



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER

Cecília Prado Marini

# Humanização do Parto no século XXI: Reconhecendo Tradições

Brasília  
Setembro/2018

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo apresentar a política construída sobre o parto no Brasil, sua importância e contexto. A pesquisa realizada para a elaboração deste trabalho foi de cunho qualitativo, com base em revisão bibliográfica e análise documental. Neste trabalho eu apresento a história da assistência ao parto; algumas perspectivas a respeito do parto; as políticas criadas a respeito da atenção ao parto; e a realidade da assistência ao parto no Brasil após a introdução da política de humanização do parto. Com a pesquisa foi possível constatar que a assistência prestada ao parto atualmente nega as práticas tradicionais, nas quais a parteira tinha notório saber sobre o assunto, e submete a parturiente a diversas intervenções de base biotecnológicas que podem desumanizar o parto. O trabalho mostra a importância da autonomia e empoderamento femininos manifestados na possibilidade de escolhas sobre o tipo de parto. Em suma, evidências científicas apresentadas neste trabalho mostram que o resgate de práticas tradicionais em partos de baixo risco aliado à maior autonomia da parturiente no momento do parto contribuem para um andamento mais profícuo deste com melhores resultados para puérperas e recém-nascidos.

**Palavras-chave:** humanização do parto; parteira; assistência ao parto.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	7
CAPÍTULO I.....	11
A HISTÓRIA DO PARTO E A PROFISSÃO DE PARTEIRA.....	11
1.1 Protagonismo e Declínio das Parteiras na “História” .....	11
1.1.1 Idade Antiga .....	12
1.1.2 Idade Média.....	15
1.1.3 Idade Moderna.....	18
1.1.4 Idade Contemporânea.....	21
1.2. Parto no Brasil .....	25
CAPÍTULO II.....	31
AS PERSPECTIVAS SOBRE O PARTO .....	31
2.1. Perspectivas a Respeito dos Tipos de Parto.....	31
2.1.1 Cesáreo ou Normal: a visão médica e da parturiente .....	33
2.1.2. Perspectiva médica.....	36
2.1.3. Perspectiva da parturiente .....	37
2.1.4 Perspectiva Feminista.....	39
CAPÍTULO III .....	43
A AÇÃO POLÍTICA NACIONAL SOBRE O PARTO.....	43
3.1. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal .....	44
3.2. Centros de Parto Normal.....	46
3.3. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.....	49
3.3.1. Rede Cegonha .....	51
3.3.2. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.....	52
CAPÍTULO IV .....	56
A REAL ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL .....	56
4.1. A Pesquisa <i>Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento</i> ....	56
4.1.1 Achados e Análises .....	58
4.2. Humanização do Parto e Empoderamento Feminino.....	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	72

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral apresentar a política construída sobre o parto no Brasil, sua importância e contexto. O ponto de partida foi o questionamento quanto à qualidade da assistência prestada ao parto tendo em vista as altas taxas de cesarianas em hospitais da rede pública e privada em todo o Brasil. A hipótese central do trabalho foi que as altas taxas de cesariana se dão por escolha das parturientes que visam evitar sofrer violência obstétrica parto normal no sistema público e privado de saúde.

A pesquisa teve quatro objetivos específicos, a saber: apresentar as mudanças sofridas pela atenção ao parto ao longo da história do Ocidente e do Brasil e o papel das parteiras nesta trajetória; apresentar as perspectivas feminista, médica e feminina a respeito do parto; expor as políticas públicas brasileiras elaboradas no intuito de humanizar a atenção em saúde no SUS; e apresentar, por meio da análise de uma pesquisa qualitativa e quantitativa de abrangência nacional, a realidade da assistência ao parto no Brasil após a implementação da humanização do parto no SUS.

Tendo em vista que o Brasil apresenta altas taxas de cesarianas e que este tipo de parto pode acarretar consequências negativas a puérperas e recém nascidos a curto e longo prazo (BETRÁN et al, 2016), o paradigma da atenção ao parto deve ser alterado para que se tornem rotina outras práticas mais benéficas para os pacientes. É comprovado que as formas mais naturais de dar à luz são mais salutares durante o pré parto, parto e pós parto para puérperas e recém nascidos, sendo, portanto, mais apropriadas como protocolo da atenção ao parto (BRASIL, 2001). Esta mudança de paradigma está alinhada com a crença de que os partos em casa, realizados pelas antigas parteiras, e suas técnicas, realmente são eficazes e deveriam ser levados em conta atualmente.

A prática destas formas mais naturais de parir trazem mais autonomia para as parturientes durante o trabalho de parto e não reproduzem a violência obstétrica, prática em que parturientes e seus direitos não são respeitados durante o parto (ANDRADE; AGGIO, 2014). Defender formas mais naturais de dar à luz não desvaloriza os avanços da medicina, ao contrário, propõe que os exames, as drogas e intervenções médicas se ocupem dos partos que de fato necessitam deles e evita a patologização das gestações.

Sendo assim, para os partos sem complicações e de baixo risco, as práticas tradicionais se mostram mais benéficas do que aquelas modernas e interventivas (BRASIL, 2001).

