



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS
CLÍNICOS EM SAÚDE

FRANCISCA ALICE CUNHA RODRIGUES

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA MULHERES
EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO EM MATERNIDADES DA REDE
CEGONHA DE FORTALEZA

FORTALEZA- CEARÁ
2014

FRANCISCA ALICE CUNHA RODRIGUES

**ANÁLISE DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA MULHERES
EM PROCESSO DE PARTURIÇÃO EM MATERNIDADES DA REDE
CEGONHA DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará Como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Orientador: **Prof. Dr. Paulo César Almeida.**

**FORTALEZA- CEARÁ
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Rodrigues, Francisca Alice Cunha.

Análise da violência institucional em mulheres em processo de parturição em maternidades da rede cegonha de Fortaleza [recurso eletrônico] / Francisca Alice Cunha Rodrigues. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 67 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Cuidados clínicos em enfermagem e saúde.

Orientação: Prof. Dr. Paulo César Almeida .

1. Violência contra mulher. 2. Maternidades. 3. Parto Normal. I. Título.

FRANCISCA ALICE CUNHA RODRIGUES

ANÁLISE DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL CONTRA MULHERES EM PROCESSO
DE PARTURIÇÃO EM MATERNIDADES DA REDE CEGONHA DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos e Saúde, Área de concentração: Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem

Aprovada em: 26 / 02 / 14.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Paulo César Almeida (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Ana Kelve de Castro Damasceno
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof. Dr. Kaelly Virgínia Oliveira Saraiva
Universidade Federal do Ceará – UFC

*Aos meus pais, por tudo que
me ensinaram e ensinam até hoje
com a simplicidade de um casal que
amam seus filhos acima de tudo.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Às professoras Dafne Paiva Rodrigues e Lucilane Maria Sales da Silva, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão, pela amizade e pela doçura com que conduzem a coordenação do programa de pós-graduação.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida e no desenvolvimento desta dissertação.

Ao Professor Paulo César Almeida, companheiro de Caminhada. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa. Obrigada pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

Às professoras Ana Kelve de Castro Damasceno, Kaelly Virgínia Oliveira Saraiva e Isolda Pereira da Silveira. É um prazer tê-las em banca examinadora.

As minhas companheiras de ABENFO. Com vocês, compartilho um sonho de ver uma assistência mais humanizada para todas as mulheres.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

A todas as mulheres que contribuíram para a coleta dos dados que fundamentaram essa dissertação. Essa construção é para vocês

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

RESUMO

Violência institucional é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias e judiciário. Algo que força a refletir sobre a qualidade nos serviços prestados às mulheres em processo de parturição, a despeito dos direitos assegurados na Constituição federal de 1988, que reconhece a saúde como um direito social fundamental. Nessa pesquisa objetivou-se Analisar a violência institucional contra mulheres em processo de parturição em maternidades vinculadas à rede cegonha de Fortaleza\Cascavel. A pesquisa em questão trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa a fim de quantificar os aspectos observados na assistência às mulheres em maternidades. A Análise dos 293 questionários aplicados a mulheres puérperas que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto nos hospitais da rede cegonha Fortaleza-cascavel, resultaram em 3 caracterizações: Caracterização Sócio-demográficas de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel; Caracterização gestacional de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel; Caracterização Violência Institucional sofrida por Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel. Com este estudo, concluímos que a assistência humanizada prestada à mulher no momento do parto contribui para o modo como a maternidade é vivenciada nos anos que se seguem. Assim todos os profissionais de saúde que prestam assistência à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal devem, no mínimo, ter perfil para este tipo de trabalho, gostar de atuar e motivar-se diariamente.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Maternidades, Parto normal

ABSTRACT

Institutional violence that is practiced in institutions providing public services such as hospitals, health clinics, schools, police and judiciary. Something that forces you to reflect on the quality of services provided to women in the delivery process, regardless of the rights guaranteed in the federal constitution of 1988, which recognizes health as a fundamental social right. In this research aimed to analyze the institutional violence against women in the parturition process in linked network Stork Fortaleza \ Rattlesnake hospitals. The research in question it is a descriptive study with quantitative approach to quantify the features observed in women in maternity care. Analysis of the 293 questionnaires given to postpartum women who were in rooming units in hospitals Stork network Fortaleza-rattler, resulted in three characterizations: Socio-Demographic Characteristics of Women who delivered vaginally their Children in Fortaleza Stork Maternity Network -Cascavel; Gestational characterization of women who delivered vaginally their Children in Maternity Network Stork Fortaleza-Cascavel; Characterization Institutional Violence suffered by women who delivered vaginally their Children in Maternity Fortress-Rattlesnake Stork Network. With this study, we conclude that humanized assistance to women during childbirth contributes to how motherhood is experienced in the following years. Thus all health professionals who provide care to women during their pregnancy and childbirth should at least have the profile for this type of work, like acting and motivate yourself daily.

Keywords: Violence against women, Maternity, Childbirth standard

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.2 Relevância.....	14
1.3 Justificativa.....	15
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1. Violência institucional em maternidades a as Relações de poder e de Direito.....	18
3.2. A rede cegonha como resposta às tendências mundiais.....	22
4. PERCURSSO METODOLÓGICO.....	28
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	28
4.2 Ambiente de investigação.....	28
4.3 População e amostra.....	30
4.4 Procedimentos para coleta de dados.....	31
4.5 Análise e interpretação dos resultados.....	32
4.6 Aspectos éticos e legais do estudo.....	33
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	34
5.1 Caracterização Sócio-demográficas de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel.....	34
5.2 Caracterização gestacional de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel.....	36
5.3 Caracterização Violência Institucional sofrida por Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel.....	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES.....	61
APÊNDICE A.....	62
APÊNDICE B.....	66
APÊNDICE C.....	67
ANEXO.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos Hospitais-maternidades em Relação aos Municípios e Redes Cegonha no Ceará.2012.....	29
Tabela 2 Distribuição da população\amostra por Hospitais-maternidades da Rede Cegonha de Fortaleza.2012.....	30
Tabela 3. Características Sócio-demográficas de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013.....	36
Tabela 4. Distribuição dos Números de Gestações, Partos e abortamentos de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013	37
Tabela 5. Caracterização das Necessidades Humanas Básicas Durante o Trabalho de Parto dcece Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013.....	41
Tabela 6. Caracterização das Ações de Suporte Emocional para Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013.....	43
Tabela 7. Caracterização das Ações que ocasionam Medo e Segurança para Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013.....	44
Tabela 8. Ações que Caracterizam o Não Cumprimento das Orientações das Boas Práticas para o Parto e Nascimento de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013.....	47
Tabela 9. Distribuição dos recém-nascidos que mamaram na primeira meia hora de vida em relação ao índice de apgar no primeiro minuto de nascimento de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013.....	47
Tabela 10. Episiotomia segundo idade e paridade de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013	50
Tabela 11. Caracterização da Satisfação de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Procedência das mulheres que tiveram parto normal nas maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro,/2013	34
Gráfico 2. Número de Maternidades Peregrinadas por Mulheres que tiveram parto normal nas maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro,/2013	38
Gráfico 3. Caracterização das Posições de Parto em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013	52

1. INTRODUÇÃO

A mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos.

O Ministério da Saúde define violência institucional como, aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias e judiciário. (BRASIL, 2003)

Mulheres em situação de violência são, por vezes, “revitimizadas” nos serviços quando: são julgadas; não têm sua autonomia respeitada; são discriminadas em função de questões de raça/etnia, de classe e geracionais (MURY, 2012).

O contexto que se insere tal realidade é atual e pode ter em seu berço o reduto das relações de gênero e poder. É por meio do exercício do poder que “(...) o exercício de controle e de submetimento produz e reproduz situação de violência, abuso de poder e coerção” (BISPO; SOUZA, 2007)

Segundo Foucaut (2004), os problemas ligados as questões de poder, têm sido um dos principais entraves aos projetos de desenvolvimento da humanidade, sendo este problema, parte do cotidiano do trabalho, nas relações entre os técnicos, entre técnicos e a comunidade ou até mesmo, dentro da própria comunidade.

1.1 Relevância

Quando cita-se a violência institucional contra mulheres em maternidades, observamos um rompimento no compromisso da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, o qual garante cuidados e assistência especiais à maternidade e à infância.

Algo que força a refletir sobre a qualidade nos serviços prestados às mulheres em processo de parturição, a despeito dos direitos assegurados na Constituição federal de 1988, que reconhece a saúde como um direito social fundamental (ABUJAMRA; BAHIA, 2009).

Assim a atenção humanizada às mulheres em parturição, em maternidades públicas é direito de toda mulher e dever de todo profissional e instituição.

Pensamentos e atitudes que vão contra estes aspectos, esbarram diretamente em direitos e princípios básicos que norteiam nossa constituição e políticas de atenção à mulher. A violência institucional reflete a precariedade dos recursos materiais e humanos, a descontinuidade da assistência nos três níveis de atenção à saúde, o uso exacerbado e desnecessário das tecnologias duras em detrimento das leve e principalmente o despreparo para lidar com a subjetividade da mulher, principalmente quando esta encontra-se em processo de parto.

1.2 Justificativa

Entende-se sobre esse aspecto da assistência, uma falácia em nosso sistema de saúde, que tende a ter alicerces na histórica submissão feminina, nas relações de poder e na falta de conhecimentos dos direitos básicos, renegando à mulher uma atenção humanizada, qualificada, integral e universal.

Esse contexto, estimulou-me, enquanto profissional, pesquisadora e mulher, a busca para desvendar a realidade, muitas vezes obscura, dessa assistência em meio ao nosso campo de trabalho. Trabalho na assistência obstétrica no estado do Ceará a aproximadamente dez anos, e nesse período pude percorrer os três níveis de atenção à saúde.

É notória a percepção de que um modelo assistencial centrado na figura do profissional, embora haja grandes esforços das máquinas públicas de governança para que tal fato não ocorra, ainda pleiteia nossa realidade, e esta, está bem longe de ser o ideal.

Por muitos, lutou-se para o desenvolvimento de tecnologias avançadas para o progresso da ciência na busca da melhoria de vida para todos, mas com essa busca parece-me que, esquecemos de preservar a essência de nós mesmos.

Vivemos em uma atualidade globalizada, em que todos os acontecimentos são pautados em uma velocidade de “megabytes”. Se não correremos, não acompanhamos a evolução das coisas. Desvalorizamos a sabedoria e o conhecimento popular. A cultura de um povo encontra-se esmagada em alicerces concretados das grandes cidades.

Então, como esperamos que nossas mulheres, viventes, esquecidas de sua ancestralidade, observem eventos naturais, como o parto, como algo empoderador de sua feminilidade?

A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. (BRASIL, 2001). Algo conveniente para todos.

Assim, nos esquecemos que estas mesmas mulheres em um passado próximo, saíram de seus seios familiares para lutar contra crenças de uma sociedade machista e patriarcal. E hoje estas mesmas mulheres são mães, trabalhadoras, com direito ao voto e à cidadania. Algo conquistado à custa de muitas lutas.

Assim, entendemos que o poder de decisão sobre o seu corpo, sobre sua gestação e sobre sua maternidade deve ser devolvido a esse ser que tem capacidade pensante e crítica para optar sobre o que é melhor para si, para sua família e para sua sociedade.

A implantação da rede de atendimento à gestação, como política pública, é a oportunidade de construirmos esta e reformularmos o atual modelo de assistência. Com isso pretendemos com esta pesquisa embasar o entendimento de que além de investimentos financeiros em tecnologias avançadas, a rede cegonha deverá ser alicerçada em um modelo de atenção mais humanista, para que as vivências de parto de nossas futuras gerações sejam o mais gratificante possível. Para que nossas mulheres tenham prazer em parir seus bebês em um ambiente seguro e que este traga conforto e tranquilidade a seus familiares. É importante enfatizar que quando falo em conforto, não me restrinjo ao aspecto exclusivamente ambiental. Sabemos que a palavra confortável não é sinônimo de sofisticado. Falamos do direito a um tratamento digno e de respeito para com o momento do nascimento.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a violência institucional contra mulheres em processo de parturição em maternidades vinculadas à rede cegonha de Fortaleza\Cascavel.

