema Único de Saúde está em constante construção, ainda há muito por conquistar.

Diante do exposto vemos também o quanto à presença de um (a) assistente social é importante para contribuir com o debate sobre os direitos dentro dos

espaços de saúde. Trazer questões sobre as formas de humanização dos atendimentos é fundamental para um bom desempenho do serviço.

Conversando com as assistentes sociais, perguntamos se elas acreditam que as pacientes ao dar entrada em um hospital têm ciência dos direitos que possui, se a informação chega até elas. As respostas foram as seguintes:

(...) eu tenho duvidas se sabem, eu acho que alguns usuários sabem dos direitos. Principalmente o direito a um acompanhante, o direito a permanência de alguém no caso da adolescente que fica internada por mais tempo. Esses direitos eu acredito que as pessoas sabem agora o direito ao prontuário e o direito a negar algum procedimento isso eu não sei, eu acho que os usuários de uma forma geral não sabem. (BETE, 2017)

Não, muitas vezes quando eu consigo cercar isso que não é sempre porque não são todos os casos que vão chegar pra mim. Por exemplo, no parto, muitas vezes a mãe chega lá ai é uma situação de uma mãe menor ou com 18 anos recém completados, o pai 19 anos e não trabalha vão viver com a família. Então eles não têm conhecimento assim, que eles podem ser referenciados junto ao CRAS, que existe uma política pública aqui dentro de inserção de mães que comandam o lar que é o programa renda mínima, nesse programa as pessoas podem trabalhar lá ou, por exemplo, se ela não conseguir amamentar aqui existe a questão do leite – a questão da fórmula. Então, muitas vezes elas chegam lá cruas disso. (JÚLIA, 2017)

De certa forma a falta de informação ainda existe entre as usuárias e as famílias, assim como as assistentes sociais vão dizer na maioria das vezes elas não sabem dos direitos, ou se sabe de algum não tem conhecimento de outros. O conhecimento e a postura ativa da mulher são ferramentas de base para a luta pela garantia de seus direitos.

O trabalho de um (a) assistente social é essencial para levar a informação até o usuário (a), a Bete vai se posicionar dizendo que,

Na unidade que estou inserida existem momentos em que é falado com os usuários do serviço saúde sobre os direitos que eles têm relacionado à internação. E eu na minha rotina de trabalho durante o atendimento eu sempre reforço, se alguém questiona alguma conduta ou tem alguma duvida em relação algum procedimento eu sempre trago a questão de que o prontuário é do paciente, que ele tem direito aquele prontuário e que não precisa ser no momento logo após o parto, mas que daqui 5 a 10 anos o hospital ainda tem que ter a guarda deste prontuário. Eu oriento também em relação à ouvidoria, tanto a ouvidoria do serviço quanto a ouvidoria municipal. Justamente para que aconteça a garantia dos direitos dessas pessoas. (BETE, 2017)

Esse trabalho da assistente social é fundamental para garantia dos direitos das usuárias e de sua família nos espaços institucionais. A importância de um (a)

assistente social dentro do hospital numa equipe multidisciplinar está nessas ações que garantem o acesso a informação e a preocupação com o cuidado, consequentemente reforçam o discurso dos direitos dos (as) usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda de acordo com a opinião de Bete o serviço do assistente social tem muito a contribuir para o serviço,

Eu acredito que assistente social enquanto equipe multidisciplinar, ela tem muito a ofertar na melhoria da qualidade do serviço e também para que haja uma atenção integral ao usuário. É muito comum hoje em dia que a gente vive um momento de muitas especializações é muito comum cada especialidade olhar só o seu foco. Então eu acho importante ter uma equipe multi pra discutir junto o cuidado, e eu acredito muito que o Serviço Social tem um olhar diferenciado para essa família. Eu acredito que a gente pode contribuir na garantia dos direitos tanto internos quanto externos dentro da instituição por que muitas vezes nos enquanto profissionais do Serviço Social nos precisamos tencionar dentro das unidades que estamos inseridos para que o direito do usuário seja garantido. (BETE, 2017)

De fato como já foi falando, a maioria das usuárias chega ao atendimento sem ter conhecimento do que é de direito delas. Por mais que não apareça à informação ainda é muito restrita e não chegam àquelas pessoas que realmente precisam.