Para tanto, na sessão de metodologia exponho os procedimentos realizados neste trabalho. A pesquisa executada para o trabalho é de cunho qualitativo e tem como base a revisão bibliográfica e análise documental. Foram analisadas dissertações, artigos e pesquisas de áreas como antropologia, enfermagem, psicologia e medicina com a intenção de ter um apanhado abrangente sobre o tema do parto de acordo com as perspectivas de cada área do conhecimento. Este trabalho é dividido em quatro capítulos que se complementam visando, enfim, apresentar a política de humanização da atenção ao parto no Brasil, suas raízes, estrutura e objetivos.

No primeiro capítulo, é apresentada a trajetória da assistência ao parto desde a Antiguidade até a contemporaneidade: de início a atenção ao parto e o saber a respeito da saúde da mulher eram assuntos exclusivamente femininos, dominados, no mundo Ocidental, pela figura da parteira. A partir do desenvolvimento de universidades, a negação da presença feminina nelas, e a crescente valorização do saber acadêmico, as parteiras perderam espaço para os doutores graduados em medicina e passaram a atuar na clandestinidade até sua quase extinção nos dias atuais (SANTOS, 2001). A cena da atenção ao parto no Brasil se deu conforme aquela na Europa e nos Estados Unidos, na qual parteiras, que quase homogeneamente assistiam aos partos, também perderam espaço para os doutores médicos e tiveram suas práticas suprimidas em prol das novas práticas interventivas (BOARETTO, 2003).

No segundo capítulo são apresentadas as perspectivas médica, da parturiente, e feminista a respeito dos tipos de parto e as vantagens e desvantagens de cada tipo na ótica de cada grupo. É possível notar que os médicos e as parturientes apresentam perspectivas diferentes a respeito da cesariana e do parto normal, mas esta diferença não se manifesta nos partos de fato realizados, que, em sua maioria, se dão de acordo com as preferências dos médicos e não das parturientes, demonstrando disparidade de poder entre pacientes mulheres e médicos (BARBOSA, 2003). Em seguida são apresentadas as perspectivas feministas a respeito do parto: é entendido que o parto deve resgatar as práticas tradicionais das parteiras e negar a alta taxa de intervenções e cirurgias, aliando-se aos preceitos da humanização do parto (DUARTE, 2013).

O terceiro capítulo traz, em ordem cronológica, as Políticas Públicas, Portarias e diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde na intenção de tornar humanizada a atenção prestada ao parto no Sistema Único de Saúde. A partir de evidências científicas que apontam os prejuízos causados a puérperas e recém nascidos pelas práticas obstétricas que se utilizam demasiadamente de intervenções, instrumentos, drogas e cirurgias para agilizar o parto, e se utilizando de pesquisas empíricas que demonstram maiores vantagens em partos que resgatam práticas tradicionais e mais naturais na atenção ao parto, o Ministério da Saúde visa alterar o paradigma da atenção ao parto no Brasil unificando o SUS como humanizado e mais benéfico para seus pacientes (BRASIL, 2005).

Já no quarto e último capítulo é apresentada uma pesquisa brasileira de abrangência nacional com cunho qualitativo e quantitativo que expõe, a partir de pesquisa de campo, a realidade da assistência prestada ao parto em instituições de saúde públicas e privadas que prestam assistência ao parto. De maneira surpreendente, esta pesquisa mostra que, apesar da instituição da humanização da assistência ao parto no país, diversas mulheres são submetidas a intervenções desnecessárias e não têm seus direitos garantidos. Este fato demonstra a falta de adesão e execução dos princípios da humanização na rotina obstétrica por parte dos profissionais da saúde e gestores, o que deve ser questionado e problematizado para que esta realidade de fato mude para o benefício da população (LEAL, 2014).

Deste modo, ao longo do trabalho levantei argumentos que, juntos, embasam, justificam e defendem a prática da atenção humanizada ao parto, instituída por meio de políticas públicas no Brasil. A atenção humanizada sustenta as formas mais naturais de parir, que são comprovadamente benéficas para parturientes e recém-nascidos, como apresentado ao longo do trabalho, que, por meio de políticas públicas, passam a ser garantidas tanto no SUS quanto na atenção privada (BRASIL, 2001).

Um possível desdobramento desta pesquisa é o de sensibilizar profissionais da área da saúde para que questionem suas práticas e executem os preceitos da humanização ao assistência ao parto, tornando-os parte de sua rotina, protocolo de atendimento e paradigma de ensino. É importante atingir também gestantes e suas famílias para que questionem e problematizem a atenção prestada ao parto, se munindo de evidências

científicas que comprovem as melhores práticas, e assim reivindiquem a prática da atenção humanizada e de qualidade ao serem atendidas (LEAL, 2014).

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa desenvolvida para a realização deste trabalho foi de cunho qualitativo com caráter exploratório. Para sua construção, foi realizado estudo bibliográfico a partir do levantamento de literatura pertinente ao tema do parto. O levantamento da literatura se deu por meio da plataforma virtual *Google Acadêmico*<sup>1</sup>, ferramenta de pesquisa virtual que disponibiliza publicações acadêmicas para livre consulta. Na base de dados eleita a pesquisa foi realizada a partir das palavras-chaves: parto humanizado; humanização do parto; parto; e assistência ao parto. A partir do levantamento bibliográfico, foram encontradas publicações pertinentes ao tema em artigos de revistas científicas, dissertações de mestrado, pesquisas e teses de doutorado.

