

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS

Thassia da Silva Ribeiro

**OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO
BRASIL.**

Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel (Trabalho de Conclusão de Curso).
Orientadora: Prof. Dra. Marcella Beraldo de Oliveira.

Juiz de Fora
2018

DECLARAÇÃO DE AUTORIA PRÓPRIA E AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Eu, **Thassia da Silva Ribeiro**, acadêmico do Curso de Graduação Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, regularmente matriculado sob o número 201672037A, declaro que sou autor do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL**, desenvolvido durante o período de 18/08/2018 a 26/11/2018, sob a orientação de Marcella Beraldo de Oliveira, ora entregue à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel, e que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daquelas cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, firmo a presente declaração, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais.

Desta forma, na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Juiz de Fora a publicar, durante tempo indeterminado, o texto integral da obra acima citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas e ou da produção científica brasileira, a partir desta data.

Por ser verdade, firmo o presente.

Juiz de Fora, ____ de _____ de _____.

Thassia da Silva Ribeiro

Marcar abaixo, caso se aplique:

Solicito aguardar o período de () 1 ano, ou () 6 meses, a partir da data da entrega deste TCC, antes de publicar este TCC.

OBSERVAÇÃO: esta declaração deve ser preenchida, impressa e **assinada** pelo aluno autor do TCC e inserido após a capa da versão final impressa do TCC a ser entregue na Coordenação do Bacharelado Interdisciplinar de Ciências Humanas.

OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL.

Thassia da Silva Ribeiro¹

RESUMO

A seguinte pesquisa vem com o objetivo de enfatizar a evolução da obstetria descrevendo os conceitos de humanização no atendimento médico. Existe no Brasil uma busca constante pelo atendimento humanizado nas organizações públicas e privadas. Além de mudanças físicas é necessária a quebra de alguns paradigmas dos gestores envolvidos na administração dos recursos hospitalares. Pequenas mudanças na operação e acompanhamento das parturientes ajudam no sentimento de segurança e bem estar durante o processo. Os benefícios propostos são, dentre outros, o diferencial de qualidade na assistência hospitalar para as operadoras de planos de saúde e serviços públicos responsáveis por este atendimento. Embora os médicos continuem a debater os méritos relativos das cesarianas, não foi identificado controvérsia em relação ao acréscimo de custo que este método impõe ao sistema saúde. Os temas levantados nos filmes "O renascimento do parto I e II" serviram de base para a elaboração do mesmo. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica considerando as contribuições dos autores citados nas referências.

PALAVRAS-CHAVE: Parto humanizado. Custos de cuidados de saúde. Humanização da assistência

1. INTRODUÇÃO

Tem sido observado um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, pelo menos desde o final dos anos 80 do século XX, com a crítica do modelo hegemônico hospitalocêntrico de atenção ao parto e ao nascimento. Pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985 e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também, à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente.

Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou manobra de kristeler.

Nota-se, um tipo de resistência ao falar sobre parto na questão de cultura e natureza em espaços que leva a se pensar qual o lugar social que esse acontecimento e que a mulher grávida em si ocupa em nossa sociedade. Os primeiros estudos relacionados ao parto por parte das ciências sociais e da antropologia focavam nos trabalhos realizados pelas parteiras, geralmente localizadas em lugares distantes e que atuavam de acordo com a cultura local e conhecimentos advindos de seus antepassados. Esse "novo tipo de parir" vem com objetivo de quebrar, como já dito, a ideia de parto medicalizado, pois entendia-se que para a mulher assumir de forma integral seu papel na sociedade patriarcal, que a sua natureza fisiológica – o parir – devia ser dominado pela medicina, entendendo-se que o corpo ou até mesmo a natureza da mulher era falho.

