

A iniciativa internacional pelo nascimento MãeBebê: Uma abordagem de um atendimento materno eficiente à luz dos direitos humanos¹

The International MotherBaby Childbirth Initiative: A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care

La iniciativa internacional por el nacimiento MadreBebé: Un abordaje de la atención materna eficiente a la luz de los derechos humanos

Robbie Davis-Floyd²
Debra Pascali Bonaro³
Rae Davies⁴
Rodolfo Gomez Ponce de Leon⁵

PALAVRAS-CHAVE: Direitos Humanos. Direitos sexuais e reprodutivos. Parto humanizado. Práticas com base em evidências científicas.

RESUMO

Esse artigo descreve a história, princípios e os 10 passos da Iniciativa Internacional pelo Nascimento MãeBebê (IMBCI), criado pela Organização Internacional pelo Nascimento MãeBebê e lançado em março de 2008. A IMBCI atualmente está desenvolvendo três projetos pilotos em hospitais de Quebec, Brasil e Áustria e constrói em vários países a Rede MãeBebê (MBnets). Um componente crítico do IMBCI é o destaque ao fato de que “os direitos das mulheres e das crianças são direitos humanos” e que “o acesso à saúde humana e eficaz é um direito humano básico”.

ABSTRACT

This paper describes the history, principles, and 10 Steps of the International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI), which was created by the International MotherBaby Childbirth Organization (formerly the CIMS International Committee), and launched in March 2008. The IMBCI is currently being put to work in three pilot/demonstration projects in hospitals in Quebec, Brazil, and Austria and via the construction in many countries of MotherBaby Networks (MBnets). A critical component of the IMBCI is that it highlights the fact that “women’s and children’s rights are human rights” and that “access to humane and effective health care is a basic human right”.

1 Publicado originalmente em *Midwifery Today and the International MotherBaby Childbirth Organization*. Translated by Raquel Capucci. Revised by Daphne Rattner.

2 Antropóloga da Universidade do Texas, autora de vários livros publicados em diversos idiomas. Integra a diretoria da International MotherBaby Childbirth Organization-IMBCO - www.imbci.org.

3 Doula Certificada (DONA), Treinadora de Doulas (DONA), Educadora Perinatal(Lamaze), Presidente da IMBCO

4 Treinadora Internacional de Doulas (DONA), Diretora Administrativa da IMBCO,

Co-coordenadora da Força Tarefa de Saúde da WABA (World Action Breastfeeding Alliance), Membro da Diretoria da Florida School of Traditional Midwifery

5 Médico Obstetra, PhD. Professor de Saúde Materno-Infantil, Universidade da Carolina do Norte e Diretor Executivo da IMBCO

KEYWORDS: Human Rights. Sexual and reproductive rights. Humanized childbirth. Evidence-based practices

RESUMEN

Este artículo describe la historia, principios y los 10 pasos de la Iniciativa Internacional por el Nacimiento MadreBebé (IMBCI), creado por la Organización Internacional por el Nacimiento MadreBebe, lanzado en marzo de 2008. La IMBCI

actualmente está desarrollando tres proyectos pilotos en hospitales de Quebec, Brasil y Austria y construye en varios países la Red MadreBebé (MBnets). Un componente crítico de la IMBCI es destacar el hecho de que “los derechos de las mujeres y de los niños son derechos humanos” y que “el acceso a la salud humana e eficaz es un derecho humano básico”.

PALABRAS-CLAVE: Derechos Humanos. Derechos sexuales y reproductivos. Parto humanizado. Prácticas basadas en evidencias científicas.

Introdução

Nascer é um direito humano? Obviamente não, pois milhões de mulheres ao redor do mundo são inférteis ou têm outras condições e complicações que as impedem de dar à luz, mesmo que elas o desejem. Não há direito garantido de ser capaz de engravidar e dar à luz. Então por que estamos discutindo o nascimento como um direito humano? Porque temos profunda convicção de que as mulheres que conseguem engravidar deveriam ter o que consideramos um direito humano básico, isto é, um tratamento humano e baseado em evidências dentro de uma maternidade. Não se trata do direito de dar à luz – não existe tal direito – mas sim o direito de receber o atendimento apropriado nessa ocasião.