Durante a seleção de material bibliográfico, foi realizada a leitura dos resumos e considerações finais das publicações encontradas na base de dados a fim de identificar aquelas com conteúdo que contribuiria para o alcance do objetivo geral e dos objetivos específicos. A partir das primeiras publicações selecionadas, foram consultados e analisados também os artigos tidos como referência para as primeiras publicações encontradas. Deste modo, foi possível identificar e analisar os autores e artigos de maior referência na área de parto, história da atenção ao parto e parto humanizado, consultados e citados por muitos acadêmicos desta área de pesquisa.

Para fins de pesquisa e análise ao longo deste trabalho, foram considerados somente gestações e parto de baixo risco, quando não especificadas outras condições. Ao longo da pesquisa, são citadas intervenções prejudiciais aos partos e sugeridas práticas alternativas e benéficas, que se aplicam somente às situações de baixo risco e sem complicações. Para gestações de alto risco e com complicações, cirurgias cesarianas e diversas intervenções são benéficas e salvam vidas, não devendo ser aplicadas práticas alternativas para esses casos. (BRASIL, 2001).

A seguir, cito as principais bibliografias utilizadas como referência para a elaboração deste trabalho e o modo como suas contribuições foram resgatadas. No primeiro capítulo: a dissertação de mestrado “Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento, Um Modelo Teórico”, publicado em 2002 por Marcos Santos da qual foram extraídas informações a respeito da trajetória da assistência ao parto no mundo ocidental.

---

<sup>1</sup>Disponível em : <https://scholar.google.com.br/>



O artigo “História da Mulher na Medicina”, publicado no ano de 2014, com autoria dos médicos Elaine Alves e Paulo Tubino, do qual foram extraídas informações a respeito da trajetória da atenção ao parto no mundo Ocidental. E o artigo da revista Cadernos de Saúde Pública intitulado *História da parturição no Brasil, século XIX*, publicado em 1991 pela professora Anayansi Brenes, do qual foram coletadas informações a respeito da trajetória da atenção ao parto no Brasil.

No segundo e capítulo as publicações mais consultadas foram as seguintes. O artigo “Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?”, publicado no ano de 2003, com autoria de Gisele Barbosa e outros seis pesquisadores, do qual foram extraídas, dentre outras informações, dados a respeito das perspectivas de médicos e parturientes a respeito dos tipos de parto e as preferências de cada grupo em relação a esses tipos de parto. A dissertação de mestrado “Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social” publicada em 1996 por Carmen Diniz da qual foram resgatadas informações a respeito da inserção dos médicos na atenção ao parto. O artigo “Movimentos Identitários: Associações entre o Feminismo e a Escolha pelo Parto Humanizado” publicado em 2013 por Fernanda Duarte do qual foram extraídas informações a respeito das perspectivas feministas em relação ao parto e a respeito do movimento de humanização do parto. A dissertação de mestrado intitulada *Parto Natural, Normal e Humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto*, publicada em 2005 por Ivete Dutra, a partir da qual foram citados questionamentos a respeito das práticas em relação ao parto, além de recomendações a respeito dos tipos de parto.

No terceiro capítulo foram analisadas as bibliografias citadas no segundo capítulo e documentos do Ministério da Saúde, como a Portaria nº 985/GM de 1999 que instituiu o Centro de Parto Normal no âmbito do SUS; a Portaria nº 569 de 2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do SUS; a Portaria nº 1.459 de 2011 que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS; e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2017, a partir das quais foram retiradas informações a respeito da instituição, programa e diretriz instituídas, contribuindo para a apresentação do movimento pela humanização da atenção ao parto no Brasil.

Além destas referências, foi amplamente abordado ao longo de todo o trabalho o guia “Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher” publicada em 2001

pelo Ministério da Saúde, do qual foram extraídas informações a respeito da atenção ao parto que se dá de fato no Brasil, as perspectivas a respeito dos benefícios e malefícios desta atenção e as propostas de mudanças presentes na humanização da assistência.

Enfim no quarto capítulo foi utilizada basicamente uma referência bibliográfica, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” publicada em 2014 por Maria do Carmo Leal e equipe de autores, que consiste em uma pesquisa qualitativa e quantitativa que investigou em nível nacional a realidade da atenção ao parto no Brasil. Esta pesquisa é a referência bibliográfica majoritária do capítulo por ele se dedicar à exposição e análise dos resultados dela, visando finalizar as exposições do presente trabalho com a exibição de dados que revelam como se dá de fato a atenção ao parto no Brasil: se ela segue os preceitos da humanização, apresentados no capítulo anterior, ou se ela continua sendo realizada com a presença de intervenções e altas taxas de cirurgias, como exposto ao longo do trabalho.

Além das publicações brasileiras apresentadas acima, foram utilizadas como referência, da mesma forma, publicações estrangeiras. Por vezes, apesar de não coletarem dados na realidade brasileira, pesquisas internacionais podem contribuir com dados aplicáveis à realidade deste país. O uso de referência bibliográfica estrangeira contribui para a pesquisa no Brasil e sua tradução para a língua portuguesa provoca a reflexão da democratização da leitura.<sup>2</sup>

Sendo assim, foram referenciados dois artigos intitulados *Tecnologia no parto: Primeiramente, não lesar*<sup>3</sup> e *Os peixes não enxergam a água: A necessidade de humanizar o parto*<sup>4</sup>, publicados em 2000 e 2001 respectivamente, pelo médico norte americano Marsden Wagner. Destes foram extraídas informações a respeito das consequências negativas do demasiado uso de tecnologias no parto e as sugestões do autor a respeito da prática humanizada de assistência ao parto, com o mínimo de intervenções.

