

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL¹

Priscila Fortunato Barreto de Souza²

Vera Nícia Fortkamp de Araújo³

Resumo: A humanização encontra-se respaldada no projeto ético-político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional de todo assistente social. O objetivo central desse estudo consiste em refletir sobre a atuação do assistente social no âmbito do parto e nascimento, pois atuando como mediador do processo de acesso aos direitos e à legitimação da cidadania pode contribuir com subsídios para que a parturiente seja vista em sua integralidade e na viabilização de estratégias para o enfrentamento das demandas que se apresentam.

Palavras-chave: Humanização. Serviço Social. Política de Saúde. Parto.

¹ Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Políticas Sociais e Demandas Familiares da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, como requisito parcial para obtenção do título de especialista; 2015.

² Aluna do Curso de Especialização em Políticas Sociais e Demandas Familiares da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. E-mail: priscilafbdes@gmail.com

³ Professora orientadora, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. E-mail: vnfa@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Este artigo traz reflexões sobre o tema humanização do nascimento e as contribuições do Serviço Social. Tal tema foi despertado pela própria vivência de parto, como também o acompanhamento do crescimento dos movimentos sociais em defesa da humanização e ainda as discussões sobre leis de incentivo e proteção à parturiente e ao bebê.

De acordo com a pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados* (2010) da Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica, isso vai desde maus tratos por profissionais até procedimentos invasivos e/ou desnecessários, onde a própria Organização Mundial de Saúde - OMS determina critério e cautela. É possível que esse número seja maior, uma vez que “a expectativa da maioria das mulheres em relação ao parto é baseada nessa assistência intervencionista, que passou a ser tida como natural ou tradicional” (D’ORSI; et al, 2014, p. 155), ou seja muitas pessoas entendem que esses procedimentos fazem parte de um cotidiano e os aceitam como corretos, porque a forma invasiva e desrespeitosa de lidar com a saúde da parturiente e do recém nascido se alojou na sociedade disfarçada de cuidado e atenção.

Já a pesquisa *Nascer no Brasil* (Fiocruz, 2012), aponta que a maioria das brasileiras perde autonomia no momento do parto, ficando elas sujeitas a intervenções desnecessárias, além de demonstrar que variáveis como cor de pele, escolaridade, região demográfica, atendimento proveniente de setor público ou privado podem significar diferença no atendimento e concomitante a isso na satisfação das parturientes em relação à experiência de parto.

A Política Nacional de Humanização (2004) surgiu como proposta para viabilizar a garantia do direito constitucional de saúde e para qualificar as práticas dos modelos de atenção e gestão, tendo a humanização como “estratégia de interferência no processo de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p. 08).

O parto, para a antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd, é um processo de transformação que tanto a mulher quanto bebê e os demais envolvidos vivenciam. E neste processo de transformação, surge o seguinte questionamento, qual a atuação do

assistente social em defesa da humanização do nascimento? Aponta-se como hipótese que as percepções acerca do Serviço Social podem ser limitadas devido ao desconhecimento das atribuições do assistente social, dificultando assim a interação multiprofissional.

A humanização do nascimento por vezes é confundida como uma nova técnica, quando na verdade significa respeitar tanto a fisiologia do parto quanto a da mulher. Algo aparentemente simples, mas que encontra barreiras pelo caminho, sejam protocolos institucionais ou práticas arcaicas sem embasamento científico.

O assistente social se insere neste contexto como mediador do processo de acesso aos direitos e à legitimação da cidadania, sendo um profissional capacitado para a identificação dos determinantes sociais e apreensão das vulnerabilidades, podendo intervir na qualidade de vida e saúde das parturientes e bebês. O Serviço Social pode contribuir com o acesso às informações sobre o direito à saúde, ser o articulador entre os demais profissionais de saúde envolvidos em todo o processo como também em ações sócio educativas, possibilitando assim um atendimento humanizado às mulheres parturientes e bebês, aproximando-se aos níveis esperados tanto pelos órgãos gestores quanto pela sociedade.