Tal direito deveria ser líquido e certo em qualquer lugar ainda que, ao olhar o panorama global, observe-se que milhões de mulheres, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, não estão recebendo o atendimento apropriado à maternidade. Recentes etnografias antropológicas descrevem mulheres na Índia, México, Tanzânia, Papua Nova Guiné, Croácia, Canadá e em outros lugares, dizendo a mesma coisa sobre o tratamento recebido em clínicas biomédicas e hospitais: “Eles a expõem, raspam seus pelos, deixam-na sozinha e não vêm quando você chama, e ainda não permitem que seus parentes fiquem com você.” Eis uma citação

muito representativa desse fato da antropóloga Pauline Kolenda, descrevendo um nascimento num hospital perto de uma pequena aldeia na Índia:

“Antes de entrar no hospital temos de decidir quanto dinheiro temos para gastar. Não somos admitidas enquanto não damos alguma quantia em dinheiro. Quando a mulher entra no hospital, o médico a trata de forma rude. Às vezes as enfermeiras a espancam. Não deixam que os parentes próximos, que vêm de casa junto com ela, fiquem ao seu lado. Eles próprios não ficam perto de nós. Queríamos que alguém nos amparasse pelo peito quando a dor vem, mas eles não o fazem. Não podemos sequer gemer, para que não falem com sarcasmo ou riam de nós, o que nos é muito doloroso, e ainda por cima temos que aguentar isso. Se gememos muito, eles podem até mesmo nos estapear. Se falarmos algo, retrucam nos perguntando se por acaso alguém nos convidou a estar lá. ‘Por que veio, então? Você pode voltar para casa!’. No hospital, temos que nos deitar numa cama para dar à luz. E eles cortam a gente por baixo para alargar a passagem, causando um dano desnecessário ao corpo. Após o parto ficamos terrivelmente famintas, mas podemos nos considerar afortunadas se por acaso nos dão uma xícara de chá.”¹

Considere a seguinte descrição de uma maternidade na área rural de Papua Nova Guiné, retirada da tese de doutorado de Julia Byford, uma enfermeira e obstetrix australiana que se tornou antropóloga:

“Mispa, uma jovem mulher de 20 anos, foi admitida no hospital esta manhã. Ela foi examinada pela auxiliar de saúde, que fez um exame vaginal e me informou que ela estava com 4-5cm de dilatação... e que iniciaria uma infusão de ocitocina.

A sala de parto é pequena... Há uma pia, mas nenhum encanamento para

que funcione. De qualquer forma, não há água no hospital hoje... Mispa pede para se sentar no chão e recebe permissão para fazê-lo, mas conforme seu trabalho de parto progride, a enfermeira lhe diz que deve permanecer na cama para que possam realizar os exames. Na maior parte do tempo ela é deixada sozinha. Ela não comeu o dia todo e apenas bebeu um pouco de água. Seus lábios estão secos e inchados. O pessoal do hospital realiza muitos exames vaginais, mas nenhum é registrado [de forma que, quando há troca de plantão, outro exame é feito]...

Durante o segundo estágio do trabalho de parto, toda vez que Mispa tem uma contração, a auxiliar de saúde insere alguns dedos dentro da vagina de Mispa, entre o períneo e a cabeça do bebê, de forma a alargar o períneo. Mispa sente dores e cerra seu punho contra meu braço... [Depois do nascimento] Estou consternada, embora não surpresa, que o bebê esteja desfalecido e pálido, precisando de reanimação. A profissional faz com que a placenta seja expelida colocando uma de suas mãos sobre o abdome de Mispa e puxa o cordão umbilical com a outra mão... Assim que a placenta sai, Mispa sofre uma intensa hemorragia pós-parto. A auxiliar me pede para aumentar a dosagem da infusão intravenosa e então insere sua mão profundamente na vagina de Mispa e retira-lhe alguns pedaços de placenta retida, o que é feito sem qualquer explicações ou anestésico...

Talvez o que me é mais difícil de aceitar é a falta de atendimento oferecido a Mispa num nível simplesmente humano. Ela nunca foi examinada, apenas lhe falaram o que fazer e o que não fazer... Ninguém se ofereceu para fazer algo por suas necessidades básicas de comida ou bebida, ou lhe perguntou se precisava ir ao banheiro. Era como se Mispa, a pessoa encarnada, não existisse.”²

Em outras palavras, os direitos humanos básicos de Mispa de receber um serviço de saúde humano eram completamente violados; ela e seu bebê sobreviveram apesar de, e não por causa de, todo o atendimento biomédico que receberam. Tal atendimento não levou em consideração as necessidades da mãe ou as evidências científicas, mas baseou-se nos modelos biomédicos ocidentais de manejo do parto e nascimento – um sistema tradicional, não baseado em evidências, que define o médico, e as obstetrias e enfermeiras de sua equipe de suporte, como especialistas, e a mãe como uma paciente sem experiência, dependente da autoridade de outros para propiciar o nascimento bem-sucedido de seu bebê. Esse modelo globalmente dominante assegura que seus praticantes sejam treinados apenas no manejo biomédico do parto, e destreinados em como dar suporte ao processo fisiológico e psicológico normal de um nascimento.