Além destes, o artigo “A Tendência Crescente nas Taxas de Cesarianas: estimativas nacionais, regionais e globais: 1990-2014”<sup>5</sup> de 2016 desenvolvido por Ana

---

<sup>2</sup> Para viabilizar o acesso à leitura em língua portuguesa das citações em língua estrangeira, os excertos e títulos referenciados neste trabalho foram traduzidos pela tradutora e doutoranda em Estudos da Tradução Clarissa Prado Marini.

<sup>3</sup> Título original em língua inglesa: “Technology in Birth: First do not harm”.

<sup>4</sup> Título original em língua inglesa: “Fish can't see water: The need to humanize birth”.

<sup>5</sup> Título original em língua inglesa: “The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014”

Betrán e outros cinco pesquisadores contribuiu para este trabalho com informações estatísticas a respeito das taxas de cesarianas no mundo que apontam para a alta taxa desta intervenção na América do Sul em relação às demais regiões. Estas estatísticas corroboram com outras partes do trabalho que exibem as altas taxas de cesarianas no Brasil e as consequências negativas da prática demasiada desta intervenção para puérperas e recém-nascidos, motivo pelo qual o Ministério da Saúde implementou e incentiva a prática humanizada dos partos, exibida a seguir no trabalho.

# CAPÍTULO I

## A HISTÓRIA DO PARTO E A PROFISSÃO DE PARTEIRA

Neste capítulo abordo a história da atenção ao parto. Essa se iniciou e se manteve por anos nas mãos de parteiras e foi, aos poucos, sendo substituída pela figura do profissional da medicina, em sua maioria, homens. De início, traço uma linha do tempo desde a Idade Antiga até a Contemporaneidade tratando da atenção ao parto no mundo Ocidental e, neste contexto, mostro como o Brasil foi influenciado pela trajetória das parteiras e dos profissionais da medicina na Europa e nos Estados Unidos, reproduzindo essa trajetória também. Os acontecimentos apresentados introduzem e contextualizam os serviços de atenção ao parto prestados no Brasil.

### **1.1 Protagonismo e Declínio das Parteiras na “História”**

Santos (2002) pontua que a profissão de parteira é, segundo o Velho Testamento, uma das mais antigas do mundo. As parteiras detiveram os conhecimentos a respeito da saúde feminina e da atenção ao parto de forma hegemônica desde a Antiguidade até a Idade Moderna, ainda que existissem faculdades de medicina que disputassem o espaço da atenção ao parto com elas.

As parteiras, cujos conhecimentos eram adquiridos por meio de observação e repassados oralmente, não registravam seus saberes, que se perderam com o tempo. Elas detinham conhecimentos a respeito das propriedades curativas, anestésicas, analgésicas e antiinflamatórias das plantas e sabiam preparar remédios, unguentos e emplastros, além de desenvolverem técnicas e manobras que as auxiliavam no cuidado com a saúde das mulheres antes, durante e depois do parto (Idem).

Alves e Tubino (2014) pontuam que o primeiro livro conhecido de anatomia dirigido às parteiras foi escrito pela ateniense Agnodike, ou Agnódice, que se disfarçou de homem e cursou a escola médica em Alexandria entre os séculos III e IV a.C., se tornando uma ginecologista famosa e invejada pelos médicos homens por sua habilidade e desempenho da profissão.

Destaca Santos (2002) que durante certo período na Idade Antiga, as mulheres tiveram a permissão para estudar obstetrícia. Contudo, com a expansão do patriarcado

pelo mundo ocidental, as mulheres passaram a ser banidas das universidades por terem de se ocupar somente da vida doméstica, segundo as crenças da época. A respeito do patriarcado, Heleieth Safiotti (2001, p. 115) explica que “No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta [...] [de mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos], recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio.”.

Ao longo de dois mil anos as mulheres foram banidas dos estudos formais em saúde e auxiliavam os partos de maneira clandestina. Já os homens, admitidos nas universidades, obtinham o conhecimento formal a respeito da saúde em geral e da atenção ao parto, mas sem ter tanta técnica quanto as parteiras por terem pouca prática. Eles estudavam por livros, teses e tratados, escritos também por homens, e desenvolviam métodos de como manipular e curar os corpos das mulheres, sem ao menos conhecê-los ou sentirem as dores que as mulheres sentem ao dar à luz (SANTOS, 2002).

### **1.1.1 Idade Antiga**

Alves e Tubino (2014) pontuam que na Antiguidade, figuras femininas eram cultuadas como divindades ligadas a área da saúde pelas civilizações do Egito, da antiga Mesopotâmia, Grécia, Roma. As divindades Afrodite e Vênus, da Grécia e Roma respectivamente, são bastante conhecidas até os dias atuais e representam a identidade feminina e correspondem à fertilidade.

Na antiga Mesopotâmia, por exemplo, as mulheres praticavam a medicina, utilizavam nos procedimentos instrumentos feitos de bronze e conheciam as propriedades medicinais das plantas, utilizando-as para tratar e curar enfermos. Já no Egito antigo, homens e mulheres ocupavam a mesma posição social, estudando e praticando a medicina e a cirurgia, sabendo inclusive examinar o pulso, circulação sanguínea, pele e olhos (ALVES & TUBINO, 2014).