Essa ideia de parto humanizado tem, de forma bem direta, um ideário feminista, uma vez que defende os direitos e as escolhas de cada mulher, enquanto mães ou não de se empoderarem de seus corpos e de suas decisões no que diz respeito ao ter ou não filhos. Ainda na sociedade contemporânea, século XXI, se observa uma grande repressão da sociedade às mulheres que optam por não terem filhos e não parir, como se tais

¹ Graduanda em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. E-mail: thassiaribeiro@outlook.com. Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcella Beraldo de Oliveira.

mulheres não estivessem cumprindo seu papel enquanto natureza feminina de dar a luz. Como aborda MULLER (2015):

Especialmente com base nos argumentos do feminismo marxista, que discutia a opressão das mulheres, a maternidade foi, durante muito tempo, considerada o fator central de criação e manutenção desta situação. No entanto, ainda hoje estas ideias encontram-se bastante presentes nos círculos de lutas e discussões feministas. A maternidade ainda é vista como aquilo que determina o lugar que a mulher ocupa na família e na sociedade e sua recusa consciente é vista como uma maneira de conquistar a emancipação. (MULLER, et al, 2015, p.279)

Essa recusa ao que pode ser entendido como “natural”, serem mães, as conquistas já alcançadas por elas como o uso de contraceptivos e a constante luta para a legalização do aborto, são meios de assumirem um papel de protagonistas sobre seu corpo e de se emanciparem de uma cultura machista e assumirem um lugar de poder e voz na sociedade enquanto seres humanos e livres. Tais discussões levantadas no meio feminista e também fora dele, trouxeram o parto humanizado como forma de representar esses direitos sobre natureza e corpo da mulher, parturiente ou não.

O atendimento humanizado pode ser visto em experiências institucionais, como nos casos de algumas maternidades públicas em vários estados do País, que contam com a ação decisiva de profissionais identificados com o ideário da humanização. Fazem parte desse universo, fundamentalmente, profissionais da área da saúde, como enfermeiras, obstetras, pediatras, psicólogas e outros.

Nos Estados de São Paulo, Espírito Santo, Santa Catarina e Rio de Janeiro, além de vários outros municípios, já existem leis que regulamentam e garantem à parturiente nos hospitais públicos a presença de um acompanhante e da doula durante o trabalho de parto e no parto, é uma lei nacional assinada em 2005. É importante lembrar que as contra-indicações do parto normal são a exceção. Portanto, o fato de a cesariana ter se tornado regra nos hospitais e maternidades – públicos e privados – do Brasil é uma grande distorção. Há, pelo menos, 30 anos, o país é campeão mundial em cesáreas. A taxa média nacional, de acordo com o Ministério da Saúde, é de 38,6%, bem distante dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Assim, o Brasil ostenta a posição nada honrosa de líder mundial em frequência de cesáreas. Cada cesariana desnecessária significa à mulher um risco maior de complicações, como infecção ou hemorragia, em relação ao parto normal. A taxa de mortalidade materna também aumenta. Para a criança, existem riscos extras, em especial, por causa de problemas respiratórios, advindos da prematuridade, geralmente, associados com a retirada antecipada do concepto antes da maturidade pulmonar plena, sobretudo em cesáreas com “hora marcada” ou cesariana por motivo fútil.

Além disso, o excesso de procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos de complicações representam o desperdício de milhões de reais por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). O papel fundamental da operação cesariana na obstetrícia moderna é a redução da morbidade e mortalidade perinatal e materna. Entretanto, esse procedimento cirúrgico tem indicações precisas que devem ser ponderadas antes da sua indicação.

Esse artigo foi elaborado a partir de temas e discussões levantados nos filmes “O renascimento do parto I e II”, onde o primeiro levanta a temática de parto humanizado e a questão das cesarianas forçadas e o segundo a violência obstétrica sofridas por parturientes, tanto nos pré-natais, no parto e no pós-parto. Os filmes elaborados na forma de documentário contaram com a direção de Eduardo Chauvet e Érica de Paula, com duração média de 90 minutos, fazem parte de uma trilogia, o primeiro lançado em 2013 e o segundo lançado em Maio deste ano, o terceiro filme surge com temas que foram expostos nos primeiros e teve estréia em setembro.