Em sua etnografia de um nascimento num hospital canadense, Hélène Vadeboncoeur concluiu, “*Enquanto neste hospital as mulheres são tratadas de forma amável e é dada atenção a elas, há pouco respeito ao processo e à natureza fisiológica do nascimento.*”³ Seu estudo coaduna-se com muitos outros, que demonstram, em ambos os mundos, desenvolvido e em desenvolvimento, a extrema falta de entendimento no âmbito biomédico de como facilitar apropriadamente o nascimento normal. A falta de consciência global a respeito do parto e nascimento normal gera um serviço de má qualidade e altamente interventivo que viola os direitos humanos básicos das mulheres de receber um atendimento apropriado durante o trabalho de parto, no parto e o bebê ao nascimento.

O que constitui um atendimento apropriado? De nossa perspectiva, como estudiosos de longa data a respeito, podemos dizer com certa autoridade que o atendimento apropriado à maternidade deveria, primeiramente, e acima de tudo, se referir aos aspectos psicológicos da mãe – ela deveria ser tratada por seus

cuidadores, sempre, com respeito e compaixão, e com esforços no sentido de fortalecer a confiança em si mesma e em sua habilidade de dar à luz. E, em segundo lugar, o atendimento apropriado à maternidade deveria estar solidamente baseado em evidências científicas a respeito da fisiologia normal da gravidez, do parto, do nascimento e do aleitamento, o que significa que, sejam ou não as obstetrias quem assiste ao parto e nascimento, é internacionalmente sabido que esse modelo de obstetrícia praticado por obstetrias deveria ser a ideologia subjacente básica da prática do nascimento. Precisamos mudar o paradigma da prática do nascimento atual para um universal e que promova o nascimento otimizado, como o proposto na Iniciativa Internacional para o Nascimento MãeBebê [International MotherBaby Childbirth Initiative (www.imbci.org)].

A Iniciativa Internacional para o Nascimento MãeBebê

A Iniciativa Internacional para o Nascimento MãeBebê (IMBCI): “10 Passos para a otimização dos serviços de maternidade MãeBebê” foi criada e desenvolvida em 2008 pela Organização Internacional para o Nascimento MãeBebê (IMBCO), uma organização não-governamental sem fins lucrativos que nasceu a partir da Coalisão Norte-americana para a Melhoria dos Serviços de Maternidade (CIMS) com o objetivo de focar na arena internacional. O propósito dos 10 Passos da IMBCI é melhorar os serviços de atendimento à gestação e maternidade, de forma a salvar vidas, prevenir doenças e danos advindos do abuso das tecnologias obstétricas, e promover a saúde de mães e bebês ao redor do mundo. A IMBCI é um testamento para as mulheres e uma afirmação de seus direitos fundamentais durante o parto e nascimento. Seu propósito educacional é chamar a atenção do mundo para: a importância da qualidade da experiência materna no parto e nascimento e seu impacto nos resultados; os riscos para mãe e bebê advindos de intervenções médicas

inapropriadas; e para a evidência científica, mostrando os benefícios do atendimento centrado no binômio MãeBebê, com base na fisiologia normal da gravidez, do parto e nascimento e do aleitamento materno, e na atenção às necessidades individuais das mulheres. O propósito instrumental dos 10 Passos da IMBCI é de fazer conhecer globalmente e levar à prática mundial o modelo de cuidado MãeBebê (Parteria) uma abordagem centrada na mulher e não-interventiva, que promove a saúde e o bem-estar de todas as mulheres e bebês durante a gravidez, o parto, o nascimento e o aleitamento, determinando um padrão mais elevado de excelência e resultados superiores do atendimento.

A IMBCI reconhece que os direitos das mulheres são direitos humanos e que as mulheres têm o direito a uma decisão informada e de receber atendimento que seja baseado em evidências científicas, tanto para elas como para seus bebês. A IMBCI reconhece os efeitos das práticas de assistência ao parto e nascimento na geração da autoconfiança materna e no aleitamento materno, e a importância da sensibilidade ao universo cultural e da continuidade do atendimento. Esses princípios centrais, juntamente com os 10 Passos da IMBCI, têm a capacidade de transformar a prática da assistência ao parto e nascimento e do aleitamento materno em todo o mundo. Com a morbidade e mortalidade infantil e materna a níveis angustiantes, a IMBCI é um chamado à ação que ajudará a atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ODM) para melhorar a qualidade do atendimento a mães e bebês em todo o mundo (www.un.org/millenniumgoals). A IMBCI provê a estrutura e as ferramentas necessárias para atingir não só esses Objetivos, como também para respeitar e dar suporte aos direitos das mulheres durante todo o período de gestação – parto - puerpério.