Santos (2002) mostra que na Grécia Antiga, onde havia um sistema patriarcal de governo, somente os homens eram considerados cidadãos, cabendo a eles a vida pública, o trabalho, os estudos e as relações na sociedade, principalmente nas cidades. Já às mulheres, não consideradas cidadãs, e restritas à vida privada, cabia a vida doméstica.

No que diz respeito à vida familiar, a responsabilidade cabia às mulheres, inclusive a realização e assistência do parto. Nas cidades-estados, o parto era realizado no domicílio e auxiliado por outras mulheres, em suma, vizinhas, amigas e familiares desde que fossem mulheres mais velhas e experientes no processo, as parteiras. Já na área rural, o cenário diferia, uma vez que homens e mulheres trabalhavam e não havia tanta proximidade geográfica entre as pessoas. Neste caso, os maridos auxiliavam as esposas em seus partos por terem conhecimento e experiência a partir da experiência com o parto dos animais, diz Santos (2002).

A condição de não cidadã impunha às mulheres parteiras nas cidades-estados baixo ou quase nenhum prestígio social. Elas eram consideradas socialmente inferiores aos médicos e filósofos, apesar de terem uma estreita relação com eles. Contudo, não eram permitidas de ingressar nas escolas médicas, até mesmo aquelas especializadas em partos com complicações. Devido ao fato de serem as únicas a exercer a função de auxiliar partos, as parteiras chegavam a se sustentar financeiramente com esta atividade, como uma profissão, ou a realizavam como complemento de seus afazeres domésticos, sendo esta mais uma atribuição típica feminina (SANTOS, 2002).

De acordo com Alves e Tubino (2014) em Atenas, Alexandria e Ásia Menor as “mulheres que curavam” eram classificadas em três categorias: como parteiras, como especialistas em doenças femininas e como as que poderiam tratar todas as doenças. Assim sendo, as mulheres nestas cidades podiam ocupar posições de “profissionais da área da saúde”, se especializando em partos, saúde feminina ou saúde em geral, como o fazem obstetras, ginecologistas e médicos generalistas nos dias atuais.

Foi registrado o caso de uma parteira em especial que desempenhava tão bem seu ofício que se destacou historicamente por pesquisar e descrever posições fetais e técnicas de parto para se lidar com elas, além de prevenção de abortos, métodos contraceptivos e técnicas para se facilitar o trabalho de parto. Tais pesquisas apontam para o grande potencial das mulheres parteiras, que não foi explorado em outros locais à época e que poderia levar a avanços na medicina tradicional (ALVES & TUBINO, 2014).

As parteiras, consideradas artesãs por não obterem seus conhecimentos de maneira formal, ocupavam uma posição hegemônica no que concerne o auxílio ao parto até o século V a.C. Elas obtinham seus conhecimentos por meio do acompanhamento e observação do trabalho das parteiras mais experientes, aprendendo com elas seus métodos

e técnicas e desenvolvendo sozinhas, com o passar do tempo e da experiência, seu modo de fazer particular e técnicas singulares. Contudo, estes conhecimentos eram passados principalmente de forma oral de parteiras para aprendizes, sem serem registrados para o futuro, o que levou à perda de tais conhecimentos e a drástica diminuição da profissional parteira (SANTOS, 2002).

A respeito das mulheres parteiras, Marcos Santos (2002, p. 49) apresenta que

É evidente que, ao longo dos tempos, até um passado recente, nenhuma competência especial, em matéria de medicina, era exigida para o exercício da profissão de parteira. Exigia-se, naturalmente, que esta fosse irrepreensível no plano dos costumes. Tratava-se freqüentemente de uma mulher com experiência, isto é, com uma certa idade e mãe de numerosos filhos (Rooks, 1997a) — pois era preciso que ela tivesse conhecido, “na própria carne”, as dores do parto. Em muitos casos era viúva, podendo, assim, estar disponível; era robusta, gozava de excelente saúde, para poder deslocar-se pelas estradas independente das condições climáticas, tanto de noite como de dia, sendo ainda capaz de suportar as noites de espera. Devia ostentar um mínimo de higiene, ter unhas aparadas e não ter anéis nos dedos enquanto trabalhava. Mantinha o sangue-frio em todas as circunstâncias, inspirava confiança — era conhecida de todos pela sua reputação — e sabia usar as palavras adequadas para consolar e reconfortar. (Barbaut, 1990).

Os parteiros, ou médicos, começaram a ganhar espaço devido à possibilidade de se instruir e por terem maior prestígio social por serem homens, os únicos considerados cidadãos à época, aprendendo o ofício formalmente e repassando-o por meio da escrita. Porém, nesta época eles eram temidos nas cenas dos partos por serem chamados somente em caso de complicação e urgência. Além disso, a mulher que fosse ajudada no parto por um homem perderia suas virtudes pois ele poderia se aproveitar dela naquele momento de vulnerabilidade e fragilidade. Tal crença era enraizada na sociedade ao ponto de mulheres deixarem de chamar os médicos quando ocorriam complicações no parto e preferirem morrer a ser examinadas por eles e receberem suas intervenções.