2.1 Específicos

- Identificar situações de violência institucional nas maternidades;
- Caracterizar os tipos de violência institucional identificados;
- Verificar a existência de associação entre violência institucional e as características sócio-demográficas das parturientes.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Violência institucional em maternidades a as Relações de poder e de Direito.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. É importante ressaltar que tal definição está associada à intencionalidade da violência, independente do resultado e consequência desta. Assim, entendemos que, todo ato que seja através da força física ou de qualquer forma de poder, com intenção de quem realiza, que possa causar os danos anteriormente citados é considerado ato violento.

Aqui o uso da palavra “poder” tem o sentido mais abrangente, incluindo intimidação, ameaça, negligência e omissão. Portanto, segundo Dahlberg & Krug (2007), essa ampla definição, nem sempre traz ao indivíduo vítima da violência sofrimento ou morte, mas impõe um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo podendo resultar tanto em problemas físicos, psicológicos e sociais, que podem ser imediatos ou durar por anos após o ato abusivo.

Dahlberg & Krug (2007), define três categorias de violência:

Violência auto-infligida - Que resulta de comportamento suicida e auto-agressão

Violência interpessoal- Que aborda dois tipos: a violência de família e de parceiros íntimos, e a violência na comunidade, a qual geralmente ocorre fora dos lares.

Violência coletiva – Que inclui a violência social, política e econômica.

Neste estudo nos detemos à categoria da violência interpessoal. Especificamente à violência institucional contra mulheres em processo de parturição.

O Ministério da Saúde define esta como, aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias e judiciário. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos. (BRASIL, 2003)

As Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento (AGENDE), em 2004, lançou mão de uma publicação, a qual, cita diversos aspectos que caracterizam esse tipo de violência estabelecida a mulheres, como a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soro positivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; detrimento das necessidades e direitos da clientela; proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos; críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

Mulheres em situação de violência são, por vezes, 'revitimizadas' nos serviços quando: são julgadas; não têm sua autonomia respeitada; são discriminadas em função de questões de raça/etnia, de classe e geracionais (MURY, 2012).

Apesar de ser um fenômeno que atinge grande parte das mulheres em diferentes partes do mundo, dados estatísticos que retratam esse tipo de ato violento contra mulheres ainda são bastante escassos e esparsos (MURY, 2012). Tal fato pode ser atribuído a uma Naturalização e Invisibilidade da Violência Institucional. É muito pouco difundida nos diversos segmentos da sociedade, tanto dos usuários quanto dos profissionais das distintas áreas dos serviços, sejam eles públicos ou privados (MARTINEZ, 2012).

Além disso, é característica importante da violência contra as mulheres, o fato das vítimas muitas vezes se calarem ante a violência sofrida, não denunciando o "agressor" e, portanto, escondendo o episódio. As mulheres sentem dificuldade em falar sobre as violências que sofrem, muitas vezes por medo de que esta se transforme em algo maior, por vergonha, por culpa, por sentirem-se responsáveis pela violência sofrida (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 2004).

A publicação da Convenção de Belém do Pará (2004), cita que em pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos da América pela Federação Internacional de Planejamento da Família na Região do Hemisfério Ocidental em parceria com a Associação Médica Americana, entre outros dados, que entre 45 e 59% das mulheres que sofrem violência são mães de crianças que sofrem maus tratos; que as mulheres que sofrem violência são 25% das que tentam suicídio e das que utilizam serviços psiquiátricos de emergência.

Tais evidências traduzem um impacto cultural, financeiro, social, psicológico frente a vítima e a sociedade.

O contexto que se insere tal realidade é atual e pode ter em seu berço o reduto das relações de gênero e poder. Visto que, o conceito de violência contra as mulheres, que tem por base a questão de gênero, remete a um fenômeno multifacetado, com raízes histórico-culturais, que é permeado por questões étnico-raciais, de classe e de geração (BRASIL, 2011a).

As relações de poder postas, seja pelas instituições, escolas, prisões, quartéis, foram marcadas pela disciplina: “mas a disciplina traz consigo uma maneira específica de punir, que é apenas um modelo reduzido do tribunal” (FOUCAULT, 2004).

É por meio do exercício do poder que existe a possibilidade de alguém decidir sobre a vida do outro, obrigando, proibindo ou impedindo a liberdade. Que “[...] o exercício de controle e de submissão produz e reproduz situação de violência, abuso de poder e coerção” (BISPO; SOUZA, 2007)

Apesar dos problemas ligados a questões de poder, se manifestarem mais explicitamente na aplicabilidade das ações específicas do enfoque de gênero, eles estão presentes em todos os componentes desses projetos. Estes têm sido um dos principais entraves aos projetos de desenvolvimento da humanidade. Mas ao contrário do que se possa imaginar, estes problemas não se referem exclusivamente a hierarquia funcional ou as esferas de decisão. Eles fazem parte do cotidiano do trabalho, nas relações entre os técnicos, entre técnicos e a comunidade e dentro da própria comunidade (FOUCAULT, 2004).

Benedito *et al.* (2006), afirma que a idéia de gênero é um produto das relações culturais e sociais, implica de que as identidades de gênero se constroem de forma

relacional, ou seja, mediante o contraste com o outro. Essas relações são dinâmicas e, portanto, mutável e conjuntural, ou seja, a construção masculina e feminina não é um fato biológico provindo da natureza e sim algo historicamente construído, que pode ser modificado. Assim, a análise das relações de gênero só é possível, considerando a condição global das pessoas e o movimento histórico e cultural em que ocorre.

O Ministério da saúde (2011a) afirma que Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres tem em seus objetivos a proposta de promover uma mudança cultural a partir da disseminação de atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de gênero e de valorização da paz.

Tal proposta tem o sentido de garantir os direitos fundamentais assegurados no capítulo II da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará" (2004), onde se refere aos direitos protegidos em seus artigos 3º e 4º que toda mulher tem direito a uma vida livre de violência, tanto no âmbito público como no privado, além do reconhecimento, gozo, exercícios e proteção de todos os direitos humanos e às liberdades consagradas pelos instrumentos regionais e internacionais sobre Direitos Humanos.

Quando cita-se a violência institucional contra mulheres em maternidades, observamos um rompimento no compromisso da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu artigo XXV, o qual garante cuidados e assistência especiais à maternidade e à infância.

O Ministério da Saúde, atento à primazia dos direitos humanos e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, que não arrefecem na luta histórica por tais direitos, ganhou, nos últimos anos, visível e inexorável fôlego no compromisso com a garantia dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais das mulheres. Vem pautando-se, para tanto, pelo zelo no seguimento dos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário e pela legislação nacional vigente, com destaque para a consolidação de garantias constitucionais e pela recente Lei Maria da Penha (BRASIL 2011a).

A partir do exposto, podemos refletir sobre a qualidade nos serviços prestados às mulheres em processo de parturição a despeito dos direitos assegurados na Constituição federal de 1988, onde nesta está assegurado o compromisso ideológico e doutrinário dos direitos fundamentais que serve de pilar básico (dimensão institucional) ao Estado Democrático de Direito, a partir do preâmbulo da nossa Lei Maior.

Esse compromisso se manifesta por todo o texto constitucional, de forma explícita, ou implicitamente, conforme podemos observar logo no seu art. 1º o princípio da cidadania e, o princípio da dignidade da pessoa humana, além de reconhecer em seu art. 6º a saúde como um direito social fundamental (ABUJAMRA; BAHIA, 2009).

Assim a atenção humanizada às mulheres em parturição em maternidades públicas é direito de toda mulher e dever de todo profissional e instituição.

Quando as mulheres são capazes de reconhecer direitos, violações e tomam conhecimento da existência de instrumentos capazes de produzir alguma reparação sentem-se fortalecidas para o exercício de sua cidadania. A apropriação pelas mulheres de instrumentos internacionais como a Convenção de Belém do Pará exerce um papel fundamental, uma vez que para a efetivafruição de direitos é necessário seu reconhecimento (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 2004).

Em seu artigo 3º, a lei Maria da Penha destaca a garantia de condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso, à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, cabendo à família, a sociedade e ao poder público, as condições necessárias para o efetivo exercício dos direitos enunciados anteriormente.

Pensamentos e atitudes que vão contra estes aspectos esbarram diretamente em direitos e princípios básicos que norteiam nossa constituição e políticas de atenção à mulher. A violência institucional reflete a precariedade dos recursos materiais e humanos, a descontinuidade da assistência nos três níveis de atenção à saúde, o uso exacerbado e desnecessário das tecnologias duras em detrimento das leve e principalmente o despreparo para lidar com a subjetividade da mulher, principalmente quando esta encontra-se em processo de parto.

Assim, entendemos sobre esse aspecto uma falácia em nosso sistema de saúde, que tende a ter alicerces na histórica submissão feminina, nas relações de poder e na falta de conhecimentos dos direitos básicos, renegando à mulher uma atenção humanizada, qualificada, integral e universal.

3.2 A rede cegonha como resposta às tendências mundiais.

A saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas brasileira, no início do século XX. Porém estas absorviam a mulher vinculada aos programas materno-infantis, trazendo assim, uma visão restrita da mulher em seu papel bio-social. (BRASIL, 2011b)

Tais programas eram implantados de forma vertical. Não havendo integração com outros programas e não respeitando as peculiaridades locais, resultando na fragmentação da assistência e tendo baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. (BRASIL, 2011b)

Na década de 80, logo após a explosão do feminismo comunista no mundo e sua repercussão no Brasil, o movimento feminista brasileiro passou a argumentar as desigualdades sociais entre homens e mulheres, criticando o modelo de atenção à saúde da mulher e exigindo políticas para sua condição de sujeito de direito, extrapolando assim, o momento da gestação e do parto. (COSTA, 2009)

Tal ato culminou com a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). Este incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2001)

Na década de 90 o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios”. (BRASIL, 2001)

Tal norma, estabeleceu para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, ainda prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. (COELHO, 2003)

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a

participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (COSTA, 2009).

Apesar dos grandes esforços do governo federal, em viabilizar e articular políticas e ações para a melhoria da atenção à saúde da mulher, é possível observar, um quantitativo alto de mortalidade de mulheres em idade fértil. Nesse cenário podemos citar mortalidade materna como sendo um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população.

Em estudo realizado pela OMS estimou que, em 1990, aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (COELHO, 2003).

Ao observamos dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), é possível evidenciar a variação numérica da quantidade de óbitos maternos notificados em nosso país. Neste sistema consta dados a partir de 1996. Evidenciamos um quantitativo de 1.520 óbitos maternos declarados, neste ano e 1.576 ao final de 2011. É notório o decréscimo destes dados em algumas regiões, como a região sul e sudeste. Porém as regiões norte, nordeste e centro-oeste, foram responsáveis pelo acréscimo de 245 óbitos.

Sendo importante destacar que cerca de 65% destes óbitos maternos ocorrem no momento do parto (COSTA, 2009).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, nos trás a seguinte evidência (COSTA, 2009):

- 32% das gestantes não tiveram nenhum atendimento pré-natal;
- o acesso ao parto hospitalar foi menor na área rural, sobretudo entre as mulheres com nenhum ou poucos anos de estudo e entre aquelas que não tiveram assistência pré-natal;
- a taxa de mortalidade infantil entre os filhos das mulheres que não tiveram nenhuma assistência ao pré-natal e ao parto nas áreas urbanas foi de 42 por mil nascidos vivos e na rural chegou a 65 por mil nascidos vivos.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais

significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (BRASIL, 2006).

Quanto a assistência ao parto, descrevemos o último dado do DATASUS, de 2007, com uma proporção de 97,46% dos partos realizados em ambiente hospitalar (BRASIL, 2006).

De acordo com os dados descritos acima, é possível chegarmos a conclusão de que as políticas desenvolvidas para a atenção à saúde da mulher, especificamente, a materna, atua no sentido de melhorá-la. Porém, tal fato é contradito quando avaliamos e comparamos dados da década de 80 e 90, com os dias atuais. É notório que estas mulheres estão tendo mais acesso aos serviços de saúde. Mas percebemos também que tal acesso, não teve grande impacto quando trata-se de mortalidade materna.