Pensando sobre a continuidade do cuidado no SUS foi conversado com a assistente social se ela acredita que a rede de atenção funciona dentro do sistema, a Bete respondeu da seguinte forma:

Existe a atenção básica que é o lugar de referência, quando a mulher vem ela faz o pré-natal na atenção básica vai para unidade de saúde que é um serviço secundário e depois ela retorna para atenção básica. Então eu reconheço que a atenção básica como essa rede que garante a continuidade do cuidado para essas usuárias. É muito comum as mulheres já virem com uma continuidade com uma consulta de pós-parto agendada onde o profissional fala “se você ganhar faz a consulta de pós-parto se ainda não tiver nascido é consulta de pré-natal”. Então na rotina eu tenho visto que isso funciona e ser rede é exatamente isso, meu braço vai ate certo alcance e os braços da atenção básica assim por diante na medida em que todos os equipamentos da rede se articulem, cada um consegue alcançar essa família ate certo ponto. (BETE, 2017)

De fato ocorre essa continuidade nos serviços de cuidado, como ela vai dizer. Não podemos generalizar e pensar que em todos os lugares isso vai acontecer desta forma, os serviços alteram de espaço para espaço. Porém, esse modelo de assistência onde preza a continuidade do cuidado é importante para o bom desenvolvimento do serviço. O atendimento não começa e nem termina ali no

hospital, é necessário toda uma rede envolvida tanto da saúde como da assistência social para que o cuidado seja de fato efetivado.

Diante da análise dessas entrevistas vemos também a importância de uma rede potente na saúde e na assistência, Júlia vai se posicionar dizendo que:

Eu acho que se existisse um diálogo maior entre as unidades básicas de saúde e os CRAS, CREAS ou Conselho Tutelar, se existisse uma reunião entre as redes pra elas dialogarem ficaria bem mais fácil bem mais tranquilo, isso para tudo. Acho que isso acaba refletindo, muitas vezes as pessoas acessam os serviços lá do hospital sem ter conhecimento prévio, mas enfim eu acredito que quando se faz um pré-natal e tendo ali na equipe uma assistente social, um psicólogo isso já ficaria mais fácil. (JÚLIA, 2017)

Na medida em que os serviços são interligados, acontece a produção da rede de atenção ao cuidado bem como seus tensionamentos. De acordo com a fala da Bete:

(...) muitas vezes a gente tem que tensionar a internamente para conseguir garantir esse direito dos usuários, dos serviços de saúde. Eu acredito também que o Serviço Social pode contribuir com ações de promoção da saúde, em ações de articulação com a rede socioassistencial. Eu acredito também que a gente pode estimular o controle social dentro das unidades que estamos inseridos e eu acho que aí no controle social é muito importante a participação da assistente social inclusive pra fazer as articulações e discutir os direitos dos pacientes dessas questões dentro da unidade. Eu sinto falta por que eu acho que isso não é tão feito como devia dentro da unidade em que estou inserida, mas é feito sim acontece lá. (BETE, 2017)

Sem dúvidas o trabalho de um assistente social dentro da instituição de saúde fortalece o debate em torno da garantia de direitos e introduz dentro do espaço de trabalho ações de promoção a saúde, fazendo a articulação com toda rede socioassistencial, como vai expor a Bete.

Mesmo com tantas tensões, acreditamos que seu enfrentamento acontece no dia a dia do seu trabalho e é primordial para garantir um bom acesso a essa política efetivando o cuidado aos usuários do sistema.