Além de assegurar atendimento com qualidade durante o parto e nascimento, a IMBCI reconhece o binômio MãeBebê como

uma unidade, uma díade, que não deve ser separada. A Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA), que constitui parte do Grupo Técnico Consultivo da IMBCI, emitiu a seguinte declaração durante o Segundo Fórum Mundial da WABA em Arusha, na Tanzânia, em Setembro de 2002:

“O aleitamento materno é um direito humano fundamental e é acordado que a proteção ao direito das mulheres de amamentar é uma posição compartilhada dos movimentos de mulheres e pelo aleitamento materno. As mulheres conseguem exercer plenamente este direito apenas onde existe um ambiente social e político de igualdade de gêneros, no qual a contribuição feminina para o trabalho produtivo e reprodutivo, incluindo a nutrição, é reconhecida, e onde todas as formas de apoio ao aleitamento materno estão disponíveis. A igualdade de gêneros é, portanto, a base para o movimento pelo aleitamento materno.”

O primeiro passo dos 10 passos da IMBCI cristaliza a essência desses assuntos. Afirma que um atendimento de qualidade deve *“tratar toda mulher com respeito e dignidade, informando-a e envolvendo-a totalmente na tomada de decisão a respeito dos cuidados para si mesma e seu bebê numa linguagem que lhe seja compreensível, e provendo a ela o direito ao consentimento e à recusa informados.”*

Recentemente, a Administradora Executiva da IMBCO, Rae Davies, realizou um levantamento das opiniões dos representantes da IMBCI nos países. Os entrevistados incluíam representantes da Argentina, Brasil, Peru, Belize, Haiti, Hungria, Holanda, Suíça, Eslovênia, República Tcheca, Índia, Israel, Bangladesh, Nova Zelândia e Canadá. Esses representantes variavam em profissão dentre obstetras, obstetras, pediatras, doulas, educadores do parto, consultores em lactação, pesquisadores, sociólogos, presidentes de organizações, escritores, lobistas e fundadores

de ONGs. Todos são apoiadores da IMBCI.

No levantamento perguntou-se aos profissionais quais dos 10 Passos da IMBCI seriam mais relevantes e importantes para seu país. O consenso geral foi que é o primeiro passo o mais importante. Ao responder, os representantes de Bangladesh declararam, *“É alarmante notar que 14% das mortes maternas em Bangladesh se deve a violência ou lesão infligidos às mulheres grávidas... Um comportamento de cuidado em saúde é essencialmente necessário para se enfrentar a crise prevalente na comunidade de Bangladesh.”* A representante da República Tcheca observou que em seu país, *“Os provedores de assistências ao parto simplesmente parecem ignorar o quão sensível uma parturiente é e frequentemente tentam calá-la se ela grita muito alto (agora, reconheço, mais frequentemente oferecendo-lhe uma anestesia peridural) ou criticam sua ‘performance’ deficiente. Os hospitais estão mais focados em dar à mulher um parto ‘seguro’, provendo toda a tecnologia e intervenção disponível. Obstetras estão se tornando ‘Meditrizes’.”*⁶

Nossa representante brasileira, Daphne Rattner, apontou que em seu país, *“A maioria das mulheres é desrespeitada durante o parto de uma forma vergonhosa... Elas são tratadas como pacientes e, com muitos gritos, lhes é pedido que se apressem, então sua experiência é traumática, ao invés de prazerosa.”* O consenso de vários países sobre a importância do primeiro passo ilustra claramente a importância de chamar a atenção para o parto e nascimento como um direito humano.

De acordo com os entrevistados do levantamento, o próximo dentre os 10 Passos da IMBCI considerado mais importante é o Passo 2: *“Possuir e aplicar sistematicamente o conhecimento e habilidades das obstetras que potencializam e otimizam a fisiologia normal da gravidez, trabalho de parto, parto, aleitamento materno e do período pós-parto”*; Passo 5: *“Prover práticas baseadas*

⁶ No texto original: Midwives are becoming ‘medwives.’

em evidências científicas comprovadamente benéficas”; e Passo 6: “Evitar procedimentos e práticas potencialmente nocivas.”