Em contra-partida, observamos excessos ineficazes da assistência, quando tratamos do parto. A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso. Ao mesmo tempo, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas (BRASIL, 2001).

Diante desse cenário, com metas a cumprir pela pactuação promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), realizada durante a Cúpula do milênio em 2000, por 189 países, incluindo o Brasil, que cita em seu 5º objetivo: Melhorar a saúde das gestantes, reduzindo em três quartos a razão de mortalidade materna até 2015, reforçado em 2006, com o Pacto pela vida que visa redução da Mortalidade Infantil e Materna com os seguintes objetivos e metas (BRASIL, 2006a):

- Reduzir em 5% a mortalidade neonatal, em 2006;
- Reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia, em 2006;

- Apoio à elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes;
- Criação de Comitês de Vigilância do Óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006;
- Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006;
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

Em 2011, o governo lança mão de uma nova política: A **Rede Cegonha**.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, esta, se apresenta, como uma rede de cuidados que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Esta política tem em seus princípios a defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades de redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados.

Deve ser organizada a partir das seguintes diretrizes (BRASIL, 2012):

- Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
 - Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
 - Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- (ANEXO I)
- Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
 - Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Sua implementação, atualmente, está acontecendo em todo território nacional, com prioridade nas regiões da Amazônia Legal e Nordeste, em razão das altas taxas de mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2012).

Está sendo organizada a partir de quatro componentes, sendo estes: Pré-natal, nascimento e puerpério, atenção integral à saúde da criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação.

Assim, devido ao objeto de estudo desta pesquisa nos deteremos ao segundo componente: **PARTO E NASCIMENTO**. Este estabelece (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012):

- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com a necessidade locorregionais;
- Ambiência das maternidades orientadas pela RDC Nº 36/2008 da ANVISA;
- Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas: “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”;
- Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Realização de Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- Estimular a implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- Estimular a Implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Deste modo, observamos esforços por parte do governo brasileiro, no intuito de cumprir os objetivos traçados no início desse milênio, como uma resposta aos direitos da mulher cidadã. Contudo, observamos que ao longo do tempo, algumas das propostas, não atingiram o objetivo a qual se propuseram, resultando na permanência de indicadores de saúde que poderiam ter sido revertidos há algum tempo.

Todavia, entendemos que a ruptura dessa proposta, seja por uma instituição ou por um profissional que faz parte deste contexto, viola diretamente o direito à cidadania desta mulher, colocando-a em uma situação de risco, por não ter a assistência que lhes é garantida por lei.

4. PERCURSSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo e natureza do estudo

A aplicação da metodologia científica tem sua relevância em virtude da promoção de um caminho lógico e, conseqüentemente, de nortear o percurso teórico e científico necessário à realização de estudos promissores e com responsabilização dos resultados.

A pesquisa em questão trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa a fim de quantificar os aspectos observados na assistência às mulheres em maternidades. Utilizou-se ainda métodos de cruzamento dos dados, a fim de buscar associações entre as variáveis, facilitando o processo de interpretação acerca dos dados coletados.

Na pesquisa quantitativa, o objetivo principal está nos fatos que podem ser objetivamente detectados e observáveis; já que as relações matemáticas associadas a um conjunto de dados estatísticos podem indicar a probabilidade que esse achado é válido e generalizado (GIL, 2003).

O estudo proposto apresenta um eixo do tipo descritivo, pois de acordo com Leopardi (2001), permite ao pesquisador compreender melhor o comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno.

4.2 Ambiente de investigação

No desenho atual da rede cegonha no estado do Ceará, esta é composta por 16 redes interligadas e complementares. Entende-se que cada uma destas propõe-se a um alto nível de resolutividade dentro dos componentes propostos pela política nacional, que implica em pré-natal, parto, nascimento, puerpério, atenção à criança e transporte.

Atualmente, no Ceará, esta, encontra-se na quinta fase de operacionalização: A qualificação, com cada um dos componentes da rede sendo qualificados através do cumprimento de requisitos mínimos (BRASIL, 2012).

Cada uma destas redes está vinculada a um ou mais hospitais-maternidades, que são responsáveis pela assistência ao parto.

Abaixo, a tabela demonstra a distribuição destas maternidades em relação as suas redes.

Tabela 1. Distribuição dos Hospitais-maternidades em Relação aos Municípios e Redes Cegonha no Ceará. 2012.

REDE	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO
Maracanaú/Baturité	Maracanaú	Hospital Municipal D. João Elisio De Holanda
Maracanaú/Baturité	Baturité	Hospital Maternidade José Pinto Do Carmo
Itapipoca	Itapipoca	Hospital Maternidade São Vicente De Paulo
Caucaia	Caucaia	Hospital Santa Terezinha
Caucaia	São Gonçalo	Hospital Luisa Alcântara
Arati/Russas E	Russas	Hospital E Casa De Saúde De Russas
Limoeiro Do Norte	Aracati	Hospital Santa Luiza De Marillac
Limoeiro Do Norte	Aracati	Hospital Santa Luiza De Marillac
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Geral Dr. César Cals
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Geral De Fortaleza
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Cura D'ars
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Distrital Gonzaga Mota Barra Do Ceará
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Distrital Gonzaga Mota De Messejana
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Distrital Nossa Senhora Conceição
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Hospital Da Mulher
Fortaleza/Cascavel	Euzébio	Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá
Fortaleza/Cascavel	Cascavel	Hospital E Maternidade N.Sra. Das Graças
Fortaleza/Cascavel	Fortaleza	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
Acaraú	Acaraú	Hospital Dr. Moura Ferreira
Crateús	Crateús	Hospital De Referência São Lucas
Sobral	Sobral	Santa Casa De Misericórdia De Sobral
Sobral	Sobral	Hospital Dr. Estevam Ponte
Sobral	Sobral	Hospital Regional Norte
Tianguá	Tianguá	Hospital Maternidade Madalena Nunes
Brejo Santo	Brejo Santo	Hospital Geral De Brejo Santo
Crato	Crato	Hospital E Maternidade São Francisco De Assis
Icó	Icó	Hospital Regional Icó Dep. Oriel Guimarães Nunes
Iguatu	Iguatu	Hospital Regional De Iguatu
Juazeiro Do Norte	Juazeiro Do Norte	Hospital Maternidade São Lucas
Juazeiro Do Norte	Barbalha	Hospital Maternidade São Vicente De

Canindé/Tauá	Tauá	Paulo
Canindé/Tauá	Canindé	Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima
Quixadá	Quixadá	Hospital E Maternidade Regional São Francisco De Assis
		Hospital E Maternidade Jesus Maria José

Assim, em função do grande número de instituições vinculadas à rede cegonha no estado do Ceará, optou-se pelo desenvolvimento da pesquisa somente naquelas que compõem a rede Fortaleza/Cascavel (em negrito na tabela 2). Essa é composta por 11 hospitais-maternidades, de média e alta complexidade da rede de atenção à saúde da mulher no estado do Ceará, de acordo com a portaria GM/MS n. 3.477/1998 do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2007)

4.3 População e amostra

A população foi composta por aproximadamente 3765 puérperas de parto transplaviano que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto das referidas instituições. Optou-se por esta população por entender-se que o nascimento é historicamente um evento natural, sendo assim um momento que, embora institucionalizado, teria pouca inferência institucional. Assim, pode-se observar com mais clareza e notoriedade eventos que caracterizam algum tipo de violência frente a essa população.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula abaixo, fixado “P” em 50%, visto que esse valor implica em tamanho máximo da amostra, um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral relativo de 10% (Erro amostral absoluto = 5%). Esses valores aplicados na fórmula implicaram em $n = 345$.

$$n = \frac{z_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N - 1) + \alpha_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

Obtivemos então a seguinte amostra por maternidade:

Tabela 2. Distribuição da população amostra por Hospitais-maternidades da Rede Cegonha de Fortaleza. 2012.

Hospital-maternidade	N x 3	N
Hospital Geral Dr. César Cals	615	56
Hospital Geral De Fortaleza	375	48

Maternidade Escola Assis	594	54
Chateaubriand		
Hospital Da Mulher*	30	3
Hospital Cura D'ars	360	33
Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter	162	15
Hospital Distrital Gonzaga Mota Barra Do Ceará	246	23
Hospital Distrital Gonzaga Messejana	456	42
Hospital Distrital Nossa Senhora Conceição	306	28
Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá	213	20
Maternidade N. Sra. Das Graças	258	24
TOTAL	3765	345

***Pelo fato de ter sido inaugurado em 17 de agosto de 2012, este ainda não possui uma média significativa de partos, contudo o cálculo foi realizado com base nos meses de setembro e outubro. (PORTAL BRASIL, 2012)**

Houveram dois Hospitais os quais se negaram a participar da pesquisa. Um no município de Fortaleza e outro na região Metropolitana, sendo o quantitativo destas retirado da amostra, reduzindo n em 293.

Foram excluídas as puérperas que por pariram em casa ou no percurso, embora tivessem cuidados prestados nas maternidades pesquisadas.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante os meses de Novembro de 2013 a Janeiro de 2014, com uma média de três a quatro maternidades por mês. Sendo a escolha destas realizadas por proximidade, para viabilizar a coleta em tempo hábil e o deslocamento da pesquisadora. Tal demora na coleta de dados, se deu pelo fato de várias maternidades estipularem uma série de normas para o início da coleta, muito embora o estudo tenha sido aprovado em um comitê de ética e de ter as anuências das instituições participantes.

Utilizamos um questionário, que foi respondido pela participante da pesquisa e complementado por dados do prontuário pela pesquisadora.

Selecionou-se essa técnica pelo fato de o número de pessoas selecionadas ser elevado, além de ser um instrumento de pesquisa mais adequados à quantificação porque são mais fáceis de codificar e tabular, propiciando comparações com outros dados relacionados ao tema pesquisado (OLIVEIRA, 1997). Tal procedimento somente foi realizado após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, à participante e sua concordância, de acordo com a Resolução 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O instrumento de coleta de dados (Apêndice 1), foi composto por itens baseados nos objetivos da pesquisa e compõe-se de: Dados pessoais e aspectos que envolvem os períodos pré-parto, trans-parto e pós parto, desde a chegada da mulher à maternidade até o momento em que esta encontra-se no período puerperal na unidade de alojamento conjunto.

Ao fazer o levantamento bibliográfico, a respeito do tema Violência Obstétrica, através do banco de teses da CAPES, observou-se com um total de 20 produções, onde somente uma, se deteve ao assunto mencionado anteriormente. Ao refazer a pesquisa com o tema violência institucional em maternidades, obteve-se um quantitativo ainda menor, totalizando 8 estudos, os quais somente 2, tinham uma ligação com o tema. Porém, foram pesquisas realizadas entre 1993 e 2000, contendo dados defasados frente às constantes modificações nas políticas de assistência à saúde da mulher.

Por tal fato, achou-se prudente a utilização de uma adaptação do questionário aplicado pelo Blog Cientista que virou mãe. Tal questionário faz parte da pesquisa do segundo doutorado de Ligia Moreiras Sena, doutora em farmacologia e que atualmente encontra-se desenvolvendo sua pesquisa em Saúde Coletiva de pela Universidade Federal de Santa Catarina, no Departamento de Saúde Pública, além daqueles utilizados pela Fundação Perseu Abramo em 2010 e por Janaína Marques de Aguiar, em sua tese, apresentada em 2010, à faculdade de medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutor em ciências. Sendo estas pesquisadoras, as poucas, que tratam do assunto com respaldo científico no Brasil.

4.5 Análise e interpretação dos resultados

Os dados coletados foram processados no Programa *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer* (SPSS-PC), versão 17.0. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos para a melhor exposição das informações segundo as categorias de variáveis previamente determinadas. Foram calculadas as medidas estatísticas média, desvio padrão e percentis,.

Foram analisadas as médias de idade e de renda familiar, segundo as situações de violência institucional por meio dos testes t de Student ou F de Snedecor. As associações entre violência institucional e as características sociodemográficas das gestantes serão realizadas por meio dos testes de χ^2 e de razão de verossimilhança. As análises inferenciais serão consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$.