A atuação do assistente social dentro de uma equipe multidisciplinar vem para somar junto com outros profissionais, como a Bete vai dizer o assistente social tem um olhar diferenciado,

Eu acredito que assistente social enquanto equipe multidisciplinar que ela tem muito a ofertar na melhoria da qualidade do serviço e também para que haja uma atenção integral ao usuário. É muito comum hoje em dia que a gente vive um momento de muitas especializações é muito comum cada especialidade olhar só o seu foco. Então eu acho importante ter uma equipe multi pra discutir junto o cuidado, e eu acredito muito que o Serviço Social tem um olhar diferenciado para essa família. (BETE, 2017)

O assistente social tem muito a contribuir dentro de uma equipe multidisciplinar nos espaços de saúde, acreditamos que o conjunto de profissionais de diversas áreas de formação se complementa e unem forças para o desenvolvimento satisfatório do serviço.

Com um “olhar diferenciado” como relata Bete, o assistente social trabalha no sentido de enxergar as particularidades e intervir na realidade social de acordo com suas demandas, buscando o acesso da usuária à rede socioassistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse estudo destacamos alguns pontos que chamam atenção ao longo do processo de construção da pesquisa. Refletindo sobre a relação de gênero na saúde pode-se dizer que há muitas implicações quanto ao atendimento que a mulher recebe dentro do Sistema Único de Saúde – SUS. Portanto, essas se entrelaçam na sociedade capitalista. As marcas deixadas pelos tratamentos desiguais de gênero se fazem presente e no nosso cotidiano e acabam interferindo em diversas relações sociais.

Compreendemos que os avanços na implementação do SUS, nos últimos anos, têm alcançado resultados significativos no que se refere ao cuidado da mulher dentro dos espaços públicos. Mas, como falado ao longo do trabalho, esse Sistema tem muito que desenvolver para chegar a um padrão elevado de qualidade, podemos dizer que ele se encontra em constante construção desde sua criação nos anos 90.

As políticas públicas criadas pelo Ministério da Saúde para a humanização e qualificação dos atendimentos às mulheres, citadas no trabalho, foi importante para organização e melhoria dos serviços prestados. Na pesquisa de campo pudemos perceber com as entrevistas que os serviços têm se modificado para atender de forma humanizada e produzindo o cuidado, especialmente para as parturientes.

Entretanto, não podemos deixar de destacar que mesmo com todo empenho dos trabalhadores dentro da Política de Humanização no SUS, ainda hoje ocorrem diversos casos de violência obstétrica/violência institucional. A pesquisa apresentada no trabalho mostra que a maior parte das mulheres que passam pelo atendimento de pré-natal até o puerpério na rede pública de saúde sofre algum tipo de violação de direitos.

Destacamos ainda no estudo que uma das violências contra a mulher que vem ocorrendo no Brasil é a retirada compulsória dos bebês das mães socialmente vulneráveis. Essa medida tem causado muita dor e sofrimento às mulheres que são consideradas “incapazes” de ser mãe. Têm acontecido algumas discussões sobre esse assunto, e esses debates se fazem necessários, pois é preciso fazer o enfrentamento a essa medida do Estado que viola os direitos tanto da mãe quanto da criança.

Nesse contexto de desmonte das estruturas públicas que estamos passando nos últimos anos no Brasil, a situação que encontramos é crítica. Vemos que o governo a cada dia retira direitos de uma população que lutou durante anos para conquistar o que tem hoje, infelizmente o cenário que presenciamos não é favorável. Nessa perspectiva o que nos resta é lutar e resistir por aqueles direitos que temos. O enfrentamento da violência contra as mulheres dentro das maternidades públicas é primordial para garantia de um atendimento digno, respeitoso e humanizado para o nascimento no SUS.

A pesquisa realizada neste trabalho foi muito importante para que pudéssemos ter uma visão da oferta da assistência no SUS para as mulheres e o nascimento de suas crianças. Acreditamos que os resultados encontrados apontam para maior reflexão sobre a realidade social que nos encontramos hoje no Brasil e principalmente como a assistência e o cuidado são ofertados no SUS.