A representante brasileira observou que *“como não temos obstetrias, apenas enfermeiras obstetras, o conhecimento da obstetrícia terá que ser reconstruído em nosso país,”* enquanto que nosso representante da Nova Zelândia afirmou, *“Eu e outros aqui esperamos que os Passos 5 e 6 da IMBCI ajudem a reeducar os burocratas da saúde, médicos e obstetrias da Nova Zelândia a promover, proteger e encorajar o parto e nascimento fisiológico! ... O Passo 2 é também importante para a Nova Zelândia, pois, infelizmente, também precisa haver um renascimento ou ascensão do conhecimento e habilidades de Parteria que potencializem e otimizem a fisiologia normal da gravidez, trabalho de parto, parto, aleitamento materno e do período pós-parto.”*

A maioria de nós valoriza muito o sistema de obstetrias da Nova Zelândia, fazendo com que seu comentário de que até mesmo as obstetrias/ parteiras neozelandesas devem se esforçar para manter a adesão ao modelo de atenção de Parteria torne-se ainda mais significativo. O mesmo tipo de reconhecimento vem de nosso representante do norte da Europa, que afirmou,

“Isto sucede de forma diferente em países como Holanda e Suíça. A princípio, todos os passos são seguidos, então é difícil dizer qual deles necessita maior implementação. Se algo há a fazer, isto seria manter o modelo de cuidados de parteria nos níveis secundários e terciários de atendimento e prover o alívio não farmacológico da dor (está aumentando a adoção de anestésias peridurais) e, finalmente, apoiar e promover o aleitamento materno. Então, seriam os Passos 2, 4 e 10. Mas todos estão relacionados com a quantidade de tempo que os profissionais da equipe têm que investir, mais do que com o conhecimento real e a implementação dessas medidas. Hoje em dia todas os serviços médicos

têm de ser eficientes e fazer o melhor uso possível dos recursos (humanos e outros), então muito do atendimento pessoa-a-pessoa se perdeu...”

É por razões como essas que os 10 Passos da IMBCI foram cuidadosamente formulados por especialistas de todo o mundo, durante dois anos de trabalho, para que fossem igualmente aplicáveis em países e serviços médicos tanto no mundo desenvolvido como no em desenvolvimento. Na maioria dos países é forte a hegemonia do modelo biomédico, assim que deve-se envidar todos os esforços para substituir tal modelo por uma ideologia de Parteria e por uma prática centrada no binômio MãeBebê.

Mortalidade e Morbidade

É fato amplamente conhecido que mais de 500.000 mulheres morrem em no mundo inteiro todos os anos devido a complicações relacionadas à maternidade. As causas imediatas e emergentes da morte materna durante o parto incluem hemorragia, eclampsia, septicemia e distócia. Assim, o Passo 8 da IMBCI prega que o atendimento obstétrico de emergência deve estar disponível e acessível. Todavia, a IMBCI reconhece que essa não é a única solução para reduzir a mortalidade e morbidade materna e neonatal. As causas subjacentes mais profundas dessas condições incluem pobreza, desnutrição, excesso de trabalho, baixos salários e a desvalorização cultural das mulheres – especialmente nos países em desenvolvimento com altas taxas de mortalidade materna. O Passo 7 observa que tais problemas devem ser enfrentados através de medidas destinadas a prevenir doenças, promover o bem-estar e aumentar da autonomia das mulheres.

A mortalidade não é a única questão aqui. A morbidade – os danos desnecessários à mãe e ao bebê – também é um assunto sério. Um dos pontos fortes da IMBCI é seu foco em evitar práticas que são comprovadamente prejudiciais. Por exemplo: as diretrizes hospitalares que restringem a mulher de comer ou beber à

vontade podem levar à fraqueza devida à fome, o que complica o trabalho de parto e o parto; o excesso de exames vaginais que podem facilitar infecções; a indução por ocitocina pode levar a um trabalho de parto distócico e nascimento prematuro; o uso de infusão de ocitocina para a aceleração que desativa a produção endógena de ocitocina da mulher e interfere em sua habilidade de amamentar; e a anestesia peridural que pode aumentar a duração do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto e levar ao aumento no uso do fórceps e a extração a vácuo, e, possivelmente, a uma cesariana.^{4,5}