4.6 Aspectos éticos e legais do estudo

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará, tendo sua aprovação em 24 de junho de 2013 sob o número de inscrição 387.135. O mesmo foi composto pela solicitação de autorização de realização da pesquisa (Apêndice 2), assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3), e mediante aprovação foi iniciada a coleta de dados.

Foi respeitado todos os preceitos éticos e legais da pesquisa de acordo com a Resolução nº466/12, mantida a confidencialidade das informações adquiridas, utilizando-se apenas para fins de pesquisa e elaboração de relatório final com os resultados do estudo a serem apresentados para as instituições onde o mesmo foi realizado.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

A Análise dos 293 questionários aplicados a mulheres puérperas que se encontravam nas unidades de alojamento conjunto nos hospitais da rede cegonha Fortaleza-cascavel, resultaram em 3 caracterizações.

5.1 Caracterização Sócio-demográficas de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel

A faixa etária das mulheres entrevistadas, variaram entre 12 e 43 anos, predominando no estudo mulheres entre 20 e 34 anos (62,1%), seguido da faixa de 12 a 19 anos (26,3). Algo semelhante ao que acontece no Brasil, segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos, que consta em 2011 uma taxa de 69% das gestações ocorridas entre 20 e 34 anos (BRASIL, 2011). Muito embora, estudos tenham demonstrado incremento na taxa de natalidade entre mulheres acima de 35 anos nas últimas décadas.(D'ALTON et al, 2005; SANTOS et al 2009).

Quanto à escolaridade, podemos observar na **tabela 1** o predomínio de mulheres que tiveram de 8 a 11 anos de estudo. Dado que diverge da situação brasileira em 2011, que evidencia 57% das mulheres que pariram naquele ano com até 3 anos de estudo completos, estando em seguida aquelas que declararam ter de 8 a 11 anos (18%) (BRASIL, 2011). Tal divergência pode ser explicada, pelo fato de 65% das mulheres entrevistadas procederem do município de Fortaleza, onde estas têm mais acesso aos sistemas de educação, como pode-se observar no **gráfico 1**.

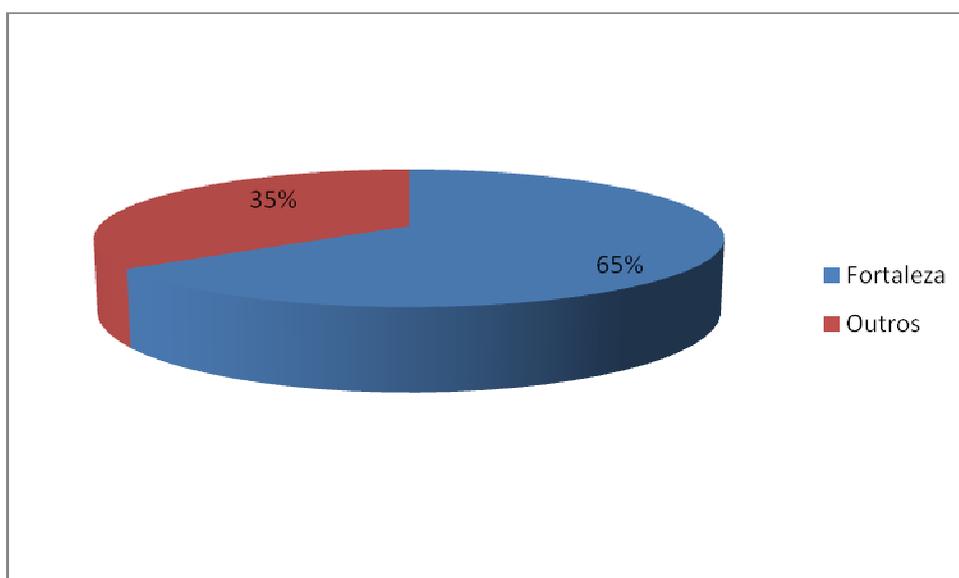


Gráfico 1. Procedência das mulheres que tiveram parto normal nas maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro, 2013

Em relação ao estado civil, obtivemos um achado com um número significativo de mulheres solteiras (56,6%), seguido de uniões consensuais (23,2%) e casadas (19,8%). Algo que vem a ser afirmado por estatísticas do Sistema de Informação sobre Nascidos vivos de 2011, onde 49% das mulheres que pariram naquele ano eram solteiras.

Quanto à ocupação, no momento da entrevista, observou-se uma predominância de mulheres que exerciam atividades não remuneradas, em seus lares (51,5%). Opondo-se a essa realidade, encontrou-se um número menor de mulheres que exerciam atividades remuneradas diversas (Costureira, comerciante, diarista, doméstica, operadora de telemarketing, agricultora, etc.), porém significativo (48,5%). As demais, eram estudantes (15,4%).

Assim os dados acima, permitem a avaliação da inserção da mulher no mercado de trabalho. Esse é o primeiro passo para a autonomia financeira, entretanto, por si só, não é capaz de promover a autonomia feminina, no sentido de libertar as mulheres de todas as formas de violência de gênero (BRASIL, 2011). Fato que contribui diretamente para diminuição de situações de vulnerabilidade social.

Foi observado uma renda familiar entre 1 (66,9%) e 2 (22,2%) salários mínimos. No Brasil, tivemos em 2013 uma renda per Capita (PIB per capita) de: R\$ 24.065 (IPEA, 2013). Onde cada brasileiro teria em média o ganho de 3 salários mínimos mensais. Se compararmos com os dados obtidos na pesquisa, concluiremos que nossas entrevistadas, apesar de terem pelo menos um salário mínimo como renda familiar, estão bem abaixo, frente aquilo que é produzido no país. Fato que coloca 66,9% das entrevistadas na faixa de pobreza.

Belli (2013), afirma que as mulheres em situação de pobreza, em geral, têm menor acesso a atenção a saúde devido a razões econômicas, e muitas vezes são discriminadas por parte dos serviços de saúde, aumentando o risco para violação de direitos inerentes a estas. Deslandes (2002), descreve que a situação de pobreza e exclusão social, dá condições para o acirramento da violência. Situação que é vista como resultado de longa tradição de práticas autoritárias das elites que concentram a maior parte da riqueza do país.

Tabela 1. Características Sócio-demográficas de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Características	N	%
Faixa Etária (ano) (n=293)		
12 – 19	77	26,3
20 – 34	182	62,1
35 – 43	34	11,6
Anos de estudo (n=293)		
Até 3	22	7,5
4 – 7	76	25,9
8 – 11	145	49,5
12 ou mais	50	17,1
Estado Civil (n=293)		
Solteira	166	55,6
União Consensual	68	23,2
Casada	58	19,8
Viúva	3	1,0
Separada	1	0,3
Ocupação (n=293)		
Estudante	45	15,4
Do lar	151	51,5
Outra	142	48,5
Renda (Salário Mínimo) (n=293)		
1	196	66,9
2	65	22,2
3	23	7,8
4 a 6	9	3,1
Município de Procedência (n=293)		
Fortaleza	191	65,2
Outro	102	34,8

5.2 Caracterização gestacional de Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel

Na tabela 2, observou-se que as mulheres entrevistadas haviam tido apenas uma gestação (43,7%), tendo vivenciado seu primeiro parto (46,6%). Aquelas que vivenciaram o parto normal pela primeira vez, tiveram um número significativo (50,2%) frente aquelas que estavam vivenciando pela segunda (21,5%), terceira (15%) e quarta ou mais vezes (13,3%). Ainda observou-se a predominância de mulheres que nunca haviam sofrido aborto (74,4%), seguido por aquelas que sofreram pelo menos 1 aborto (18,4%).

Odent (2000), relata que ao experimentar a gestação, independente de sua paridade, a mulher pode se anteciper na demonstração de algum comportamento materno, resultante da ação estrogênica e progesterônica. A reprodução afeta a mulher de uma forma que transcende sua vida e seus sonhos (BRASIL, 2001).

É fundamental que as mulheres possam vivenciar suas gestações e partos em plenitude. Independente de seu passado obstétrico, e que traumas vivenciados anteriormente sejam trabalhados durante o pré-natal, para que essas más percepções sejam minimizadas durante o processo de parto e nascimento.

Alguns estudos trazem o relato de que algumas experiências durante o trabalho de parto ou no momento do parto, que para algumas mulheres não trazem conseqüências, para outras podem fazer com que elas experimentem esse evento como psicologicamente traumático, entretanto, para alguns profissionais de saúde, o parto traumático é aquele que tem como conseqüência injúrias físicas para a mulher ou para o recém-nascido, mas ainda é pouco conhecido que o parto pode ser um evento psicologicamente traumático para a mulher. (ZAMBALDI et al, 2009).

Tabela 2. Distribuição dos Números de Gestações, Partos e abortamentos de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Características	N	%
Nº de Gestações		
1	128	43,7
2	49	16,7
3	57	19,5
4 a 5	40	13,7
6 a 10	19	6,5
Nº de Partos		
1	137	46,6
2	69	23,5
3	48	16,4
4 a 8	39	13,3
Nº de Partos Normais		
1	147	50,2
2	63	21,5
3	44	15,0
4 a 8	39	13,3
Nº de Abortos		
0	218	74,4
1	53	18,1
2	18	6,1
3 a 6	4	1,4

5.3 Caracterização Violência Institucional sofrida por Mulheres que Pariram seus Filhos por via vaginal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel

Ao questionar sobre a peregrinação das mulheres que tiveram seus partos normais em maternidades que compõem a rede cegonha Fortaleza Cascavel, observou-se que 177 (60,4) ficaram internadas na primeira maternidade a qual foi atendida e 116 (39,3%) das mulheres vinham de outras maternidades.

O Gráfico 2 mostra o percentual de mulheres que peregrinaram por outras maternidades, em relação ao quantitativo de instituições peregrinadas.

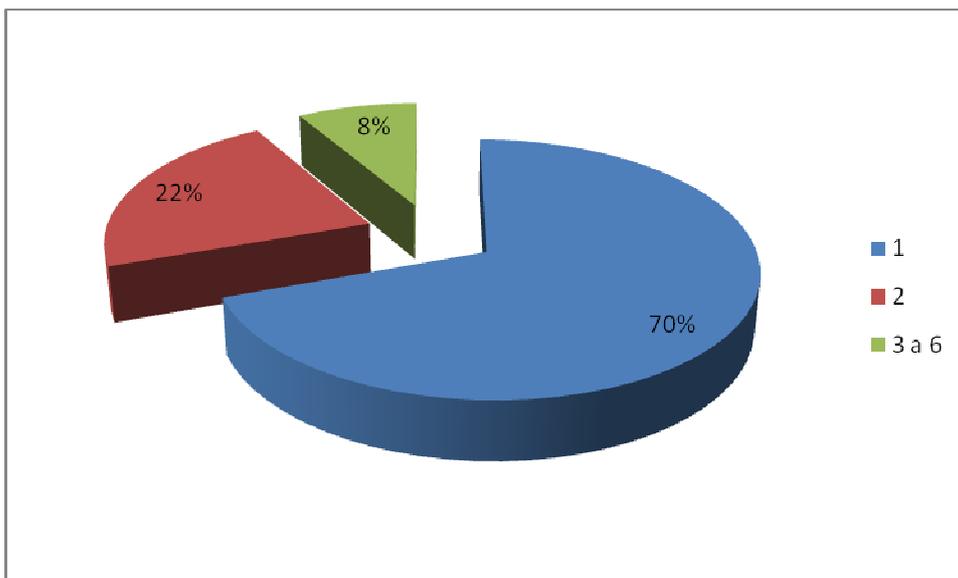


Gráfico 2. Número de Maternidades Peregrinadas por Mulheres que tiveram parto normal nas maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro, 2013

Observou-se que 80 (70%) das mulheres entrevistadas, haviam sido avaliadas em pelo menos uma maternidade, antes de serem internadas para assistência ao parto, seguido de 26 (22%) de mulheres que estiveram em duas maternidades anterior a sua internação e 10 (8%) que advinham de no mínimo 3 maternidades anteriores.