Devido ao fato de os médicos estudarem para intervir em partos complicados e uma vez que as parturientes só os procuravam quando o parto apresentava perigo, os médicos atendiam quase somente partos complicados e com morte. Por outro lado, as parteiras acompanhavam a maior parte dos partos, que evoluíam sem intercorrências, o que levava estes dois grupos de profissionais a terem percepções opostas a respeito de como se davam os partos de maneira geral. Apesar de os médicos se ocuparem dos partos com complicações, há registros de cesarianas bem-sucedidas realizadas por parteiras – ao

contrário das demais cesarianas que geralmente eram realizadas em mulheres já mortas para salvar os bebês (SANTOS, 2002).

A atuação dos médicos, determinada de maneira teórica e que não se baseava na prática da assistência ao parto em si tornou o parto um momento em que o profissional utiliza técnicas e instrumentos em uma parturiente agora passiva no parto. Isto em contrapartida à atuação das parteiras, que deixavam com que as parturientes conduzissem o parto, de forma ativa, e intervinham somente no momento e da maneira necessários.

Devido aos ensinamentos formais da academia, ao atuarem os parteiros aplicavam os conhecimentos unicamente teóricos e utilizavam instrumentos desenvolvidos na academia na assistência aos partos, em contrapartida à atuação das parteiras, que era basicamente empírica. Esta mudança do modelo de atenção ao parto tornou o processo menos pessoal, acabando por tirar a autonomia e poder das mulheres no ato de parir e afastar, ao longo do tempo, inclusive o pai da cena do parto (SANTOS, 2002).

Entre os anos de 98 DC – 138 DC, o grego Sorano, da cidade de Éfeso, considerado o maior parteiro da Antiguidade, escreveu um tratado a respeito da obstetrícia que se tornou uma grande referência para a profissão por 14 séculos. Neste tratado ele descreveu o útero e seus anexos desmistificando a crença anterior de que o útero seria um animal e trouxe diversas novidades a respeito de posições fetais, exames na gestante e no feto e como lidar com partos complicados. Sorano também contraindicou medicamentos que acelerem o parto precipitadamente e o uso de força bruta para acelerar o parto. Apesar de mulheres não serem permitidas de assistir aulas de medicina em sua cidade, Sorano defendia que elas deveriam ser instruídas para que pudessem estudar sua teoria, o que acabou não acontecendo uma vez que outros estudiosos não compartilhavam de sua crença e elas continuaram sendo proibidas de assistir às aulas (SANTOS, 2002).

### **1.1.2 Idade Média**

Entre os séculos V e XV o Estado na Europa era teocrático, ou seja, se fundia e se submetia aos preceitos da Igreja Católica. Para a Igreja, as mulheres eram instrumentos do diabo e praticavam bruxaria por meio da manipulação de plantas curativas, sendo negadas de praticar a cura na área de maior ocupação feminina, a de parteiras e de receber educação por serem consideradas inferiores. Porém, havia raras mulheres que aprendiam



medicina por meio de maridos ou pais que fossem médicos e elas exerciam a profissão majoritariamente de forma secreta, tendo produzindo inclusive tratados em suas áreas de pesquisa (ALVES, TUBINO, 2014).

Na Idade Média, a profissão de médico, ou físico, foi formalizada no contexto europeu, sendo criadas as primeiras faculdades no Ocidente, o que representou o declínio maior da função de parteira. Foi durante os séculos XII e XIII que se ergueu a restrição à formação em universidades para o exercício da medicina. As universidades eram exclusivas aos homens brancos das classes altas, devido a determinações da Igreja, admitidos segundo permissão da Igreja e com bastante conteúdo religioso mesclado ao científico. Como uma forma de se manter o conhecimento em torno do parto apurado e requintado, convencionou-se que eles seriam escritos em latim (SANTOS, 2002)

A respeito dos médicos na Idade Média, Marcos Santos explica que:

(...) diferentemente do médico com a concepção hipocrática que praticava simultaneamente a medicina interna e a cirurgia, o médico medieval pouco a pouco viu cindido seu ofício. De um lado os físicos, doutos senhores, formados em escolástica e estudiosos da astrologia, lógica e latim. A partir desses conhecimentos adquiriam toda a base conceitual para o exercício de sua prática, essencialmente retórica. Por sua vez, os barbeiros-cirurgiões, cujo conhecimento e saber provinham essencialmente da prática cotidiana do tratamento de lesões externas, se estratificaram em várias categorias: médicos-cirurgiões, cirurgiões-barbeiros e operadores ambulantes (litotomistas e herniotomistas). (SANTOS, 2002, p. 49 e 50).

Uma vez que a Igreja não permitia que mulheres estudassem, as parteiras eram privadas do conhecimento formal de línguas e dos estudos do corpo humano. Esta falta de instrução e conhecimento formal as marginalizava socialmente, o que as colocava no patamar social dos barbeiros-cirurgiões, que eram desvalorizados socialmente.

Nessa conjuntura, a medicina se limitava ao estudo de patologias e, uma vez que a gravidez e o parto não eram considerados doença, os médicos não os estudavam muito, e tinham um conhecimento limitado sobre o assunto. O pouco conhecimento que eles adquiriam a respeito do parto era somente teórico, não havendo estudos e treinamentos práticos nas universidades, sendo assim, eles eram despreparados para atender partos. Sendo assim, as parteiras, marginalizadas por seu gênero e ofício, pertenciam em sua maioria às classes baixas e atuavam afastadas dos médicos, a não ser quando levavam gestantes com complicações aos hospitais (SANTOS, 2002).