2. PARTO NORMAL X CESÁREA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto normal é o mais indicado quando a gestação e os acompanhamentos feitos durante a mesma, como o pré-natal, apresentam segurança tanto para a gestante quanto para o bebê, as chamadas gestações de baixo risco. São vários os benefícios que esse tipo de parto proporciona na recuperação da parturiente, podendo ser citados, a recuperação mais rápida se comparada à cesariana, um pós-parto livre de dores, uma criação imediata do vínculo da mãe com o filho, a não submissão da mulher a procedimentos que não são necessários que evitam que o bebê receba algum tipo de medicamento por via indireta já que esse tipo de parto, geralmente, não necessita de intervenções medicamentosas.

Tais benefícios se estendem também aos bebês:

Ao passar pelo canal vaginal: o tórax é comprimido, favorecendo a expulsão do líquido amniótico dos pulmões; acelera a maturidade pulmonar e previne problemas respiratórios; melhora o sistema neurológico; fortalece o sistema imunológico; o bebê nasce mais ativo e tem mais chances de se alimentar exclusivamente do leite materno sob livre demanda.

Além disso, ao passar pelo canal vaginal, a flora bacteriana da mãe passa para o bebê, ajudando-o a formar sua própria flora intestinal (microbiota).

Essa microbiota da criança, formada a partir da passagem no canal de parto, previne, no futuro: em 20% o aparecimento de diabetes tipo I (melhoria do sistema metabólico); em 16% o aparecimento de asma; e o aparecimento de alergias e doenças autoimunes (melhoria do sistema imunológico) (STAHL et al, 2017, p.10).

O parto normal acontece de forma espontânea e é um processo natural do corpo da mulher. Esse processo pode ser dividido em três partes, a primeira delas é a dilatação que precede as contrações. O colo do útero sofre uma dilatação que passa a ser contada quando essa expansão atinge dois centímetros. As contrações do útero aparecem primeiramente bem espaçadas e vão se tornando mais frequentes, por isso as dores. A segunda parte é a expulsão, quando a dilatação do colo do útero chega aos dez centímetros, as contrações e o esforço físico do corpo da mulher auxiliam a saída do feto. Por fim, a dequitação, onde o corpo da parturiente expulsa a placenta também através das contrações, mas desta vez, não dolorosas. Tal acontecimento proporciona a vivência de uma experiência única que é “dar a luz” e as inúmeras sensações que acompanham esse momento, tornando a mulher a protagonista do próprio parto e trazendo consigo a força do empoderamento feminino.

Em contra partida, a OMS indica a recorrência a cesariana, que é um procedimento cirúrgico, quando a parturiente, o feto ou ambos apresentam algum risco de vida e que necessitam de interferência e procedimentos médicos. Como cita STAHL:

A cesariana só deve ser realizada quando há risco de morte para a mãe, para o bebê ou para ambos, como nos seguintes casos: A mãe tem uma forma de hipertensão grave que descompensa; A gestante é soropositiva para o vírus da aids; O cordão umbilical sai antes do bebê; A placenta descola antes do nascimento do bebê; A cabeça do bebê é desproporcional à passagem da mãe; O bebê está atravessado ou sentado; A localização da placenta impede a saída do bebê (STAHL et al, 2017, p.11).

A recorrência por esse tipo de procedimento deve envolver em primeira mão a parturiente e ser realizado em último caso, quando no parto normal a mãe e o bebê não estiverem seguros.