Vários fatores contribuem para a peregrinação de gestantes em maternidades. Dentre eles, podemos destacar fatores políticos, biológicos, sociais e culturais, além da

precariedade dos serviços oferecidos pelas maternidades que prestam assistência (MELO et al, 2007).

O Dossiê *Violência Obstétrica – Parirás com dor*, elaborado pela Rede Parto do Princípio Mulheres em Rede pela Maternidade em 2012, para a CPMI (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito) da violência Obstétrica, traz a denúncia da peregrinação de gestantes por busca de vagas, como sendo uma das principais causas de mortalidade materna.

As causas obstétricas diretas de óbito materno no período de 2005 a 2011, no estado do Ceará, são as responsáveis pela metade dos óbitos maternos, que totalizam 426 (54,2%) óbitos nesse período, 48 (11,3%), é associado a complicações do trabalho de parto e do parto. Tais causas são decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores (SESA, 2013).

Os indicadores refletem a ignorância da mulher gestante, frente seus direitos sexuais e reprodutivos e a falta de respeito por parte das instituições prestadoras de serviço para com estes (AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L, 2011).

Esse desamparo é caracterizado pelo despreparo do profissional de saúde, que através da indiferença demonstrada pela falta de informação, por achar que a mulher que vem em busca de apoio nas maternidades, trazem consigo uma série de informações sobre sua gestação, parto e puerpério, advindas do pré-natal, não acolhem de forma adequada estas, que em grande maioria, necessitam de uma escuta qualificada. O contexto mascara por vezes, a ignorância das mulheres frente às modificações que ocorrem em seu organismo traduzindo-se em despreparo para o momento do parto. (BRASIL, 2001).

A tabela 3, traz características que abordam necessidades humanas básicas das mulheres entrevistadas durante o trabalho de parto. Observou-se que houve uma predominância das mulheres tiveram liberdade para andar (62,5%) em relação as que ficaram restritas ao leito (37,5%). Isso reforça a evidência de que caminhar, deambular, ficar de pé durante o trabalho de parto, são atividades que ajudam a diminuir o período do trabalho de parto e aumentar a eficácia das contrações (BALASKAS, 2000).

As revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane em 2012, concluíram que houveram uma significativa redução da durabilidade do primeiro estágio do trabalho de parto

em mulheres que tiveram liberdade para deambular (Cochrane, 21 RCT, 3706 mulheres, última revisão 2012).

Isso se dá pelo fato de que a posição afeta as adaptações anatômicas na mulher em trabalho de parto. As freqüentes trocas de posição aliviam a fadiga, aumentam o conforto e melhoram a circulação materno-fetal (LOWDERMILK, 2002).

Assim todas as mulheres em trabalho de parto, deveriam não somente ter a liberdade para movimentar-se, mas serem estimuladas para isto.

Outro aspecto importante quando observou-se os resultados na tabela 3, diz respeito a alimentação e injesta hídrica. Houve uma significativa predominância de mulheres que permaneceram sem se alimentar (77,3%) e sem ingerir líquidos (70,8%) durante o parto.

Odent (2003), afirma que para entendermos as necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto, precisamos partir do ponto de vista dos fisiologistas, visto que, estes estudam o que é transcultural, portanto universal, nos possibilitando, um referencial o qual não podemos nos desviar demais sem correr o risco de gerar efeitos colaterais negativos e incontroláveis.

Durante o trabalho de parto, embora o esvaziamento gástrico seja mais lento, o jejum, não garante a eliminação dos conteúdos gástricos, podendo até torná-los mais ácidos. Além disso, exige-se uma ingesta adequada de líquidos e de calorias para preencher as demandas de energia e as perdas de líquido associadas ao parto. Com o jejum a evolução do parto torna-se mais lenta e ocorre o desenvolvimento de Cetose. (LOWDERMILK, 2002).

Não há justificativas para manter a mulher em trabalho de parto em jejum. Mesmo na ocorrência de uma cirurgia cesariana, a anestesia regional é utilizada com maior freqüência do que a geral, permitindo as mulheres ficarem acordadas durante todo o procedimento, o que as torna capaz de participar de seu próprio cuidado e de proteger suas vias aéreas no caso de presença de episódios eméticos (SINGATA M.; TRANMER J., 2004).

A Organização Mundial da Saúde, traz a recomendação da oferta de líquidos por via oral, classificando essa prática como demonstradamente útil e deve ser estimulada. Por

outro lado a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, são práticas freqüentemente utilizadas de forma inadequada (OMS,1996).

Tabela 3. Caracterização das Necessidades Humanas Básicas Durante o Trabalho de Parto de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Características	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Liberdade para andar	183	62,5	110	37,5
Alimentação	66	22,5	225	77,3
Ingesta Hídrica	85	29,2	208	70,8

Quanto aos benefícios do apoio emocional contínuo durante o trabalho de parto para mãe e bebê, foram comprovados em uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane realizada por Hodnett et al em 2009: maior chance de haver parto vaginal espontâneo, menor necessidade de analgesia de parto, menor risco de insatisfação com a experiência de parto, menor duração do trabalho de parto, menor risco de cesariana, menor risco de parto instrumental, menor necessidade de analgesia regional e menor risco de nascimento de bebês com baixos escores de APGAR no 5º minuto.

Manter o diálogo com a mulher, informar sobre rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e parto, esclarecer as dúvidas e dar à parturiente e seu acompanhante o direito de participar sobre as decisões do nascimento, são exemplos de algumas ações simples que auxiliam no suporte emocional e na segurança da mulher durante o parto. É importante nesse processo a consideração dos desejos e valores da mulher, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais. (BRASIL, 2001). Esta por sua vez, tem o direito de ser ouvida, de questionar, de solicitar seu acompanhante, de expressar seus sentimentos, sem ser recriminada por isso. (UNICEF, 2011).

Na tabela 4, foram distribuídos ações que auxiliam nesse suporte emocional para as mulheres em trabalho de parto.

A primeira característica descrita foi a presença de acompanhante.

Em um levantamento feito em 2012 pela ouvidoria de programa Rede Cegonha do governo federal, foi detectado que 64% das 54 mil mulheres entrevistadas, relataram que não tiveram direito ao acompanhante durante seu internamento em maternidades da rede pública.

Hospitais do SUS em todo o País estão descumprindo a lei federal que garante às gestantes o direito de ter um acompanhante antes, durante e depois do parto. As principais razões apresentadas pelos hospitais para não autorizarem o acompanhante é a falta de espaço físico adequado para garantir a privacidade das gestantes (em geral, o pré-parto acontece em uma sala com várias mulheres (ESTADÃO, 2013)

Na presente pesquisa observou-se dados que diferem da pesquisa divulgada pelo jornal eletrônico Estadão em 2013. Houve uma maior predominância de mulheres que tiveram a presença de acompanhante no momento de sua internação (60%).

Contudo, apesar de ter sido visualizado que um número significativo de mulheres que estiveram com seus acompanhantes durante todo o processo de internação (77,6%), nem todas as entrevistadas (22,4%), tiveram a presença desse acompanhante em período integral. Além disso, evidenciou-se a exigência do sexo feminino para acompanhantes (66,3%).

Tais aspectos descumprem de forma explícita a Lei federal nº 11.108/2005, a resolução da diretoria colegiada da ANVISA, RDC 36/2008, e o estatuto da criança e do adolescente, no caso de parturientes adolescentes.

A OMS (1996) classifica o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto, como prática demonstradamente útil e assim deve ser estimulada e acima de tudo respeitada.

Uma significativa quantidade das mulheres referiram ter recebido visita de amigos e familiares (82,9%). Em contra-partida, encontrou-se um grupo menor de mulheres que não receberam visita, durante o período de sua entrada até o momento da entrevista no Alojamento Conjunto.

Ao questionar sobre o acompanhamento de uma doula, optou-se pela descrição de doula, como sendo um profissional que possibilitou a promoção de suporte físico e emocional da mulher durante o parto, para o reconhecimento deste profissional pelas entrevistadas.

Apesar de Hodnett et al em uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane (2009), concluir que a doula tem um papel importante no suporte emocional para a mulher em trabalho de parto, tendo como benefícios resultantes de sua presença dados benéficos para o enfrentamento das dificuldades do processo do parto, o presente estudo verificou um quantitativo expressivo o não acompanhamento por parte desse profissional (63,1%) para com as parturientes.

Outros dados relevantes são os esclarecimentos recebidos pelas mulheres sobre os procedimentos e as orientações em relação ao parto. Estas relataram que receberam orientações (67,5%) e foram esclarecidas (62,8%), sobre os procedimentos realizados. Aquelas as quais acharam que não receberam esclarecimentos (37,2%) nem orientações (32,5%) traduzem um quantitativo menor, porém não deve ser ignorado, visto que a privação da mulher sobre o conhecimento de sua condição inserida no contexto de atenção à saúde, acarreta uma série de conseqüências sobre o sentimento de segurança das parturientes, culminando no desencadeamento da tão temida tríade MEDO-TENSÃO-DOR (JONES, 2012).

Informar às mulheres sobre as hipóteses diagnósticas, porque será pedido algum exame, o que é esperado que ela pessoa faça para promover a própria saúde, é uma forma efetiva de promover o direito ao próprio corpo e à autonomia. (D'OLIVEIRA, 2003).

Tabela 4. Caracterização das Ações de Suporte Emocional para Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Características	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Acompanhante	177	60,8	114	39,3
Presença de Acompanhante durante todo o tempo de internação	142	77,6	41	22,4

Exigência do sexo feminino para acompanhantes	122	66,3	62	33,7
Visita	243	82,9	50	17,1
Presença de profissional que proporcionou conforto físico e emocional	108	36,9	185	63,1
Recebeu Esclarecimentos sobre procedimentos	184	62,8	109	37,2
Recebeu orientações sobre trabalho de parto e parto	198	67,5	95	32,5

Os achados da tabela anterior refletem dados como segurança e medo. Na tabela 5, foi possível perceber o relato de mulheres que se sentiram seguras (89,4%), seguidas daquelas que se sentiram inseguras (10,4%) durante a internação. Porém identificamos que algumas mulheres sentiram medo (67,9%), durante esse processo.

Tal acontecimento pode facilmente ser explicado quando Lowdermilk (2003) diz que a mulher traz consigo a uma sensação maior de segurança por estar em um ambiente de sua escolha. Estar em um ambiente hospitalar, que por vezes torna-se a única opção dessa mulher a faz ter a falsa sensação de segurança por achar que este é formado por profissionais e tecnologias suficientes para tornar seu parto o mais seguro possível. Por outro lado, o medo ante o desconhecido que envolve o nascimento do bebê, o medo na expectativa dos cuidados que receberá, uma vez que já espera um atendimento impessoal e distante, o medo da perda, o medo da morte, são sentimentos vividos no trabalho de parto, principalmente de primigestas, causando mais uma vez tensão reciosa por sua vida e de seu conceito (D'OLIVEIRA, 2010).

Tabela 5. Caracterização das Ações que ocasionam Medo e Segurança para Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Características	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Segurança	262	89,4	31	10,4
Medo	199	67,9	94	32,1

Ameaçada	24	8,2	267	91,8
Críticas	20	6,9	271	93,1
Ironia	16	5,5	275	94,5
Recebeu Apelidos	72	24,6	219	75,3
Parar de gritar	83	28,3	210	71,7
Gritos com a Parturente	11	3,8	282	96,2
Ouviu piadas	10	3,4	283	96,6

Qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação é entendida como **violência psicológica** (BRASIL, 2011).

Presença de ameaça (8,2%), críticas (6,9%), ironias (5,5%), apelidos (24,6%), solicitações insistentes para que a mulher pare de gritar no momento de sua dor(28,3%), receber gritos (3,8%) e ouvir piadas (3,4%), são dados relatados pelas entrevistadas e que configuram além da violência institucional, a violência psicológica.