Para o desenvolvimento deste estudo, procurou-se estruturá-lo com os seguintes objetivos específicos: Contextualizar as políticas nacionais de atenção à saúde da mulher e da criança, como também refletir sobre o Serviço Social e a atuação do assistente social neste cenário.

A metodologia utilizada tem por finalidade aprimorar o estudo, com uma pesquisa bibliográfica em autores que abordam o tema em questão. Segundo Gil (2008), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Também trata-se de uma pesquisa exploratória que possibilita “maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GERHARDT; TOLFO, 2009, p. 35) possibilitando assim recolher e analisar informações e conhecimentos sobre a temática proposta.

Diante do exposto é de fundamental importância trazer para esse estudo a reflexão sobre a intervenção do assistente social como um dos profissionais da área da saúde na humanização do nascimento.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Faz-se necessário conceituar o que vem a ser política pública. Define-se como “uma linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei.” (PEREIRA, 1996 apud KEHRIG, 2011, p. 104), ou seja, o Estado, nas escalas federal, estadual e municipal, desenvolve ações em áreas como educação, assistência social e saúde com vistas a atender as necessidades sociais da população.

A Política de Saúde é a que teve os avanços mais significativos, e destes, o principal foi a Reforma Sanitária que “trata da defesa da universalização das políticas sociais, da garantia dos direitos sociais e seus princípios de equidade, universalidade e integralidade que permanecem, ainda hoje, como desafio à política pública.” (SOUZA, 2013, p. 01)

Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (1986) a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, entre outros, foram entendidos como fatores determinantes e condicionantes de saúde, afastando a afirmação de saúde como simplesmente ausência de doença. Esses fatores, segundo Iamamoto (1982) fazem parte da questão social e devem ser compreendidos como o conjunto de desigualdades presente no capitalismo.

A saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) sendo seu acesso assegurado como direito de cidadania e regulamentado pela lei 8080/90 e 8142/90, determinando o controle e a participação da comunidade e o repasse de recursos. Porém o direito a saúde muitas vezes não é alcançado, segundo Silva e Arizono (2008), “O Estado não investe o necessário, os trabalhadores não são remunerados satisfatoriamente, os gestores não contam com os recursos e equipamentos que deveriam e a população não participa do controle dos seus direitos” que se dá com a participação nos Conselhos e Conferências.

Para agravar, as ações desenvolvidas com os usuários do serviço de saúde, tanto pública quanto privada, costumam ser de forma automatizada, por protocolos, faltando um olhar singular para cada situação.

A assistência ao parto não foge dessa realidade. A reprodução faz parte do ciclo de vida dos seres vivos, é um evento fisiológico. Na espécie humana o cenário de nascimento, até o século passado, era de uma mulher gestante, amparada por parteiras,

familiares e pessoas próximas. Não havia estranhos rodeando ou entrando e saindo a todo o momento do local e a criança era recebida na intimidade do lar. Quando os nascimentos começaram a acontecer em ambiente hospitalar, pouco a pouco esse cenário foi mudando.

Não se pode desconsiderar que a tecnologia contribuiu para assistência materna e infantil reduzindo taxas de morbi-mortalidade, mas deu uma conotação patológica ao ato de parir e nascer quando na verdade esta pode ser uma experiência carregada de um conteúdo cultural, social, religioso e sexual.

Visando garantir atendimento de qualidade pelo Sistema Único de Saúde – SUS desde a confirmação da gravidez até os dois primeiros anos de vida da criança, em 2011 foi lançado pelo Governo Federal o programa Rede Cegonha. Este programa consiste em garantir uma rede de cuidados materno-infantil, assegurando às mulheres “o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (Art. 1º Portaria nº 1.459 de 24/06/2011). Além disso, o programa Rede Cegonha prevê a qualificação dos profissionais de saúde e a criação de estruturas de assistência como Centros de Parto Normal em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento.