3. CESARIANAS NO BRASIL E O LUCRO DOS HOSPITAIS

Esse novo “tipo de parir”, a cesariana, chegou ao Brasil com a vinda da corte portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro. Até então, o parto normal era o que prevalecia e as parteiras eram tidas como as mais preparadas para realizarem a assistência necessária às parturientes. Somente com a chegada da corte ao Brasil, novas ideias foram surgindo e com elas a modernização da cidade do Rio de Janeiro, que se tornou um exemplo a ser seguido por todo o país. Segundo Carneiro (2011), surge, através dessas mudanças, o início de uma medicina higienista no Brasil:

Segundo Jurandir Freire Costa (1979), é com a descoberta do ouro, expansão das cidades e enriquecimento da sociedade, que Portugal, percebendo ter negligenciado em sua política de povoamento e urbanização, inicia o processo de modernização da cidade do Rio de Janeiro, que, depois, se tornou exemplo para as demais cidades brasileiras. Nessa época, igreja, governadores e senhores de terra disputavam a autoridade, não havia unidade governamental e as leis pareciam ser insuficientes para dar conta dos conflitos sociais; por isso, em busca de um mecanismo de sujeição e controle populacional, a medicina higiênica, já em vigência na Europa, pouco a pouco desponta como tática de governabilidade em um ambiente que, por ser já bastante tenso, não comportava a repressão (CARNEIRO, 2011, p.27).

As mudanças não aconteceram somente no surgimento de um novo modo de parir, mas também em um conceito social, uma transformação social que já era vigente na Europa durante o século 18. Tais transformações trouxeram consigo a ideia de “mãe higiênica” as que agiam pelos seus instintos maternos, “essa figura de mãe torna-se central nos recentes manuais de puericultura e de recomendações para uma vida matrimonial saudável da época.” (CARNEIRO, 2011, p.28).

As primeiras faculdades de medicina do Brasil surgiram em 1832, situadas nas cidades do Rio de Janeiro e na Bahia, como destaca CARNEIRO (2011, p.28) “em uma sociedade de cura leiga passa a operar uma medicina científica, que era também social e política.”

O Brasil é hoje, o segundo país com maior índice de cesarianas, numa lista de 99 países segundo a UNICEF (2016), apresentando um percentual de 57%. A Organização Mundial da Saúde estabelece um percentual de 15%. Ainda segundo a OMS, cerca de 140 milhões de partos são realizados por ano no mundo, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2,4 milhões de partos, mais de 1,3 milhões destes partos foram cesarianas.

A criação de instancias do Instituto Nacional de Previdência Nacional (INPS) passou a determinar que um profissional de saúde, no caso, o médico, só obtinha seu lucro se esse fizesse uma participação efetiva no parto. A Agência Nacional de Saúde (ANS) que é a regulamentadora dos planos de saúde autorizou uma tabela de remuneração de partos que está vigente até os dias de hoje, que coloca “mais vantajoso” para um medico, a realização de um parto via cesariana do que um natural, pois o mesmo demanda um maior tempo, podendo durar até mais de 12 horas, sendo sua remuneração quase a mesma que a de uma cesariana.

Essa epidemia de cesarianas no Brasil se deve ao fato da relação parto-tempo, ou seja, elas são marcadas com antecedência, facilitando assim a presença de familiares na hora do parto, podendo o medico marcar maior numero de partos por dia e com isso, uma maior remuneração se comparada a de partos naturais. Porém, tal pratica tem aumentado o numero de nascimentos prematuros, colocando, segundo uma pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Brasil como o décimo na lista de países com maior número de prematuridade do mundo, com um número de 15 milhões de bebês prematuros nascidos em 2010.

4. O PARTO HUMANIZADO

A ideia de “humanização” do nascimento e do parto começou a aparecer no Brasil por volta dos anos de 1980 e 1990. Críticas foram levantadas por profissionais da área da obstetria sobre o vigente modelo de parto, demasiadamente medicalizado e muito das vezes, invasivo. Tais críticas levaram a pensar sobre um novo modelo de parturição que apresentasse mais respeito com o parto e também com as mães e bebês, porém o termo “humanizado” ainda não era empregado a esse novo modelo.