A atenção com a assistência à mulher parturiente tem me modificado, mas ainda encontramos nos relatos das entrevistas palavras que nos levam a refletir sobre a violência que ainda ocorre nos espaços de saúde. Colocamos aqui uma preocupação que chega ao final desses estudos, como o necessário debate sobre o “corpo” da mulher. Portanto apontamos para algumas práticas usadas de formas desnecessárias ainda presentes, como por exemplo, a episiotomia.

Considerando que essa pesquisa pode despertar interesse pelo seu aprofundamento, registramos aqui nosso agradecimento primeiramente as mães e trabalhadoras entrevistadas, a equipe do Hospital Monsenhor Horta de Mariana – MG que muito contribuíram para este processo de produção do estudo ora realizado que não se encerra neste texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A DOR ALÉM DO PARTO. BrancoPreto Produções, 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=clrlgx3TPWs>>. Acesso em: 30 mai. 2017.
- ANDRADE, Briena; AGGIO, Cristiane. **Violência Obstétrica: a dor que cala**. Universidade Federal de Londrina, Paraná, 2014.
- ARAÚJO, M. J. O. **Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo**. In: SEMINÁRIO WOMEN'S AND HEALTH MAINS-TREAMING THE GENDER PERSPECTIVE INTO THE HEALTH SECTOR, 1998, Tunis, Tunísia. Anais... [São Paulo], 1998.
- BRASIL. CÓDIGO CIVIL Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002. Institui o Código Civil. Brasília, 2002.
- BRASIL. Constituição de (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.
- BRASIL. LEI 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Brasília, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html >. Acesso em 02.02.2018
- CIENTISTA QUE VIROU MÃE. SENA, Ligia Moreiras, 2009. Disponível em: <<http://cientistaqueviroumae.com.br/>>. Acesso em: 02/07/17
- CISNE. Mirla. **Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social**. Outras Expressões. São Paulo, 2012.
- COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO E TECNOLOGIA DO SUS. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2016.
- SCOREL, Sarah. Equidade em Saúde. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html> > Acesso em: 30.01.2018
- FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz [et.al]. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Hexis, Rio de Janeiro, 2016.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou**. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

HANAMI. **História do Parto**. Disponível em: <<http://www.equipehanami.com.br/a-historia-do-parto/>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

HUMANIZA SUS. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003.

MELO, Elza Machado; MELO, Victor Hugo. **Pra Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós**. Folium. Belo Horizonte, 2016.

MERHY, Emerson Elias [et. al]. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Hexis, Rio de Janeiro, 2016

MERHY, Emerson Elias. **O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde?**. São Paulo, Campinas.1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PARTO, ABORTO, PUERPÉRIO – Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROGRAMA HUMANIZAÇÃO DO PARTO – Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

PAIM, Jairnilson ET AL. **O sistema de saúde brasileiro: histórias, avanços e desafios**. Bahia, 2011.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Rio de Janeiro, 2014. .

PORTELLA, Mariana de Oliveira. **Avanços e incoerências nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento**. S/D.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero Patriarcado Violência**. 2. ed. Expressão Popular. São Paulo, 2015.

SENA, Lígia Moreiras, TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. Santa Catarina, Florianópolis. 2017.

SENA, Lígia Moreiras. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”, A Medicalização do Parto como Palco e Porta para a Violência Obstétrica**. 277 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2016.

Violência Obstétrica – **A voz das brasileiras**. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>>. Acesso em: 25 mai. 2017

ANEXO I



Instituto de Ciências Sociais Aplicadas – ICSA

Pesquisa: O Cuidado e o Nascimento no SUS

Pesquisadora: Bárbara Silva Fonseca

Orientadora: Regina Célia da Cruz



Coordenadora do Curso de Serviço Social: Ísis Silva Roza

Universidade Federal
de Ouro Preto

Data da Pesquisa: 20/11/17 á 24/11/17

Questionário Aplicado no Hospital Monsenhor Horta – Mariana/MG

- 1) Há quanto tempo você está trabalhando neste hospital, já vem de outros hospitais.