A Epidemia de Cesarianas

Em 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que “*Não há justificativa para que nenhuma região, apresente taxas de cesarianas superiores a 10-15%*”. Essa recomendação foi largamente ignorada, como evidenciam as crescentes taxas de cesarianas em todo o mundo. [Nota da Editora de Miwifery Today: Em 2009, a OMS atualizou sua posição a respeito das taxas de cesarianas, afirmando que não há uma margem ótima e recomendando que as regiões do planeta podem preferir adotar um intervalo entre 5 e 15%, ou definir seus próprios padrões.] Em 2007, um grupo de pesquisadores e colaboradores da OMS estudou o baixo índice de cesarianas em países mais pobres, e o sobre-uso de cesarianas em países mais ricos⁶, correlacionando as taxas de cesarianas com a mortalidade materna, neonatal e infantil. Abaixo de 15%, níveis mais elevados de cesarianas foram inequivocamente correlacionados com menores níveis de mortalidade materna. Acima desse nível, entretanto, níveis maiores de cesarianas foram predominantemente correlacionados com maiores níveis de mortalidade materna. Um padrão similar foi encontrado para a mortalidade neonatal e infantil.⁶ As frequentemente ignoradas conseqüências das cesarianas, prejudiciais e de longo prazo, incluem infecção; dor crônica; dificuldade em criar vínculos e na amamentação; danos e morte materna e neonatal; problemas respiratórios

do recém-nascido; problemas em gestações futuras, incluindo maior risco de ruptura uterina, gravidez ectópica, parto prematuro, placenta prévia, placenta acreta e descolamento de placenta que pode levar à histerectomia; e incidência aumentada de depressão pós-parto.

A epidemia da cesariana está transformando a natureza do nascimento no mundo inteiro. O abuso na adoção dessa cirurgia, que foi desenvolvida para salvar vidas, agora está colocando-as em risco. Isso evidencia que o abuso de cesarianas e outras intervenções obstétricas rotineiras se constitui em grave violação ao direito das mulheres de um atendimento adequado.

Nascimento e Amamentação

Como mencionado acima na declaração da Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno (WABA), o aleitamento materno é também um direito humano. A IMBCI reconhece plenamente que as práticas obstétricas podem impactar negativamente na habilidade materna de amamentar. O nascimento e a amamentação não podem ser separados – são parte do contínuo MãeBebê – e a forma como se dá o nascimento pode ter grande impacto em como se dará o aleitamento. Qualquer procedimento que interrompa a ação dos sistemas fisiológicos maternos ou interfira em sua auto-estima pode ser altamente prejudicial para o aleitamento, incluindo a separação da mãe e do bebê após o nascimento e o uso de mamadeiras ou chupetas no hospital. Por estas razões, o Passo 10 da IMBCI inclui todos os 10 passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Baby-Friendly Hospital Initiative - BFHI) da Organização Mundial da Saúde/UNICEF. A interferência no processo de aleitamento materno pode colocar em risco a saúde do bebê e suas chances de sobrevivência. Por exemplo, nos países em desenvolvimento nos quais a alimentação é pobre, a água não é potável, e onde a prevalência de doenças infecciosas é alta, as taxas de mortalidade infantil são significativamente mais altas quando os bebês

não são amamentados. Bebês cujas mães desejam e são capazes de amamentar têm o direito de ser amamentados pelo bem de sua saúde e sua sobrevivência, e os profissionais da saúde devem trabalhar para facilitar a prática da amamentação.

Locais de referência para Demonstração a IMBCI

Com a força e o poder das declarações acima, e a vontade política de efetuar a mudança, a Iniciativa Internacional para o Nascimento MãeBebê (IMBCI) oferece uma abordagem baseada em evidências científicas, com seus 10 Passos para alcançar o atendimento materno otimizado, e conseqüentemente lançou um projeto de demonstração deste modelo na prática. Três instituições – o Hospital Brome-Missisquoi-Perkins em Cowasville, no Quebec, Canadá, e o Hospital Sofia Feldman, no Brasil, um Centro de Parto Normal da Áustria - estão abrindo caminhos para demonstrar como os serviços de atendimento à maternidade podem cumprir com a agenda dos direitos humanos e oferecer um atendimento baseado no binômio MãeBebê de qualidade. Estão começando o processo de implementação dos 10 Passos da IMBCI em suas respectivas instituições, e documentarão e avaliarão cuidadosamente os seus efeitos. Além desses três locais, a Organização Internacional para o Nascimento MãeBebê (IMBCO) tem planos de incluir quatro outros serviços em outras áreas do planeta.

O texto completo da IMBCI está disponível no endereço www.imbci.org para download e aplicação em sua área. Indivíduos e organizações podem visitar nosso website para dar seu apoio, adotá-lo como referência em seu trabalho e usá-lo com instrumento educacional e guia, a fim de ajudar os hospitais e outras instituições de saúde a melhorar seu atendimento à maternidade. Os hospitais podem investir na prática dos 10 Passos, como forma de otimizar o atendimento mãebebê.