Com a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), o termo “humanização” ganhou espaço e começou a ser aderido inicialmente por mulheres de camadas médias. Essa ideia leva em consideração de que o ato de parir é um processo fisiológico e natural do corpo da mulher, estando a mesma apta a dar a luz por si mesma, não necessitando de intervenções medicas quando mãe e bebê não apresentam nenhum risco de vida. A antropóloga Robbie Davis Floyd trás na ideia de parto o conceito de assistência ao parto, que na verdade consiste não em formas de partos, mas sim nas formas de assistência que se pode oferecer a parturiente durante o processo do parto. Os três tipos de assistência que a antropóloga cita são a assistência medicalizada ao parto, que no caso são as cesarianas, já citadas nesse artigo, o parto medicalizado, chamado de normal, o qual conta com intervenções que acelera o processo em si e o parto natural ou humanizado. Segundo HIRSCH (2015, p.244) “o parto humanizado teria como premissa: o “protagonismo” da mulher, a valorização do vínculo entre a mãe e o bebê e o compromisso com uma medicina baseada em evidências (MBE).”

A rede de humanização do parto busca a aderência de grande parte da população parturiente e também de profissionais da saúde, como obstetras, ginecologistas e enfermeiras obstétricas a fim de que esse movimento se torne cada vez maior e o parto cada vez melhor vivenciado pelas mulheres. A criação e reconhecimento pela ReHuNa de Casa de Parto (CP) é um dos projetos que foram criados com o intuito governamental de concretizar a ideia de parto humanizado. As CPs são montadas com toda estrutura necessária

para a realização dos partos, contando com a presença de enfermeiras obstétricas e de doulas prontas para auxiliarem a mulher durante o parto. Elas contam também com ambulâncias de prontidão para casos de complicações.

Segundo Brasil (2006) e Nunes (2012):

[...] uma assistência humanizada refere-se à prestação de uma assistência que prioriza a qualidade do cuidado garantindo respeito aos direitos e sua individualidade, valorizando a autonomia, protagonismo e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado. É uma forma de transformar o processo de desumanização que se tornou cada vez mais gradativo, em procedimentos que visam a suavizar as dores e temores de pacientes que necessitam de atendimento e cuidados (apud SILVA et al, 2016, p.11).

A ideia de assistência humanizada ao parto vem como forma de quebrar esse formato normativo que são as cesáreas e implementar a ideia de parto individual, onde a confiança na fisiologia do corpo da mulher no ato de parir está presente e de que cada parto é um parto diferente. Enquanto na assistência medicalizada a relação entre médicos e parturientes é verticalizada, ou seja, as decisões, estudos, conhecimento e experiências desse profissional estão acima das decisões e opiniões das mulheres, no parto humanizado se tem uma relação oposta a isso. É uma relação horizontal, onde as decisões do profissional que assiste ao parto médico ou enfermeira obstetra sobre as condutas de parto se dão de forma compartilhada entre profissional e parturiente, assim como as responsabilidades podendo dar a assistência necessária a mulher atendendo a sua individualidade e ao tempo que cada uma leva a parir. A doula e psicóloga Eleonora Moras define a ideia de humanização do parto como:

“Humanizar é acreditar na fisiologia da gestação e do parto. Humanizar é respeitar esta fisiologia, e apenas acompanhá-la. Humanizar é perceber, refletir e respeitar os diversos aspectos culturais, individuais, psíquicos e emocionais da mulher e de sua família. Humanizar é devolver o protagonismo do parto à mulher. É garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha.” (MORAES, 2018, p.1)

5. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOFRIDA POR PARTURIENTES EM HOSPITAIS BRASILEIROS

“Violência obstétrica- A voz das brasileiras” é o título de um vídeo documentário produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan, que conta o relato de mães que sofreram violência obstétrica durante a gravidez e também no trabalho de parto. Esse documentário apresenta com objetivo principal relatar a realidade de muitas parturientes nos cenários dos hospitais brasileiros, alguns de muita referência como o Albert Einstein em São Paulo.