Em pesquisa realizada no Brasil em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, sobre violência institucional em maternidades, foi evidenciada que 27% das mulheres entrevistadas, ouviram algum despropósito durante sua internação, como: *“NÃO CHORA NÃO QUE ANO QUE VEM VOCÊ ESTÁ AQUI DE NOVO”;* *“NA HORA DE FAZER NÃO CHOROU/ NÃO CHAMOU A MAMÃE, POR QUE ESTÁ CHORANDO AGORA?”;* *“ SE GRITAR EU PARO AGORA O QUE EU ESTOU FAZENDO, NÃO VOU TE ATENDER”;* *“ SE FICAR GRITANDO VAI FAZER MAL PRO SEU NENÉM, SEU NENÉM VAI NASCER SURDO”.*

As taxas que foram evidenciadas na presente pesquisa, muito embora, em um percentual pequeno, não descarta a ocorrência desse tipo de violência em instituições vinculadas às rede cegonha. Ambientes hospitalares que deveriam trazer conforto,

segurança e bem estar para a mulher que irá parir, para o conceito que irá nascer e para sua família, sem exceção.

Na tabela 6, estão descritos condutas mais comuns para o acompanhamento do trabalho de parto.

Estas, em 1985, no estado do Ceará, em uma Conferência sobre Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, que reuniu a alta cúpula mundial da assistência obstétrica, foram classificadas em 4 categorias. São elas: CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS (Contato pele à pele), **CATEGORIA B** - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS (Enema, tricotomia, uso de soro, manobra de vasalva, curagem e uso de ocitocina de forma inadequada), **CATEGORIA C** - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO (Manobra de Kristeller, amniotomia precoce), **CATEGORIA D** - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO (Uso rotineiro de episiotomia, uso de sondas, toque vaginal rotineiro realizado por pessoas diferentes) (OMS, 1996).

Ao verificar-se os dados descritos a partir dos questionários aplicados, observou-se que condutas categorizadas como boas práticas, como contato pele à pele, estiveram presentes em um percentual maior (54,3%) em relação aquelas que não tiveram o contato imediato pele à pele com seu recém-nascido(45,7%).

Podemos considerar como um bom resultado, visto que, o contato imediato pele à pele é uma prática simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto no longo prazo na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério. (OPAS, 2011)

Observou-se ainda um quantitativo bastante preocupante no que diz respeito a amamentação na primeira meia hora de vida. Houve a evidência de que um número significativo de mulheres entrevistadas não amamentaram na primeira meia hora de vida (77%).

A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2011), refere que a amamentação na primeira meia hora ajuda a promover a amamentação logo após o parto, pois aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do bebê de abocanhar e sugar a mama durante a primeira hora de vida, geralmente sem requerer nenhuma ajuda em particular, resultando no sucesso do aleitamento materno a longo prazo.

Felizmente o município de Fortaleza supera a média nacional (47,5%) ao tratar-se de amamentação exclusiva no primeiro mês de vida com 73,4% dos infantes recebendo leite materno exclusivo no primeiro mês e 10,2% aos 6 meses (HERY et al, 2010).

Ao realizar o cruzamento das variáveis, amamentação na primeira meia hora de vida com Índice de Apgar (método utilizado na avaliação imediata do neonato) dos recém-natos das mulheres entrevistadas, obteve-se a tabela 7.

Há uma predominância na amamentação na primeira meia hora de vida, para aqueles neonatos que receberam Índices de 8 a 10 (26,2%), ou seja, crianças cujo ao nascimento mostraram-se ativas e vigorosas, seguido daquelas que tiveram índice 7 (16%), 4 a 6 (4,3%). Aquelas que nasceram com índices baixos de apgar de 0 a 3, (0%), não foram colocadas para mamar na primeira meia hora de vida, entendendo-se que ou foram natimortos ou houve a necessidade de procedimentos de reanimação neonatal pela gravidade apresentada pelo neonato imediatamente após o nascimento.

Ainda analisando a tabela 7, é possível fazer uma observação no que diz respeito ao percentual de recém-nascidos os quais não mamaram na primeira meia hora de vida (73,8%) e que apresentaram um índice de apgar maior que 8 no primeiro minuto. A situação traduz que a falta de incentivo para essa primeira mamada não está associada ao vigor fisiológico do neonato no primeiro minuto do nascimento, ou seja, crianças ativas, alertas e com vigor, apesar de 53,3% delas, terem o primeiro com suas mães pele à pele, esse momento se resume a isso, contrariando as orientações a OPAS sobre boas práticas ao nascimento em 2011.

Tabela 6. Ações que Caracterizam o Não Cumprimento das Orientações das Boas Práticas para o Parto e Nascimento de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Características/Categoria de Boas Práticas	Sim	Não
---	------------	------------

	Nº	%	Nº	%
Episiotomia (D)	60	20,5	231	78,0
Manobra de Kristeller (C)	70	24,1	221	75,9
Exame de Toque realizado por pessoas diferentes (D)	152	52,2	138	47,1
Amniotomia precoce (D)	97	33,3	194	66,7
Curagem sem analgesia farmacológica (B)	49	16,8	242	83,2
Contato pele à pele (A)	158	54,3	133	45,7
Amamentação na 1ª meia hora de vida (A)	67	23	224	77
Manobra de Vasalva (B)	254	86,7	39	13,3
Uso de Soro (B)	187	63,8	106	36,2
Sonda (D)	21	7,2	272	92,8
Ocitocina (B)	101	34,5	192	65,5
Tricotomia (B)	18	6,1	275	93,9
Enema (B)	10	3,4	283	96,6

Tabela 7. Distribuição dos recém-nascidos que mamaram na primeira meia hora de vida em relação ao índice de apgar no primeiro minuto de nascimento de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Apgar	Amamentação 1ª hora				Total	X ²
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
8 a 10	62	26,2	177	73,8	239	0,008
7	4	16,7	20	83,3	24	
4 a 6	1	4,3	22	95,7	23	
0 a 3	0	0	7	100	7	
Total	67	23,0	226	77,0	293	

Riesco et al (2011), traz o achado em relação ao desfecho perineal de 6.365 partos no estado de São Paulo, onde em relação ao desfecho perineal, 2.895 (45,5%) das mulheres tiveram laceração espontânea no momento do nascimento, 1.823 (28,6%), tiveram períneo íntegro e 1647 (25,9%) tiveram episiotomia. Em relação ao quantitativo de

episiotomias descritas na tabela 6, observou-se um quantitativo menor (20,5%) quando descrito pelas mulheres entrevistadas, estando este achado bem abaixo dos 30% preconizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (FIGUEIREDO et al, 2011).

A tabela 8 associa a realização de episiotomia à paridade, visto que esta associação é melhor documentada na literatura. Além disso, achou-se conveniente associar também a realização da episiotomia com a idade da mulher. Melo Júnior (2005) justifica o emprego deste procedimento em mulheres jovens devido a pelve materna, não ter atingido o padrão adulto. Estes autores fazem menção à inexperiência do trabalho de parto, que também pode ser fator determinante para a realização do procedimento.

Ao analisarmos o dados da tabela 8, é possível observar que quanto maior o número de partos normais, menor o número de mulheres submetidas à episiotomia. Aqui é importante lembrar que as mulheres as quais foram submetidas à entrevista, encontravam-se no período puerperal e quando descrevemos na tabela 1 parto, diz respeito ao parto atual. Assim, 34,1% das mulheres entrevistadas que foram submetidas a episiotomia logo em seu primeiro parto, seguida daquelas que estavam em seu segundo (14,5%) e terceiro (8,3%) parto. Aquelas que estavam em seu 4º ou mais partos, não foram submetidas ao procedimento.

Em estudo semelhante (LÔBO, 2010), verificou que quanto maior o número de partos, menor é a chance de ocorrer episiotomia e que as mulheres sem parto vaginal anterior têm pelo menos 3 vezes mais chance de serem submetidas a episiotomia.

Quanto à idade, observamos um quantitativo maior de episiotomia em mulheres com faixa etária menor que 19 anos (36,4%), seguida da faixa etária de 20 a 34 anos (17,2%) e 35 a 43 (2,9%). Em seu estudo, Lobo (2010) tem um achado semelhante. Este descreve que a faixa etária inferior a 19 anos foi relacionada à maior incidência desta prática.

Nos E.U.A., Ogunyemi et al. (2006), detectaram idade média de 22,83 anos para mulheres que foram submetidas à episiotomia e 26,21 anos para as que não passaram por este procedimento, corroborando com nossos achados.

Metello (2008) em estudo que busca avaliar o desfecho da gravidez nas adolescentes, menciona que outros fatores como paridade, uso de fórceps e macrossomia devem ser também considerados.

Tabela 8. Episiotomia segundo idade e paridade de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

	Episiotomia				Total	P
	Sim		Não			
	N	%	N	%		
Nº de Partos Normais						
1	46	34,1	89	65,9	135	0,001
2	10	14,5	61	85,5	71	
3	4	8,3	44	91,7	48	
4 a 8	0	0	39	100	39	
Idade						
12 – 19	28	36,4	49	63,6	77	0,0001
20 – 34	31	17,2	151	82,8	182	
35 – 43	1	2,9	33	97,1	34	

Ainda na tabela 6, foi possível verificar achados que denotam uma adoção em um quantitativo maior das boas práticas recomendadas pela OMS em 1996, quando observa-se que procedimentos classificados como inadequados na assistência ao parto, tiveram um quantitativo menor, como: Curagem sem analgesia farmacológica (16,8%), uso de ocitocina (34,5%), realização de tricotomia (6,1%) e enema (3,4%). Quanto aqueles procedimentos que geralmente são usados de forma inadequada, verificou-se amniotomia precoce (33,3%), uso de sondas (7,2%).

Ao tratar-se do exame de toque vaginal realizado por pessoas diferentes evidenciou-se um quantitativo significativo (52,2%). A OMS (1996) orienta que essa prática limitada o estritamente necessário, ou seja, durante o primeiro estágio do parto, um toque a cada 4 horas é o suficiente. Ainda afirma que se o trabalho de parto decorre sem problemas, parteiros experientes podem às vezes fazer um único exame somente para determinar que há um trabalho de parto ativo.

Outra prática no manejo do trabalho de parto é somente realizar um exame vaginal quando houver uma indicação desta necessidade, por exemplo quando a intensidade e a freqüência das contrações diminuem, quando há o tampão mucoso (sinal do sangramento) ou a presença do puxo involuntário, ou antes de administrar a analgesia.

Além dessas recomendações a OMS ainda orienta que em instituições de ensino, onde este procedimento é realizado pelo estudante e verificado por seu supervisor somente poderá ser feito depois de obter o consentimento da parturiente. Em nenhuma circunstância as mulheres devem ser coagidas a passar por exames vaginais repetidos ou freqüentes feitos por vários prestadores de serviço ou treinandos.

A manobra de Kristeller, classificada como categoria C pela OMS, é desestimulada por Brasil (2001), quando descreve que esta deve ser evitada por ser ineficaz e por vezes prejudicial. Para Rezende 2002, essa prática quando mal orientada ou violentamente praticada pode acarretar lesões maternas e fetais como o deslocamento de placenta. Dalascio e Guariento (1981) afirmam que a manobra de

Kristeller foi abandonada pelas graves consequências que pode acarretar como trauma das vísceras abdominais, do útero, deslocamento da placenta e traumas fetais. Na tabela 6 observamos o abandono dessa prática quando 75,9% das mulheres entrevistadas não referiram serem submetidas à manobra.

Ainda observa-se a presença de práticas prejudiciais, como manobra de vasalva (86,7%) e uso de soro (63,8%) em mulheres em trabalho de parto.

O gráfico 3, mostra as posições de parto descritas pelas mulheres entrevistadas. Observa-se que a houve uma predominância de mulheres que pariram em posição dorsal (91%), seguidas daquelas que tiveram seu filhos em decúbito lateral (7%), genu-peitoral (1%) e verticais (0,7%).

Isso pode facilmente ser entendido quanto à ocorrência do parto institucionalizado. Quando mudanças relacionadas ao parto, acabaram por caracterizá-lo como um evento médico. Assim, o parto deixa de ser privado, íntimo e feminino e passa a ser vivido de maneira pública, com outros atores sociais. Não se pode negar as contribuições que os avanços científicos trouxeram à humanidade e à mulher. Porém a mesma sociedade que criou tais instrumentos, não reconhece os direitos da mulher e não lhe dá acesso a informações sobre seus direitos reprodutivos. (Brasil, 2001).