Assim como é necessário melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde, é imprescindível conhecer sobre os direitos assegurados em leis e as políticas públicas também. Com o intuito de contribuir para o fortalecimento e controle social por meio da ação de conselheiros, agentes comunitários de saúde, profissionais da assistência social, lideranças comunitárias, da imprensa e da sociedade, o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF e o Ministério da Saúde lançaram, como parte das ações da Rede Cegonha, o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê (2011) com informações sobre o direito ao pré natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência ao recém-nascido e à mãe.

Seguindo com a reflexão, abaixo as principais políticas públicas relacionadas à saúde de gestantes, parturientes e bebês no Brasil.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

Instituída pela portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal é executada pelo Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

Esta política busca desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez até o fim da gestação, assegurando o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do bebê. Destaca a necessidade de atenção especial quando a gestante é adolescente e também atenção a grupos específicos como mulheres negras, índias e portadoras de HIV ou outras doenças infecciosas que podem ser transmitidas da mãe para o bebê.

Está prescrito que uma atenção de qualidade depende de:

Provisão de recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas. (portaria nº 1.067/GM de 04 de julho de 2005, p. 2).

Sendo assim, a Política em questão valoriza a autonomia e protagonismo dos indivíduos como via essencial para o atendimento humanizado.

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER

Nas primeiras décadas do século XX é que a saúde da mulher é inserida às políticas nacionais de saúde, ainda com a visão reducionista da mulher como reprodutora, mãe e doméstica. Tal visão foi criticada pelo movimento feminista brasileiro, o qual atuou fortemente para introduzir na agenda política nacional questões além da gestação e parto. Era necessário proporcionar melhorias em todos os ciclos de vida, não deixando passar que a população feminina era a mais atingida em relação a desigualdades de gênero, sobrecarga de funções e problemas associados à reprodução e sexualidade. Situações não muito diferentes dos dias atuais.

Em 1984, indo de encontro à reivindicação, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM composto por:

Ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal,

parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (BRASIL, 1984 apud Brasil, 2011 p. 17).

As propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços juntamente com a integralidade e equidade da atenção que foram incorporadas como princípios e diretrizes do PAISM, influenciaram diretamente na construção do SUS, que vinha sendo debatido pela Reforma Sanitária.

Com base na avaliação realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher sobre os avanços e retrocessos alcançados, em 2003 foi possível iniciar a construção da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política de saúde.

Lançada em 2004, a Política tem como objetivos gerais:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2011, p. 67).

Por fim, cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher considera a pluralidade dos estados brasileiros, com seus diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão.

2.3 POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

A atenção à saúde da criança segue em transformação conforme o avanço no conhecimento técnico-científico somado ao envolvimento de setores variados da sociedade.

A Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2004) é um documento criado pelo Ministério da Saúde que estabeleceu como princípios norteadores o planejamento e desenvolvimento de ações integradas, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral e resolutiva, a equidade, a atuação em equipe, o desenvolvimento de ações coletivas

com ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família/controle social na gestão local, avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada. Serve como uma ferramenta de trabalho para auxiliar gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus variados níveis.

De acordo com a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a taxa de mortalidade infantil para 2015 é de 13,82 por mil nascidos vivos, diferente de 2005 quando era de 22,18 por mil nascidos vivos. Esse avanço no setor da saúde deve-se a ampliação do acesso da população aos serviços de atenção básica de saúde, e da melhoria dos cuidados da assistência realizada às mães e aos bebês durante o pré-natal, parto e pós-parto.

Recentemente, em novembro de 2014 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança que une os vários programas destinados à saúde da criança que vem sendo realizado há décadas, de forma a alinhar ações fragmentadas possibilitando assim um atendimento articulado de longo prazo, objetivando o desenvolvimento integral da criança, respeitando os princípios constitucionais do SUS.

Seguindo com a reflexão, o próximo item falará sobre as possibilidades de contribuição do Serviço Social em prol do atendimento humanizado no que diz respeito ao parto e nascimento.