Segundo a Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013) :

A ocorrência de violência obstétrica é um problema recorrente nas práticas da atenção destinada à mulher durante o trabalho de parto e envolve questões sociais como gênero, raça, de classe e institucional. Caracterizam-se 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 a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (apud SILVA et al, 2016, p.10).

A violência obstétrica sofrida por essas mulheres ocorrem de diversas formas ao longo dos 9 meses de gestação, podendo ser citados a realização de vários ultrassons em consultórios médicos durante consultas de rotina, o amedrontamento das mães com falácias médicas sobre o tamanho dos bebês, o enrolamento de cordão

umbilical e também a anatomia do próprio corpo das mães (às vezes grande demais, outras pequenas demais, às vezes magras demais ou obesas, muito baixas ou com uma bacia muito pequena para a passagem do bebê). Esses mitos, sempre objetivam a marcação de cesarianas desnecessárias, quando a mãe e o bebê estão em ótimas condições de saúde para realizar o parto de forma natural.

Porém, o parto natural também está incluso nos relatos de violência obstétrica, quando a mulher é submetida a procedimentos que não são de necessidade para o acontecimento do mesmo. O uso de ocitocina sintética, que é um hormônio produzido em laboratório semelhante ao produzido pelo corpo da mulher durante o trabalho de parto, injetado de forma venosa juntamente com soro para auxiliar e aumentar as contrações, induzindo o trabalho de parto. É um método frequentemente utilizado nos hospitais e que só aumenta a dor sentida pela parturiente, fazendo com que aquele momento seja um momento de sofrimento e não de realização como retrata as mulheres. Outro procedimento muito invasivo e realizado em sua maioria sem o consentimento das mães é a episiotomia, presente nos partos medicalizados que geralmente são os mais violentos para as mães e bebês. Esse procedimento consiste em um corte realizado na região do perineo (área muscular entre a vagina e o anus) com o intuito de ampliar o canal de parto e que afeta tanto fisicamente como emocionalmente. É o que diz um relato de uma participante documentário e que foi citado no artigo “Parem a violência obstétrica” de Mariana Marques Pulhez:

A episiotomia me causou durante uns bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou... e desconforto psicológico... eu me senti estranha, eu não gostava que meu marido encostasse naquela região. Ficou sensível... Quando muda o tempo, até hoje eu sinto pinicar onde eu levei os pontos. Então me afetou bastante essa episiotomia. Eu me senti violada, violentada. Eu falo que, quando eu leio algum relato de violência sexual, como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo...” (PULHEZ, 2013, p. 549).

A mulher é colocada em uma maca, com as pernas para cima e amarradas, totalmente nua e exposta para quem quer que passe, até mesmo para quem não irá participar do parto, isso para elas também é uma forma de violência obstétrica, além dos constantes exames de toque que as deixam bastante constrangidas. Essa posição na qual são colocadas, chamada de posição litômica, é frequentemente adotada nos hospitais pois favorece apenas o médico que está auxiliando o trabalho de parto, segundo relato das mães no documentário, isso impede que elas encontrem uma posição melhor e menos dolorosa para darem a luz, tirando delas o protagonismo do acontecimento.

Essas violências sofridas causam marcas emocionais por um longo período, violam o direito da mulher sobre o seu próprio corpo e transformam esse momento único, notado de sentido e de emoções, na qual as futuras mães aguardam durante o período da gravidez, em um momento triste, algumas vezes desesperador e distante, pois os bebês são levados para cumprir os procedimentos médicos. A mulher é tida e vista nesse caso como um “objeto de parir” ou uma “máquina reprodutora”, tirando da mesma toda a vivência do próprio parto e ignorando completamente seus sentimentos e vontades enquanto ser humano.

6. CONCLUSÃO

Considerando a existência de evidências científicas que comprovam a efetividade da prática humanizada, é essencial que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher, para o enfoque da atenção integral e dos direitos sexuais e reprodutivos; o entrosamento das diversas disciplinas profissionais, com vistas ao trabalho em equipe que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto e nascimento desde o pré-natal; a ampla divulgação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na mídia e nos serviços de saúde; a efetiva incorporação do modelo humanizado da atenção como diretriz e filosofia institucional; e, sobretudo, a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais.