Manter a mulher em trabalho de parto em seu leito, imóvel, em uma posição facilitadora para “o parteiro fazer o parto”, traduz a perda da autonomia nesse contexto. Isso

relaciona-se diretamente a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas.

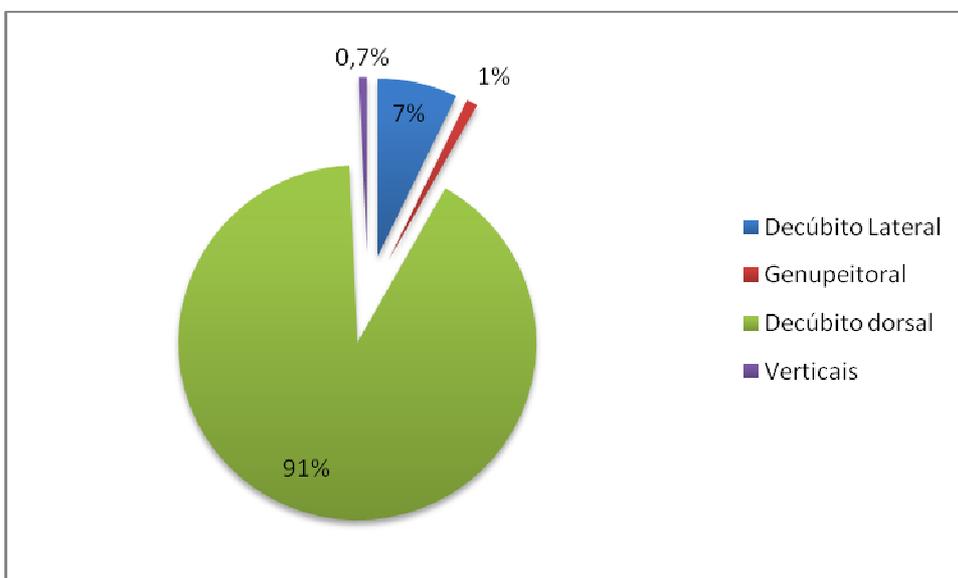


Gráfico 3. Caracterização das Posições de Parto em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

A tabela 9, descreve aspectos de satisfação das mulheres entrevistadas, onde 79,4% têm a percepção de que correspondeu às suas expectativas em relação ao parto, 86,3% acham que colaborou com o nascimento, 59,5% referiram preocupações com o recém-nascido, 94,5% não se sentiram vulneráveis frente a maus atendimentos, 81,1% não referiram frustração pelo fato do parto não ter sido como planejado e 98,6% relataram estarem feliz pelo bem-estar pessoal e do recém-nascido.

Tabela 9. Caracterização da Satisfação de Mulheres que Pariram seus Filhos por parto normal em Maternidades da Rede Cegonha Fortaleza-Cascavel, Dezembro/2013

Características	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Correspondeu às Expectativas	233	79,4	60	20,6
Colaborou com o Nascimento	253	86,3	40	13,7
Preocupação com Complicações com Recém-	175	59,5	118	40,5

nascido				
Sentimento de vulnerabilidade pelo mau atendimento	16	5,5	277	94,5
Sentimento de frustração pelo fato do nascimento não ter sido como planejado	55	18,8	238	81,1
Sentimento de Felicidade pelo bem estar pessoal e do Recém-nascido	289	98,6	4	1,4

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados na presente pesquisa, podemos observar como alguns procedimentos estão arraigados à rotina dos profissionais que atuam na assistência Obstétrica, muito embora haja inúmeros estudos baseados em evidências científicas que demonstram resultados superiores obtidos quando algumas práticas assistenciais são modificadas. Procedimentos classificados ainda na Conferência Internacional de Boas práticas de Assistência ao Parto como demonstradamente desnecessários, ainda são realizados rotineiramente, gerando danos físicos, traumas, constrangimento e gastos, e não tendo sua eficácia comprovada, continuam sendo empregados diariamente. A consequência disso, são mulheres sendo violentadas rotineiramente e sem se quer perceberem que foram violentadas. É notório que tivemos grandes avanços quando evidenciamos o decréscimo de procedimentos realizados de forma inadequada, como o uso rotineiro de episiotomia, mas ainda encontramos fortes indícios de violência institucional impetrada por instituições de deveriam cuidar e zelar pelo bem estar da mulher, neonato e família.

Podemos assim dizer que tais práticas inadequadas se devem, principalmente, à formação obstétrica da maioria dos profissionais, onde esta baseia-se em modelos tradicionais de autores consagrados há muitas décadas e sem comprovação verdadeira da relação entre danos e benefícios. Além disso, estes elementos de estudo dificilmente acompanharam as atualizações referentes ao parto natural. Os estudantes e profissionais que este modelo produz, têm uma tendência que parte do princípio da intervenção, como acontece em outras disciplinas relacionadas às patologias. A grande dificuldade para se quebrar os paradigmas da assistência tecnocrática e partir para um modelo humanizado reside nesse padrão de conscientização dos profissionais e também nos desafios que os interesses políticos de cada agente envolvido na assistência à saúde propiciam.

Nas últimas décadas, podemos observar que no Brasil vem acontecendo um importante e crescente movimento pró-humanização e melhoria do atendimento ao parto. Mulheres e homens leigos, organizações não governamentais, profissionais humanistas de diversas áreas (medicina, enfermagem, fisioterapia, sociologia, antropologia, etc.), e também autores de políticas públicas de saúde têm trabalhado e estudado sobre a temática, buscando principalmente modificar a realidade do atual modelo de atenção à saúde e conseqüentemente, devolver à mulher o protagonismo de seu parto.

O Ministério da Saúde vem buscando estratégias para melhorar a qualidade do atendimento à gestante. A Rede Cegonha, política de governo, lançado em 2011, visa o incentivo à captação e continuação da assistência, a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade como medida para diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil do Brasil.

Os movimentos sociais em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos vêm crescendo no Brasil, exigindo mais respeito ao parto, direito de escolha para as mulheres decidirem sobre o nascimento de seus filhos e o fim da violência obstétrica. Nos anos de 2012 e 2013 foram realizadas em diversas cidades do país duas manifestações relevantes: a Marcha Para o Parto em Casa e a Marcha Pela Humanização da Assistência ao Parto, reunindo milhares de mulheres em defesa do atendimento respeitoso e baseado em evidências científicas.

Enquanto profissionais da área da saúde, devemos sempre buscar aperfeiçoar nossas práticas e conhecimentos para oferecermos a melhor assistência possível, levando em conta os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e espirituais de nossos clientes. O entendimento de que essas esferas são indissociáveis e de que interferem na resposta do cliente do serviço de saúde ao seu tratamento é o primeiro passo para a prática humanizada. Basta entendermos que somos humanos. E para fazer humanização é o bastante, se podermos olhar o próximo como seres humanos, que pensam, que sentem, que carecem de cuidados e atenção. E que estes, não estão sozinhos no contexto da assistência. Eles têm uma história, vêm de uma família, procedem de algum lugar.

Contudo, de nada adianta a boa vontade para fazer o trabalho humanizado, se nossas condutas estão desatualizadas e por esse motivo colocam em risco e prejudicam os que necessitam de nossos cuidados. O respeito e a ética profissional começam no uso do conhecimento e das tecnologias de forma sensata e estende-se para o modo como ambos são aplicados a cada pessoa. Atuação baseada em evidências científicas incide, inclusive, na redução de custos do sistema de saúde, visto que procedimentos desnecessários e possíveis complicações são mais facilmente evitados. A redução dos custos significa mais recursos para serem investidos racionalmente em outras áreas importantes que se relacionam com a qualidade da saúde da população, como educação, lazer, cultura, trabalho, transporte e meio ambiente com menos resíduos resultantes de desperdício de materiais hospitalares. Isso é sustentabilidade de um serviço.

A assistência humanizada prestada à mulher no momento do parto contribui para o modo como a maternidade é vivenciada nos anos que se seguem. Traumas físicos e psicológicos adquiridos nesse processo podem jamais serem curados ou trabalhados, permanecendo no subconsciente dessas mulheres e constantemente virem à tona em forma de frustração, baixa autoestima, depressão, dificuldades em lidar com a própria sexualidade e de aceitação do corpo. Essas angustias, refletem direta ou indiretamente na educação dos filhos e no cotidiano familiar. O renomado obstetra francês Michel Odent, traz em sua frase célebre *“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”*, uma demonstração disso.

Todos os profissionais de saúde que prestam assistência à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, independente de onde atuarem, sejam em consultórios de pré-natal, maternidades, centros obstétricos ou que atendem gestantes, parturientes e puérperas em outros tipos de instituições devem, no mínimo, ter perfil para este tipo de trabalho, gostar de atuar e motivar-se diariamente, pois não é tarefa fácil participar desse momento tão intenso e transformador da vida das mulheres, onde há um misto de insegurança e medo com alegria e plenitude. Somos transformadores de uma realidade, e com isso, trazemos a responsabilidade de sermos transformadores do mundo em que vivemos.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal — perguntas e respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

_____. Ministério da Saúde. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal: perguntas e respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência de Alta e média complexidade no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar- Orientações para a Prática em Serviço / Cadernos de Atenção Básica –nº 8** pág. 28 - 2ª.Edição- Brasília – DF / 2003.

10 ANOS DA ADOÇÃO DA CONVENÇÃO INTRAAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER/ Convenção de Belém do Pará – AGENDE / Ações em Gênero e Cidadania e Desenvolvimento-Brasília, Junho de 2004.

ABUJAMRA, A.C.P.; BAHIA C.J.A. **O Direito Social À Saúde na Constituição Federal de 1988: Reserva do Possível e Mínimo Existencial – Limites?** Rev. Novatio Iuris, Porto Alegre, v.13, n.2, p. 49-76, 2009

BATALHA, SANDRO DE JESUS COSTA. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009.

BELLI, Laura F. la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos
Obstetric violence: another form of Human Rights violation. **Revista Redbioética/UNESCO**, p. 25, 2013.

BENEDITO, S.C. *et al.* Relações de Gênero e Poder: Uma Análise do Comportamento Humano nas Organizações. In: Encontro nacional dos Cursos de Graduação em Administração, II, 2006, Universidade Estadual de São Luis, **Anais**, São Luís; 27-30 ago 2006.

BISPO, C.D.B.; SOUZA, V.L.C. Violência Institucional Sofrida por Mulheres Internadas em Processo de Abortamento. **Rev. Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.21, n.1, p.19-30, 2007.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei Maria da Penha**. Lei N° 11.340/2006. Brasília 2010; 34p.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS. *Informações de saúde, demográficas e socioeconômicas*. [site da Internet][acessado 2011set 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

CLEARY-GOLDMAN, Jane et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. **Obstetrics & Gynecology**, v. 105, n. 5, Part 1, p. 983-990, 2005.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.4, 2009.

DAHLBERG L.L.; KRUG E.G. Violência: Um Problema Global de Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11(sup), p.1163-1178, 2007.

DATASUS. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw> > Acesso em 20 de out 2012

DECLARAÇÃO DO MILÊNIO DAS NAÇÕES UNIDAS. Disponível em : <http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf> Acesso em: 28 dez 2012.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em_ <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>> Acesso em 28 dez 2012. -

DESLANDES, Suely Ferreira. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência ea recriação da vida. In: **Coleção antropologia e saúde**. Fiocruz, 2002.

DO BRASIL, ATLAS do Desenvolvimento Humano. Brasília: Pnud.**IPEA/Fundação João**.

FIGUEIREDO, Giselle da Silva et al. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar; Ocurrência de episiotomia en partos asistidos por enfermeros obstétricos en el hospital.**Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 181-185, 2011.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária,1986.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**.35ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HENRY, Beth A. et al. Socio-Cultural factors influencing breastfeeding practices among low-income women in Fortaleza-Ceará-Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. *Rev. Enfermería Global*, v. 19, p. 1-13, 2010.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 3, 2007.