Na Alemanha do século XIV foi escrito um livro dirigido às parteiras, escrito não em latim, como a maior parte dos tratados, mas em linguagem comum para que elas entendessem, o que o tornou muito importante para o público alvo. Uma vez que às mulheres não era permitido o ensino, as poucas mulheres que se alfabetizavam não o faziam em latim, pois esta era considerada uma língua nobre. O livro chegou a ser traduzido para o inglês e foi muito lido na época, mas apesar disto, o ofício das parteiras não se desenvolveu na Idade Média (Idem).

Na Idade Média, a Igreja, com a intenção de adentrar as famílias e divulgar o catolicismo com maior efetividade, descobriu nas parteiras aliadas e passou a se interessar por elas. Uma vez que as parteiras têm livre acesso e influência nas casas de quase todas as famílias, poderiam “trabalhar para a Igreja” no âmbito doméstico das pessoas. Por estas razões, a Igreja tentou dominar as parteiras através da lei, uma vez que à época o Estado se fundia e se submetia aos preceitos da Igreja (Idem).

Santos (2002) destaca que muitas parteiras, na intenção de continuarem praticando seu ofício e deixarem de ser perseguidas pela Igreja, decidiram se tornar membros e se submeter a ela, assistindo aulas de condutas adequadas. Desta maneira, as parteiras passaram ser instrumentos da Igreja e a orientar as famílias de acordo com os preceitos da Igreja, tomar confissões da parturiente à beira da morte, denunciar abortos, adultérios, uso de contraceptivos e batizar as crianças que morreriam imediatamente após o parto para que suas almas fossem salvas.

Cabe evidenciar que nesta época, onde as parteiras eram utilizadas pela Igreja, as profissionais “eventualmente eram obrigadas a proferir o batismo intrauterino, utilizando-se de seringas próprias para o ato, abençoadas pelo padre” (SCHEUERMANN, 1995, p. 52). Essa ação causava a morte materna em grande escala devido ao fato de a “água benta não ser estéril, tais injeções freqüentemente conduziam a infecções puerperais” (idem). Scheuermann (1995) destaca que as parteiras que não se submetiam à Igreja, se fossem encontradas auxiliando partos poderiam ser acusadas de feiticeiras e como consequência, seriam “queimadas na estaca”.

A Igreja cultuava que as parteiras eram adeptas ao satanismo e ofereciam as almas das crianças ao diabo quando essas nasciam sem vida. Além disso, as denominavam bruxas por usarem ervas e rezas durante os partos. Destaca Scheuermann (1995, p. 52) que “aproximadamente 6.000 pessoas foram executadas como feiticeiras entre 1450 e

meados de 1700” e que “aproximadamente 80% destas pessoas eram mulheres e destas, 50% parteiras” (Idem). Com o medo de serem acusadas como feiticeiras, as parteiras não coligadas a Igreja passaram a trabalhar na clandestinidade, dificultando o avanço feminino na profissão.

### **1.1.3 Idade Moderna**

De acordo com Santos (2002), no século XVI foi elaborada uma nova lei, mais tolerante com as parteiras e suas práticas, que determinava que para atuarem elas deveriam saber ler e escrever, ser casadas ou viúvas e ter parido ao menos uma vez. Elas deveriam assistir aulas de médicos e chamá-los sempre que houvesse complicações no parto.

Contraditoriamente, os conhecimentos médicos a respeito do parto eram meramente teóricos, o que levava parteiras e médicos a terem conflitos pois elas eram instruídas a recorrer a eles em caso de complicações, mas elas tinham muito mais conhecimento prático e eles não conseguiam instruí-las por somente terem conhecimentos teóricos a respeito do parto. Ambos parteiras e médicos deveriam requerer licença da Igreja para atuarem, sendo necessárias testemunhas que atestassem que elas eram capazes de exercer a profissão (SANTOS, 2002).

Houve, porém, uma parteira que se destacou: Louise de Bourgeois. Ela era casada com um cirurgião, provinha da classe média e devido a isso era alfabetizada. Louise aprendeu com os livros de medicina e com diversos partos de mulheres das classes baixas que assistiu, sendo reconhecida e respeitada pelos aristocratas por sua origem, educação, relacionamentos, habilidades e conhecimentos. Foi parteira de nobres e pioneira na educação formal das parteiras apesar de sua relação conflituosa com os cirurgiões (SANTOS, 2002). A respeito de Bourgeois, Santos (2002, p.54) cita Kalisch et al (1981):

Bourgeois (1563–1636) foi a primeira parteira a escrever livros, advogava uma abordagem, ao parto e nascimento, expectante e não intervencionista, argumentava contra as manipulações praticadas pelos cirurgiões, reconhecia a importância da condição emocional da parturiente e sugeria a todos que fossem atender mulheres na hora do parto a proverem apoio emocional, sugerir posições confortáveis e encorajá-las, a tratar cada gravidez como uma experiência singular e individual e a respeitarem o poder e o mistério do nascimento — filosofia que permanece como a viga mestra do ofício de parteira até os dias atuais. Em seus escritos ela incluiu discussões sobre ética e deveres das parteiras

e implorou que elas servissem aos pobres com a mesma afeição que serviam aos ricos.