Conclusão

Por mais de 30 anos, uma parte significativa dos movimentos em prol da saúde da mulher vem repetidamente reivindicando a reapropriação feminina de seu corpo durante o parto e nascimento, aliado a um pedido por uma “desmedicalização” desse importante evento para as mulheres. Recentemente, tem crescido a ênfase nos direitos das mulheres no que se refere à sexualidade e reprodução – por exemplo, o direito de decidir, de ser adequadamente informada e ter sua integridade corporal respeitada. Em junho de 2009, o Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas divulgou uma importante resolução⁸ em que reconhece que “a morbidade e mortalidade materna evitável é uma questão premente de direitos humanos, que viola os direitos da mulher à saúde, à vida, à educação, à dignidade e à informação.”⁹ Ainda mais recentemente, a Anistia Internacional divulgou um relatório intitulado “Parto Mortal: A crise na saúde materna e infantil nos Estados Unidos”, demonstrando que mesmo países ricos em recursos não tem adotado práticas que tratam as mulheres com dignidade, respeito e atendimento apropriado.¹⁰

Recapitulando, o nascimento em si não é um direito humano, mas o atendimento humanizado e baseado em evidências científicas durante o parto e o nascimento é um direito humano, assim como tal atendimento é um direito humano para qualquer pessoa que necessite serviços de saúde. Já é mais que tempo de que todas as mulheres, homens, obstetristas, enfermeiras, doulas e prestadores de atendimento à saúde vejam o parto e o nascimento como uma questão de direitos humanos.

[Nota da Editora da Midwifery Today:] Na próxima conferência da Midwifery Today a ser realizada em Strasbourg, França, que é a sede da Corte Européia dos Direitos Humanos, bem como do Parlamento Europeu, planejamos examinar em profundidade tais questões e fazer planos para substituir as práticas correntes e

prejudiciais por práticas de atendimento sustentadas e baseadas em evidências científicas. O tema dessa conferência é “O Nascimento como questão de direitos humanos.” Vamos proporcionar um nascimento otimizado e adequado para cada mulher e bebê. Pretendemos relatar a você sobre este evento. Por favor, venha se juntar a nós ou nos apoiar em nossos esforços contínuos para gerar a mudança e educar o mundo sobre essas violações atuais dos direitos humanos. Por favor, compartilhe esta informação com sua rede de contatos e colegas, e ajude-nos a difundir esse importante movimento em todo o mundo. Para maiores informações sobre o evento, visite nosso site na internet: www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/.

Referências

1. Kolenda P. Fewer deaths, fewer births. *Manushi* 1998 Mar-Abr;(105): 5-13.
2. Byford J. Dealing with death beginning with birth: women's health and childbirth on Misima Island, Papua New Guinea [PhD dissertation]. Department of Anthropology, Australian National University; 1999.
3. Vadeboncoeur H. L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement estelle limitée. *Le Médecin du Québec*. 2005;40(7):77-86. Translation by Hodgkinson E. 2008. To what extent have childbirth practices been humanised. Translated with permission.
4. Klein MC. 2006. Does epidural analgesia increase rate of cesarean section. *Can Fam Physician*. 2006;52:419-21, 426-8;
5. Klein MC, et al. Epidural analgesia use as a marker for physician approach to birth: implications for maternal and newborn outcomes. *Birth*. 2001;28(4): 243-8.
6. Betrán A, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(2): 98-113.
7. Potter JE, et al. 2001. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001;323(7322):1155-8.
8. Villar J, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
9. Villar J, et al. 2007. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
8. www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/11session/L-11.doc
9. Lancet. Moving forward with maternal health and human rights, editorial. *Lancet*. 2009;373(9682):2172.
10. www.amnestyusa.org/dignity/pdf/DeadlyDelivery.pdf

Quais são exatamente os direitos da parturiente? Visite www.imbci.org para ler

OS DIREITOS DO BINOMIO MÃEBEBÊ*

(derivados da Iniciativa Internacional para o Nascimento MãeBebê)