JANAÍNA M. A. **Violência Institucional em Maternidades Públicas**: Hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

KUDISH, Bela; SOKOL, Robert J.; KRUGER, Michael. Trends in major modifiable risk factors for severe perineal trauma, 1996–2006. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 102, n. 2, p. 165-170, 2008.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LÔBO, Sara Fleury. O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais. *Rev Assoc Med Bras*, v. 56, n. 3, p. 333-39, 2010.

MARTINEZ, S.D.T. **Rede Criança Prudente**. Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher. Disponível em: http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16. Acesso em 5 de out. 2012.

MELO, Enirtes Caetano Prates et al. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, p. 804-9, 2007.

METELLO, RUI; MAIA, MIGUEL; HERMIDA, MANUEL. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 30, n. 12, p. 620-5, 2008.

Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em 2 out 2012.

MURY, L. **Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**. Violência Institucional: Casos de Violação de Direitos humanos na Área da Saúde Materna e Neonatal no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm>. Acesso em 2 out 2012.

NDI, N.; AHO, OPS; OVI, M. U. Além da sobrevivência.

ODENT, Michel. A cientificação do amor. **São Paulo: Terceira Margem**, v. 125, 2000.

Office on Women's Health. HHS Blueprint for action on breastfeeding. (Report). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. 2000.

OGUNYEMI, Dotun et al. Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery. *Journal of the National Medical Association*, v. 98, n. 11, p. 1874, 2006.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino de et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 11, 2012.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PORTAL BRASIL. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/08/17/inaugurado-hospital-da-mulher-em-fortaleza-com-atendimento-a-seis-especialidades>>
Acesso em: 10 out 2012.

RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev enferm UERJ**, v. 19, p. 77-83, 2011.

SCHRAIBER, Lilia; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos: novas questões para o campo da saúde [Cartilha]. **São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo**. Recuperado de <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/mulher/cartviol.pdf>, 2003.

World Health Organization. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO; 1996.

ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 4, p. 252-257, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A. - Questionário para coleta de dados

Dados Pessoais

1. Idade: _____

2. Escolaridade: () Nenhuma

() De um a três anos

() De quatro a sete anos

() De oito a 11 anos

() Mais de 12 anos

3. Tipo de união: () Solteira () União estável () Casada () Viúva () Separada

4. Ocupação: _____

5. Renda familiar: _____ salários mínimos

6. Município de residência: _____

Dados Obstétricos

7. Quantas vezes você engravidou? _____

8. Quantas vezes você pariu? _____

9. Quantos partos normais você teve? _____

10. Você sofreu algum aborto? Sim () Não ()

11. Quantos? _____

12. No seu parto atual você passou por outras maternidades antes de chegar aqui?

Sim () Não ()

13. Quantas? _____

14. O que você sentia ao chegar na maternidade?

Dor () Sangramento () Perda de líquido () Outro () Especifique _____

15. Dilatação (Dados do prontuário) _____

16. Dinâmica Uterina (Dados do prontuário) _____

Durante o trabalho de parto:

17. Você teve liberdade para andar? Sim () Não ()

18. Alimentou-se? Sim () Não ()

19. Bebeu líquidos? Sim () Não ()

20. Ficou com acompanhante?

21. Seu acompanhante esteve com você durante todo o tempo? Sim () Não ()

22. Seu acompanhante só pôde ficar durante parto/nascimento – ou outros momentos determinados

Sim () Não ()

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

11 _____

12 _____

13 _____

14 _____

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

21 _____

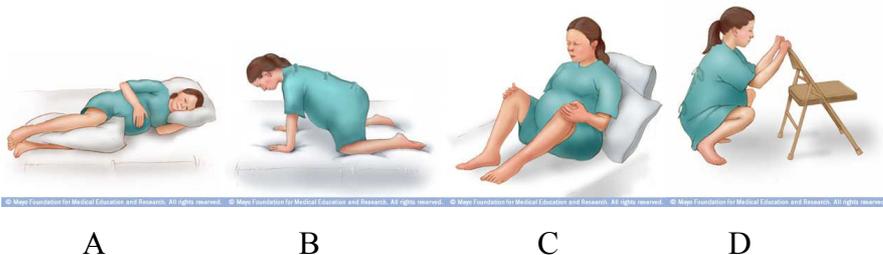
22 _____

23. Seu acompanhante só podia ficar no horário de visitas? Sim () Não ()
24. Seu acompanhante só podia ficar durante o dia Sim? () Não ()
25. Só podia acompanhante mulher? Sim () Não ()
26. Recebeu visita? Sim () Não ()
27. Teve o acompanhamento de uma doula (uma assistente de parto, ainda sem titulação profissional, que proporciona informação, acolhimento, apoio físico e emocional às mulheres durante a parturiação)? Sim () Não ()
28. Foi orientada sobre o que iria acontecer? Sim () Não ()
29. Ficou com soro? Sim () Não ()
30. Ficou com sonda ou algum outro tipo de tecnologia?
Sim () Não () Qual? _____
31. Usou injeção de força? (Dados do Prontuário) Sim () Não ()
32. Usou Comprimidos vaginais? (Dados do prontuário) Sim () Não ()
33. Foi depilada? Sim () Não ()
34. Foi feito lavagem intestinal? Sim () Não ()
35. Antes de ser realizado procedimentos com você (Coleta de exames, lavagem, depilação e outros), você foi esclarecida do que seria feito? Sim () Não ()
36. Durante sua internação você se sentiu segura e à vontade durante todo o processo?
Sim () Não ()
37. Durante sua internação você sentiu medo pela sua saúde e de seu bebê? Sim () Não ()
38. Durante sua internação você deixou de perguntar alguma dúvida ou falar de seus medos e preocupações, porque não terespondiam ou te respondiam mal? Sim () Não ()
39. Durante sua internação você: Se sentiu ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional?
Sim () Não ()

23	_____
24	_____
25	_____
26	_____
27	_____
28	_____
29	_____
30	_____
31	_____
32	_____
33	_____
34	_____
35	_____
36	_____
37	_____
38	_____
39	_____
40	_____

Durante o parto:

40. Risque a posição você pariu?





E



F



G

41. Durante o parto alguém mandou-lhe parar de gritar? Sim () Não ()
42. Durante o parto alguém mandou-lhe fazer força? Sim () Não ()
43. Durante o parto alguém gritou com você? Sim () Não ()
44. Durante o parto alguém fez piada por seu comportamento? Sim () Não ()
45. Durante o parto alguém criticou você por seus lamentos ou choro de dor, emoção e alegria?
Sim () Não ()
46. Durante o parto alguém fez comentários irônicos em tom depreciativo? Sim () Não ()
47. Durante o parto alguém chamou você por algum apelido, ou usou palavras no diminutivo, como “gordinha”, “mãezinha”, “minha filhinha”, ou outros? Sim () Não ()
48. Durante o parto cortaram sua vagina no momento do bebê nascer?
Sim () Não ()
49. Durante o parto apertaram ou subiram na sua barriga no momento do bebê nascer?
Sim () Não ()
50. Durante o parto realizaram repetidos exames de toque vaginal, por pessoas diferentes?
Sim () Não ()
51. Durante o parto romperam de modo artificial sua bolsa das águas?
Sim () Não ()
52. Durante o parto alguém realizou a retirada de restos de parto com a mão (curagem uterina) sem anestesia? Sim () Não ()
53. Durante o parto alguém lhe compreendeu, lhe amparou e lhe tratou com respeito?
Sim () Não ()

Depois do nascimento

54. Seu bebê nasceu: Vivo () Morto ()
55. Apgar (Dado do Prontuário)
56. Ao nascimento, você foi impedida de ter contato imediato com o bebê, apesar de ter manifestado seu desejo? Sim () Não ()
57. Ao nascimento, você não teve contato com o bebê? Sim () Não ()
58. Ao nascimento, você colocou para mamar? Sim () Não ()

41	_____
42	_____
43	_____
44	_____
45	_____
46	_____
47	_____
48	_____
49	_____
50	_____
51	_____
52	_____
53	_____
54	_____
55	_____
56	_____
57	_____
58	_____

- | | |
|--|-----------------|
| 59. Ao nascimento, você ficou com o bebê no colo? Sim () Não () | 59 _____ |
| 60. Ao nascimento, você apenas viu o bebê? Sim () Não () | 60 _____ |
| 61. Depois do parto você se sente preocupada por não ter correspondido ao que esperavam de você?
Sim () Não () | 61 _____ |
| 62. Depois do parto você se sente preocupada por sentir que não “colaborei” o suficiente para o
nascimento? Sim () Não () | 62 _____ |
| 63. Depois do parto você se sente preocupada com complicações de saúde do meu filho?
Sim () Não () | 63 _____ |
| 64. Depois do parto você se sente com raiva, porque me senti mal atendida e vulnerável?
Sim () Não () | 64 _____ |
| 65. Depois do parto você se sente frustrada porque o parto e nascimento não foram como planejados?
Sim () Não () | 65 _____ |
| 66. Depois do parto você se sente feliz apenas porque meu bebê estava bem? Sim () Não () | 66 _____ |
| 67. Depois do parto você se sente feliz e realizada, por mim e pelo bebê? Sim () Não () | 67 _____ |

APÊNDICE B – Carta de autorização para pesquisa

À instituição,

Solicito autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **Análise da Violência Institucional em Maternidades da Rede Cegonha em Fortaleza**, nessa instituição. A pesquisa será realizada nos meses de _____ à _____ de 2013, de segunda à sexta, no período da manhã, até que sejam coletado o quantitativo amostral de _____ questionários.

Esclareço que as informações coletadas, somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, conforme cópia do projeto entregue.

Somente será dado início a pesquisa após aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa (CEP).

Em caso de esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador responsável:

Francisca Alice Cunha Rodrigues

E-mail: alice.cunha1@hotmail.com

Assumo perante a _____ a
veracidade das informações.

Fortaleza, _____ de _____ de 2013

Francisca Alice Cunha Rodrigues

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, **Francisca Alice Cunha Rodrigues**, responsável pela pesquisa intitulada: **Análise da Violência Institucional em Maternidades da Rede Cegonha em Fortaleza** faço um convite para você participar como voluntária deste estudo. Esta pesquisa pretende Identificar a violência institucional em maternidades vinculadas à rede cegonha de Fortaleza\Cascavel. Acreditamos que ela seja importante para garantia dos direitos da mulher durante o trabalho de parto. Para sua realização você deverá responder um questionário em um período máximo de 15 minutos. Além deste, utilizaremos ainda, dados contidos em seu prontuário. A presente pesquisa não oferece riscos, contudo, é possível que se sinta constrangida ao responder alguma das perguntas. Assim, é importante que saiba que o sigilo de sua identificação será garantido. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os benefícios que esperamos com o estudo, são de utilizarmos esta pesquisa como uma amostra que evidencie essa violência desconhecida por muitos usuários do Sistema Único de Saúde, a fim de proporcionar a qualidade da assistência. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo do seu atendimento, pela sua decisão. Não haverá nenhum ônus ao participar desta pesquisa, bem como nenhum benefício financeiro. O presente termo contém duas vias. Uma pertencente ao participante e outra ao pesquisador

Termo de Consentimento Pós-esclarecido

Eu, _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Voluntário ou representante legal

Testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados da pesquisadora:

Francisca Alice Cunha Rodrigues

alice.cunhaI@hotmail.com Fone: (85) 85008256

Dados do CEP:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Av. Paranjana, 1700, Itaperi. Fone: (85)31019906

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL EM MATERNIDADES DA REDE
CEGONHA DE FORTALEZA

Pesquisador: Francisca Alice Cunha Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17326713.6.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 387.135

Data da Relatoria: 24/06/2013

Recomendações:

Recomenda-se que o TCLE seja um documento em uma única página.

Ressalta-se a importância da obtenção do Termo de Anuência das instituições onde serão realizadas as coletas de dados, pois caso contrário a pesquisa não poderá ser realizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende a Resolução 466 de dezembro de 2012 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória estão disponibilizados adequadamente exceto o Termo de anuência que não encontra-se anexado.