- 2) Qual o seu sentimento em relação a esse ato de contribuição para os nascimentos

- 3) Como se dá o atendimento das mulheres parturientes desde a chegada até a alta hospitalar?
 - a. Você pode falar sobre os protocolos respeitados durante o procedimento de parto?

- 4) Quais são os procedimentos e encaminhamentos após a alta?

- 5) Como acontece a troca de acompanhantes e as visitas dentro do hospital?

ANEXO II



Instituto de Ciências Sociais Aplicadas – ICSA

Pesquisa: O Cuidado e o Nascimento no SUS

Pesquisadora: Bárbara Silva Fonseca

Orientadora: Regina Célia da Cruz



Coordenadora do Curso de Serviço Social: Ísis Silva Roza

Universidade Federal
de Ouro Preto

Perguntas para as mães

- 1) Como foi o seu atendimento durante o pré-natal, e no parto desde a chegada até a alta hospitalar? Você teve informações sobre os processos e percebeu alguma preocupação com a importância deste momento.
- 2) Você lembra quais foram os procedimentos durante o parto e se houve alguma empatia?
- 3) Quais foram os procedimentos e encaminhamentos após a alta?
- 4) Como aconteceu a troca de acompanhantes e as visitas dentro do hospital?
- 5) O que você pensa sobre cuidado no SUS?

ANEXO III



Instituto de Ciências Sociais Aplicadas – ICSA

Pesquisa: O Cuidado e o Nascimento no SUS

Pesquisadora: Bárbara Silva Fonseca

Orientadora: Regina Célia da Cruz



Coordenadora do Curso de Serviço Social: Ísis Silva Roza

Universidade Federal
de Ouro Preto

Perguntas para assistente social

- 1) Como assistente social do hospital, você acha que os direitos sociais das usuárias são garantidos durante os procedimentos?
- 2) Você acredita que ao dar entrada no hospital a usuária e a família têm conhecimento dos direitos que possui?
- 3) Você acredita que existe uma rede que garanta a continuidade do cuidado para essas usuárias?
- 4) No caso das mães que correm o risco de perder a guarda dos seus filhos, como fazer a resistência?
- 5) Pelo seu olhar, como o serviço social pode contribuir para a produção do cuidado para parturientes e bebês nos serviços hospitalares de modo geral?

ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO – UFOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS - ICSA
MARIANA – MG – BRASIL



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

Pesquisador Responsável: Bárbara Silva Fonseca
Endereço: Avenida Manoel Leandro Corrêa, 35
CEP: 35420-000 – Mariana – MG
Fone: (31) 993375841
E-mail: Barbara_silva05@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “ O Cuidado e o Nascimento no SUS”. Neste estudo pretendemos entender como é realizado o cuidado com a mulher parturiente dentro dos hospitais públicos.

O motivo que nos leva a estudar esse tema é a intenção de compreendermos melhor como são realizados os fluxos e procedimentos com as mulheres parturientes a partir do momento em que dão entrada num hospital público. Entendemos que todo processo realizado no hospital é muito significativo tanto para mulher quanto para criança que está chegando. Sabemos que o Sistema Único de Saúde – SUS luta para uma humanização dos atendimentos, consideramos justa essa preocupação, pois os usuários precisam ser tratados de forma respeitosa e digna.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: entrevistas com profissionais que trabalham dentro dos hospitais e usuárias que já passaram pela experiência de parturiente dentro de hospitais públicos. As entrevistas vão ser realizadas no mês de novembro de 2017, com duração de no máximo 30 minutos. Elas vão ser realizadas pela pesquisadora Bárbara Silva Fonseca, podendo estar presente a professora Regina Célia (orientadora do projeto de pesquisa). As entrevistas vão abordar questões que tem ligação com o tema da pesquisa, não fugindo do tema proposto. Haverá se necessário registro de áudio, mas com sigilo da participação.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “O Cuidado Com o Nascimento no SUS”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Mariana, _____ de _____ de 2017.

Nome Assinatura participante _____

Nome Assinatura pesquisador _____

Nome Assinatura testemunha _____