3 SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO.

Para este item, é necessário fazer um breve resgate histórico sobre o surgimento do Serviço Social.

Segundo Martinelli (2001), o surgimento do Serviço Social como profissão está profundamente relacionado com o capitalismo. Nos idos da Revolução Industrial, a burguesia, a igreja e o Estado uniram-se com intenção de impedir as manifestações e greves dos operários que estavam descontentes com a jornada de trabalho, as instalações inadequadas e o salário que não era fixo. É nesse cenário que aparecem os primeiros assistentes sociais, com o intuito maior de ser um instrumento para amenizar os conflitos e inquietamentos da classe de trabalhadores. Com a reconceituação do Serviço

Social, o foco de atuação passa a ser a viabilização da garantia dos direitos do cidadão tendo como matéria prima a questão social, entendida aqui por ser:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2011, p. 27).

O conceito de saúde expresso no artigo 3º da Lei 8.080/90 ressalta como determinantes e condicionantes de saúde fatores que fazem parte da questão social, sendo assim, o assistente social é caracterizado como profissional de saúde através da resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde e da resolução nº 383/99 do CFESS, contribuindo para o atendimento das demandas imediatas da população, além de viabilizar o acesso às informações, orientações e ações socioeducativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País.

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), o desempenho deste profissional se dá em quatro grandes eixos, que seguem listados abaixo:

- Atendimento direto aos usuários do serviço – Dá-se nos diferentes espaços de atuação profissional na saúde, com ações interdisciplinares, socioassistenciais e socioeducativas. Exemplo: Fortalecendo vínculos familiares, em vista de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.
- Mobilização, participação e controle social – Conjunto de ações que envolvem usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Exemplo: estimulando a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, trabalho e acesso aos serviços de saúde.

- Investigação, planejamento e gestão – Envolve um conjunto de ações que objetiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa, capaz de produzir em equipe e em diferentes setores, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde na garantia dos direitos sociais. Exemplo: realizando estudo e investigações com relação aos determinantes da saúde.
- Assessoria, qualificação e formação profissional – Através da assessoria, o profissional auxilia as equipes multiprofissionais de saúde na elaboração de planos, programas e projetos. A qualificação e formação profissional são de muita importância e tem como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao usuário. Exemplo: participando de cursos, congressos, encontros de pesquisa, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e trocas de informações entre os diversos trabalhadores da saúde.

Cabe destacar que esses eixos devem ser compreendidos em sua totalidade, pois eles articulam-se conjuntamente. Isso reafirma a capacidade propositiva destes profissionais, que por vezes “não são requeridas por limitações de conhecimento ou atualização de informação” (SOUZA, 2013, p.17), fazendo com que o atendimento limite-se a intervenções pontuais.

Como citado anteriormente, a PNH entende que “sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo”, e o que seria o parto se não um processo de transformação que tanto a mulher quanto bebê e os demais envolvidos vivenciam? Dias (2006), ao se referir sobre o nascer, toma como base o argumento da antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd, onde a mesma diz que:

Em todas as culturas o nascimento é um rito de passagem, através do qual os indivíduos são movidos de um status social para outro. Estes ritos de passagem transformam ambas, a percepção do indivíduo pela sociedade e a percepção dos indivíduos deles próprios. (DIAS, 2006, p. 7).

E infelizmente esse momento “está praticamente banalizado pelos seus cuidadores” (CHAVES, 2014, p. 14). Isso fica ainda mais preocupante quando levamos

em consideração que “a capacidade de amar é em grande parte, organizada e construída durante o período em torno do nascimento”, segundo fala o cientista e obstetra francês Michel Odent no documentário *O Renascimento do Parto* (2013).