Verificou-se que as medidas adotadas influenciam no bem-estar das parturientes, fazendo com que se sintam mais seguras e amparadas. Conforme essas parturientes são “ouvidas” em suas angústias e temores, o trabalho de parto flui de forma mais natural e, portanto, mais fisiológica.

A possibilidade de deambulação entre e durante as contrações facilita a descida do polo cefálico, isto é, da cabeça fetal. O andar minimiza a sensação dolorosa proporcionada pela contração, levando a uma

diminuição da necessidade de administração de analgésicos no trabalho de parto. No chamado período expulsivo do parto, a presença do acompanhante, não só nesse momento mas em todo o parto, proporciona às parturientes uma sensação de amparo fundamental nessa fase. Após o desprendimento do polo cefálico e ultimateção do parto, o recém-nascido é colocado no abdômen materno, e o cordão umbilical é, geralmente, cortado pelo pai acompanhante.

Esse momento tão familiar é de extrema valia, quando se pensa que, por meio dessas medidas, promove-se uma integração entre casal e recém-nato. O recém nascido (RN), quando colocado imediatamente após o nascimento no seio materno, começando a sugar, ajuda na liberação de um hormônio chamado ocitocina, que é fundamental para a contração uterina pós-parto, facilitando a fase de dequitação da placenta com diminuição do sangramento e minimizando a necessidade de medicações uterotônicas.

Com isso, o pós-parto é mais tranquilo, facilitando a evolução natural do chamado quarto período, quando se dá a contração uterina efetiva e a diminuição do sangramento vaginal. Quando existe uma melhora na qualidade técnica, como na qualidade de interação entre pacientes e provedores de assistência (médicos e enfermeiros), passa-se por reconhecer o papel da dor iatrogênica (provocada ou complicada pela assistência).

O que se questiona, no entanto, é uma abordagem da assistência obstétrica que valoriza uma atuação intervencionista em um processo que é antes de tudo fisiológico. No conjunto da internação para o parto, a observância das ações humanizadoras permite afirmar que, quando a parturiente é estimulada adequadamente a interagir com a equipe multiprofissional, é amparada na dor e nas preocupações; o desenrolar do parto é mais fisiológico, portanto, menos medicalizado.

A economia em medicações analgésicas e os gastos relativos aos chamados atos anestésicos (honorários médicos, materiais e medicamentos específicos) são patentes. Cabe aos hospitais com maternidade a redistribuição dos espaços e a reorganização dos tempos, de modo a desrespeitar a fisiologia obstétrica o mínimo possível, rompendo com a concepção de que a melhor assistência é a que consome mais insumos.

Isso implica, também, evitar a admissão precoce, uma vez que o tempo de duração do parto começa a contar na prática, quando a mulher é internada. Admissões precoces oneram as contas hospitalares ligadas à assistência obstétrica, porque aumentam o grau de ansiedade materna gerada com base na falsa demora no trabalho de parto e nascimento. A falta de uma relação médico-paciente, ou de enfermeira-paciente, pode proporcionar uma angústia tamanha na mãe, de tal sorte que será quase impossível conduzir um trabalho de parto fisiológico

7. REFERÊNCIAS

HIRSCH, Olívia. **O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres das camadas médias e populares no Rio de Janeiro**. Civitas, Porto Alegre, v.15, n. 2, p. 229-249, abr.-jun. 2015.

CARNEIRO, Rosamaria. G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de praticas femininas de parto humaniza**. Campinas - UNICAMP, Nov., 2011. p.1-160.

PULHEZ, Mariana. M. **Parem a violência obstétrica: construção das noções de “violência” e “vitimas” nas experiências de parto**. RBSE – *Revista brasileira de Sociologia da Emoção*, v.12, n. 35, p.544-564, ago. 2013. ISSN 1676-8965.