1. Você e seu bebê têm o direito de serem tratados com respeito e dignidade.
2. Você tem o direito de estar envolvida e completamente informada sobre a assistência que você e seu bebê recebem.
3. Você tem o direito de receber informação numa linguagem e terminologia que lhe sejam compreensíveis.
4. Você tem o direito ao consentimento informado e à recusa informada para qualquer tratamento, procedimento ou outro aspecto da assistência para você e seu bebê.
5. Você e seu bebê têm o direito de receber assistência que potencialize e otimize os processos normais de gravidez, parto e pós-parto em um modelo de assistência conhecido como “parteria” ou MãeBebê.
6. Você e seu bebê têm o direito de receber suporte emocional contínuo por pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto e no parto.
7. Você tem o direito a que lhe sejam oferecidas medidas de conforto e alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto e de que sejam explicados para si e seus familiares os benefícios de tais medidas e seus meios.
8. Você e seu bebê têm o direito de que a assistência recebida consista de práticas baseadas em evidências científicas comprovadamente benéficas de apoio ao processo fisiológico normal de trabalho de parto, parto e pós-parto.
9. Você e seu bebê têm o direito de receber assistência que busque evitar procedimentos e práticas potencialmente danosos.
10. Você tem o direito de receber orientações educativas referentes a ambiente saudável para atenção ao parto e prevenção de doenças.
11. Você tem o direito de receber orientações educativas referentes à sexualidade responsável, planejamento familiar e sobre os direitos reprodutivos das mulheres, assim como acesso às opções de planejamento familiar.
12. Você tem o direito de receber assistência ao pré-natal, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido centrada em sua saúde física e emocional, no contexto de suas relações familiares e no ambiente de sua comunidade.
13. Você e seu bebê têm direito a tratamento de emergências baseado em evidências científicas para condições que colocam em risco suas vidas.
14. Você e seu bebê têm direito a serem assistidos por pequeno número de prestadores de cuidado que trabalhem de modo colaborativo e de forma transdisciplinar, transcultural e interinstitucional, que providenciem interconsultas com especialistas indicados e facilitem transferências para instituições apropriadas quando for necessário.
15. Você tem o direito a tomar conhecimento e que lhe mostrem como acessar os serviços comunitários disponíveis para você e seu bebê.
16. Você e seu bebê têm o direito de serem cuidados por prestadores com conhecimentos e habilidades para apoiar a amamentação.
17. Você tem o direito de receber orientações educativas referentes aos benefícios e ao manejo da amamentação e que lhe seja mostrado como amamentar e como manter a lactação, mesmo quando você e seu bebê precisam ficar separados por razões médicas.
18. Você e seu bebê têm o direito de iniciar a amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto, de ficarem juntos em contato pele-a-pele pelo menos na primeira hora de vida, de ficar juntos nas 24 horas do dia e de amamentar sob livre demanda.
19. Seu bebê tem o direito de que não lhe sejam oferecidos bicos artificiais ou chupetas, e que não lhe seja oferecida nenhuma outra comida ou bebida além do leite materno, a não ser que seja medicamente indicado.
20. Você tem o direito de ser encaminhada a um grupo de apoio à amamentação, se disponível, após a alta do serviço de atenção ao parto.

*Nossos agradecimentos a Marcia Westmoreland por seu trabalho de redigir estes direitos da MãeBebê a partir do texto da IMBCI.

Fontes sobre o Nascimento como uma questão de Direitos Humanos

Iniciativa Internacional para o Nascimento MãeBebê www.imbci.org

Iniciativa Internacional em Mortalidade Materna e Direitos Humanos: www.righttomaternalhealth.org; <http://righttomaternalhealth.org/resource/beijingplus15> (Essa Plataforma de Beijing pela Ação reconhece o direito da mulher aos serviços de atendimento à saúde reprodutiva, de forma a assegurar uma gravidez e um parto seguros.)

International Planned Parenthood Federation: www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Information+and+Education.htm www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Health+Care+and+Health+Protection.htm www.ippf.org/en/Resources/Statements/The+Right+to+Freedom+of+Assembly+and+Political+Participation.htm

Tritten, Jan. 2009. Birth Is a Human Rights Issue. *Midwifery Today* 92: 5.

Midwifery Today. 2010. Birth is a Human Rights Issue press release www.midwiferytoday.com/conferences/Strasbourg2010/BHRI_pr_media.asp

Aliança Mundial pela Ação em Aleitamento (WABA) www.waba.org.my/

Iniciativa Hospital Amigo da Criança, www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm

Declaração Universal dos Direitos Humanos, www.un.org/en/documents/udhr/

Conselho de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/

Anistia Internacional, www.amnesty.org/en/human-rights

Anistia Internacional, www.amnestyusa.org/dignity/pdf/DeadlyDelivery.pdf

Cook, Rebecca J., Bernard Dickies and Mahmoud Fathalla. 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. New York: Oxford University Press.

Reichenback, Laura and Mindy Jane Roseman, eds. 2009. *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Creedy, D.K., Shochet, I.M. and J. Horsfall. 2000. Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 27(2): 104-11.

Para a descrição completa do modelo de atendimento da obstetrícia, leia *Birth Models That Work*, eds. Robbie Davis-Floyd, Lesley Barclay, Betty-Anne Daviss, e Jan Tritten. 2009. Berkeley: University of California Press, pp. 441-62.

Artigo apresentado em 12/07/2010

Aprovado em 30/08/2010

Traduzido em 16/10/2010