No Brasil, esta experiência rica e intensa de transformação pela qual o ser humano passa, carrega muitas vezes a marca da violência e indiferença, baseando-se no que a pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados* (2010) traz sobre o número surpreendente de mulheres (25% das brasileiras) que sofrem ações cometidas por profissionais de saúde, como: Comentários constrangedores e/ou ofensivos; atendimento negado ou dificultado; intervenções desnecessárias e/ou que vão de encontro aos interesses e conveniência do profissional; impedimento de acompanhante de escolha da mulher; peregrinação por busca de internação; impedimento ou retardo do contato entre mãe e bebê bem como o aleitamento materno; entre outros, consideradas como violência obstétrica.

Essas ações, em conjunto ou isoladamente, são entendidas como violência obstétrica. No Brasil, este tipo de violência ainda não é reconhecida como um crime cometido contra as mulheres, diferente de países como Argentina e Venezuela onde existe a tipificação e a definição dada pelas leis é de que a violência obstétrica se:

Caracteriza pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 01).

O nascimento, pela sua complexidade, demanda uma visão profissional que vai além do cuidado prestado por profissionais médicos. Uma equipe multiprofissional em saúde “consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.” (PEDUZZI 2001, p. 108), ou seja, é uma estratégia para o enfrentamento do processo de intensas inovações e transformações na área da saúde, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando em conjunto.

Exceto em situações pontuais como: mulher demonstra desejo de entregar bebê para adoção; suspeita de abuso ou violência familiar; pessoa em situação de rua; quando parturiente é adolescente, pouco se fala sobre o assistente social como profissional atuante no processo de nascimento, que é justamente quando mulheres podem estar

mais vulneráveis e muitos dos seus direitos são desrespeitados ou simplesmente ignorados.

As discussões sobre a humanização do nascimento e o atendimento a parturientes e bebês perpassam questões que são comuns ao Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social. Portanto, conectados com tais princípios fundamentais definidos no Código de Ética, é possível contemplar que a defesa da humanização está arraigada na atuação do assistente social.

Segue abaixo um quadro que indica as ferramentas com as quais o assistente social pode auxiliar na melhoria do atendimento obstétrico prestado a mulheres e bebês.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DEFINIDOS NO CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL	REALIDADE OBSTÉTRICA NO BRASIL - BASEADO NA PESQUISA NASCER NO BRASIL (FIOCRUZ, 2012)
1 - Reconhecimento da liberdade como valor ético central, autonomia, emancipação dos indivíduos	Um fator relevante de insatisfação para as mulheres é a falta de protagonismo e participação nas decisões durante todo o processo do parto e a falta de comunicação com os profissionais.
2 - Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo.	Apenas 19,8% das mulheres participantes da pesquisa Nascer no Brasil tiveram o direito ao acompanhante de livre escolha em todos os momentos da internação. Este é um direito garantido pela Lei nº 11.108/2005 que foi desrespeitado em 80,2% das internações.
3 – Posicionamento em favor da equidade e justiça social e compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população	No cenário relacionado ao parto, é possível perceber que o princípio de equidade é contrariado quando existe um maior grau de satisfação e melhor relacionamento com os profissionais

	possibilitado pelo pagamento privado. É quase como entender que um atendimento com equidade e justiça vai até onde o poder financeiro e aquisitivo do indivíduo alcança.
4 - Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e o exercício profissional sem ser discriminado nem discriminar.	Em várias análises a região onde reside, cor, escolaridade e renda significaram os piores desfechos referente à qualidade do cuidado ofertado. Existe ainda o mito de que as mulheres de baixa renda e escolaridade não tem capacidade para entender ou autonomia para decidir sobre intervenções no atendimento ao parto.

Quadro 01. Princípios fundamentais do assistente social e a realidade obstétrica no Brasil.

Como podemos ver, o Código de Ética profissional apresenta ferramentas indispensáveis para o trabalho dos assistentes sociais na saúde e suas áreas, inclusive na atenção ao parto e nascimento.