CARNEIRO, Rosamaria. G. **Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo**. Vivencia 44 – *Revista de antropologia*, n. 44, 2014, p. 11-22.

MAIA, Luna. M. **Com o poder de Deus nas mãos: concepções das parteiras acerca da vivencia do parto numa perspectiva da espiritualidade**. João Pessoa – PB. UFPB, 2013. p. 1-41.

SANTOS, Renata. O. B. **Guerra e parto: uma análise antropológica sobre humanização do nascimento em Belo Horizonte**. Belo Horizonte – MG. UFMG. 2016. p.126-182.

SILVA, Izabel; SANTOS, Maria A.; PEREIRA, Maria F.; FERRAZ, Riveli. **Percepção social de puérperas sobre violência no trabalho de parto e parto: revisão integrativa**. Recife – PE. Universidade Integrada de Pernambuco, 2016.

MULLER, Elaine; RODRIGUES, Laís; PIMENTEL, Camila. **O tabu do parto: dilemas e interdições de um campo ainda em construção**. Civitas, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 272-293, abr.-jun. 2015

DCM. Diário do Centro do Mundo. **A indústria do parto: como o Brasil se tornou líder mundial de cesáreas**. Abr. 2014. Disponível em: <<https://www.diariodocentrodomundo.com.br/a-industria-do-parto-como-o-brasil-se-tornou-lider-mundial-de-cesareas/>>. Acesso em: ago. 2018.

RAPCHAN. Armando. **Violência Obstétrica: a voz das brasileiras**.documentário, Nov. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>> Acesso em: ago. 2018.

REHUNA, Rede pela humanização do parto e do nascimento. **Quem Somos**. Set. 2018. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 3 set 2018.

SNS, Serviço Nacional de Saúde. **Parto: novas recomendações da OMS**. Republica Portuguesa, fev. 2018. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>>. Acesso em: 3 set. 2018.

STAHL. Gary; VIVES. Esperanza; CAPARELLI. Estela. **Quem espera, espera**. *Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)*, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

DUARTE. Michelle. **Parto normal e parto cesárea**. Set. 2018. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/parto-normal-e-parto-cesarea/>>. Acesso em: set. 2018.

LUNETAS. **Conheça e saiba como funcionam as Casas de Parto em São Paulo**. *Da redação*. Pub. Jan. 2017. Disponível em: <<https://lunetas.com.br/casa-de-parto/>>. Acesso em: set. 2018.

MORAES, Eleonora. **O que é parto humanizado?**. O despertar do parto, 2017. Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/o-que-e-parto-humanizado.html>>. Acesso em: set. 2018.

MORAES, Eleonora. **Parto humanizado: afinal, o que é?** . O despertar do parto, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?time_continue=179&v=jWoq1cWdQ0I>. Acesso em: set. 2018.

LUNETAS. **Conheça e saiba como funcionam as Casas de Parto em São Paulo**. *Da redação*. Pub. Jan. 2017. Disponível em: <<https://lunetas.com.br/casa-de-parto/>>. Acesso em: set. 2018.

MORAES, Eleonora. **O que é parto humanizado?**. O despertar do parto, 2017. Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/o-que-e-parto-humanizado.html>>. Acesso em: set. 2018.

MORAES, Eleonora. **Parto humanizado: afinal, o que é?** . O despertar do parto, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?time_continue=179&v=jWoq1cWdQ0I>. Acesso em: set. 2018.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesárea**. Out. 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas/>> / acessado em 13/09>. Acesso em: out. 2018.

NAKANO. Andreza R.; BONAN. Claudia; TEIXEIRA.Luiz A. **A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no sudeste do Brasil**. Out. 2018. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 885-902. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00885.pdf>. Acesso em: out. 2018.

SILVA. José de Alencar; BARRETO. Luiz Paulo; LIMA. Humberto. **LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005.** Presidência da República. Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em dez. 2018.