Não há uma fórmula pronta de atendimento baseado exclusivamente em uma categoria profissional. Cada profissional possui competências e habilidades distintas para executar suas ações. No contexto da humanização do nascimento, o assistente social pode atuar como mediador do processo de acesso aos direitos e à legitimação da cidadania, dispondo de “ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações” (CFESS, 2010, p. 44) e isso o distingue dos demais profissionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou contemplar de forma sucinta as políticas que atualmente atendem as mulheres e crianças no período de parto e nascimento, salientando sobre a

humanização do nascimento e ações caracterizadas como violência obstétrica e o agir do assistente social nesse contexto.

É um fato a necessidade de corrigir no nosso País a forma pela qual as mulheres estão sendo atendidas durante todo o processo que envolve o parto e a forma como os bebês estão sendo recebidos pelos profissionais de saúde.

As numerosas e por vezes dolorosas intervenções realizadas podem causar tanto dor física quanto emocional, impedindo que a experiência de nascimento seja vista como prazerosa e satisfatória.

Diante disso, o assistente social é um profissional que pode contribuir de forma direta para que o atendimento aproxime-se do preconizado em políticas e programas, uma vez que está em seu cerne a defesa dos direitos, autonomia e emancipação dos sujeitos envolvidos neste processo.

Sugere-se a realização de uma pesquisa na área do Serviço Social para a obtenção de dados relacionados à inserção efetiva do assistente social nas equipes multiprofissionais de unidades de atendimento a gestantes e parturientes, bem como a percepção dos demais profissionais quanto à atuação do mesmo, para assim permitir impulsionar ações inovadoras no atendimento às necessidades e demandas destas mulheres parturientes e seus bebês.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Agenda de Compromissos Para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 02 abr. 2014.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 02 jan. 2015.

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 03 abr. 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 1 ed. 2 reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011

CHAVES, Ricardo Lêdo. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S14-16, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf>> Acesso em: 27 abr. 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, [Brasília]. **Relatório Final**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2015

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n 218 de 06 de março de 1997.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº 273 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994

_____. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2010.

_____. Resolução CFESS 383 de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica:**

Você sabe o que é?. Disponível em:

<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>>.

Acesso em: 03 abr. 2015.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da Assistência ao Parto:** Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. 2006. 283 f. Tese (Doutorado)-Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

D'ORSI, Eleonora; et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S154-168, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf> > Acesso em 20 abr. 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Nascer no Brasil:** Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Disponível em:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>.

Acesso em: 15 mar. 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados**. Núcleo de Opinião Pública da FPA; Serviço Social do Comércio. Disponível em:

<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf > Acesso: em 29 mar. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011.

GERHARDT, Tatiana Engel; TOLFO, Denise (Orgs). **Métodos de pesquisa**.

Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** Trabalho e Formação Profissional. 20º ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais.** In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil.* São Paulo: Cortez, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil em síntese.** Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>> Acesso em: 15 mai. 2015.

KEHRIG, Ruth Terezinha. **Políticas Públicas:** Livro Didático. 4º ed. Palhoça: UnisulVirtual, 2011.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** Identidade e Alienação. São Paulo: Cortez, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.067, 04 DE JULHO DE 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.abenfomg.com.br/site/arqs/outros/031_portaria_1067_05.pdf>. Acesso em 07 mai. 2015.

_____. **PORTARIA Nº 1.459, 24 DE JUNHO DE 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 07 mai. 2015.

O RENASCIMENTO DO PARTO: O FILME. Diretor: Eduardo Chauvet. Produtor: Chauvet Filmes e MasterBrasil Filmes em associação com HTRON, 2013. DVD.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

REDE HUMANIZASUS. **Conselho Nacional de Saúde aprova a PNAISC.** Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/87666-conselho-nacional-de-saude-aprova-a-pnaisc>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SILVA, Regina C. P.; ARIZONO, Adriana D. A política de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas,** São Paulo, v. 1, n. 2, 2008.

SOUZA, Priscila Fortunato Barreto de. **A humanização no atendimento hospitalar e o Serviço Social.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)-Universidade d Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2013.