A partir desta citação a respeito de Louise, é possível perceber que, apesar de ter vivido entre os séculos XVI e XVII, o discurso dela é atual e em muito se assemelha aos preceitos da humanização do parto, que será abordado no próximo capítulo. Dentre estes preceitos, cito o papel de protagonismo e não de submissão da parturiente, a valorização dos aspectos emocionais para o sucesso do parto, e a restrição de intervenções e instrumentos ao mínimo necessário. A respeito do atendimento a pobres e ricos, sua discussão se parece com o preceito atual do SUS de oferecer o mesmo atendimento de qualidade a todos os usuários.

No século XVIII, o escocês Henry Deventer, apreensivo quanto a qualidade do trabalho das parteiras, sugeriu que a profissão fosse regulamentada. Ele também escreveu um livro voltado para as parteiras a respeito dos fatos científicos que elas deveriam saber a fim de contribuir para o seu conhecimento e reconhecimento social. Lamentavelmente, muitas parteiras não podiam ser alfabetizadas, então o livro não alcançou a abrangência esperada (SANTOS, 2002).

Com o passar do tempo, os barbeiros-cirurgiões ampliaram seus conhecimentos intervindo em partos perigosos e salvando bebês, o que estava além do conhecimento das parteiras, mas que por fim os fez se sobressair na atenção ao parto em relação a elas. Eles desenvolveram técnicas para lidar com as situações perigosas e começaram a adentrar a medicina, o que, com o tempo, caracterizou a obstetrícia como uma área do saber voltada às patologias por terem mais conhecimento a respeito das complicações do que dos partos em geral (Idem).

Mas até se incorporarem à medicina, os barbeiros-cirurgiões competiam com as parteiras, que por sua vez consideravam o parto como um processo fisiológico. Sendo assim, para que tivessem mais espaço de atuação, os barbeiros-cirurgiões passaram a difundir a gravidez e o parto como doença e com risco de morte, para assim serem chamados para os partos mais do que as parteiras. Eles se utilizaram também da premissa da sociedade de superioridade masculina de intelecto e habilidades em relação às mulheres (Idem).

Para fundamentar que a gravidez e o parto são doenças, foi dito que o feto causava um tumor na barriga e que a melhor forma, para a gestante e para o médico, de parir esta

doença era em uma cama e na posição horizontal. No século XVIII, as publicações de livros a respeito da gravidez e do parto aumentavam e surgiu um novo ofício masculino: os homens parteiros, que atendiam mulheres de classes altas que viviam nas cidades. Eles recebiam estudo sistematizado repleto de tecnologias e conhecimentos intervencionistas. Assim, as parteiras perderam prestígio e espaço para os homens, com seu saber tecnicista e intervencionista, na sociedade (Idem).

Na América do Norte, colonizada pelos ingleses, os costumes europeus também foram adotados e reproduzidos, como por exemplo a tradição a respeito do parto, que de início era realizado somente entre mulheres. Ao auxiliarem parentes ou vizinhas com o parto ou com seus filhos durante o resguardo de outra mulher, as mulheres já iam aprendendo como seria o seu próprio parto e como deveriam cuidar de seus próprios filhos. Os partos se davam com parteiras auxiliando o parto em si e com mulheres amigas ou conhecidas que amparavam a gestante emocionalmente, sendo o aspecto psicológico do bem-estar da mãe bastante valorizado à época. Nos EUA colônia, médicos somente atendiam mulheres com partos de risco e com complicações, assim como no Velho Mundo (Idem).

A característica de gestantes terem sempre ao seu lado outras mulheres que as amparassem emocionalmente perdurou por bastante tempo mesmo após os médicos assumirem a liderança e supremacia nos partos. Principalmente nos partos em casa, as mães, parentes e amigas eram bastante presentes. Tal apoio, segundo Wertz (1989), ameaçava os médicos, que se sentiam observados e julgados por estas mulheres. Sendo assim, elas foram sendo postas de lado com o tempo, restando, de mulheres na cena do parto, somente as enfermeiras (SANTOS, 2002).

Neste momento da história do parto, os médicos ganharam mais espaço em relação às parteiras pois a Igreja Protestante, nos EUA, estigmatizou mais uma vez as parteiras como bruxas, o que as afastou das mulheres da sociedade em geral, que passaram a valorizar o conhecimento formal e técnico dos médicos assim como ocorreu na Europa. Feito isto, as mulheres entregaram nas mãos dos médicos a sua saúde e a vida de seus filhos, podendo eles controlar e manipular seus corpos como melhor lhes conviesse (Idem).

#### 1.1.4 Idade Contemporânea

No século XIX foram criadas as primeiras maternidades. O movimento de urbanização, o aumento dos trabalhos coletivos em fábricas e conseqüentemente a maior abertura da vida privada para o âmbito público culminou no surgimento de hospitais e maternidades, que comportariam um maior número de pacientes, demanda crescente desta época. Porém, eles eram consideradas asilos ou última opção para mulheres pobres e operárias pois continham “o estigma de terem sido criadas para atender uma parcela de mulheres excluídas da sociedade” (SANTOS, 2002, p. 64) e não se mostravam seguros devido à proliferação de doenças e infecções, como a febre puerperal, entre os que estivessem internados, causados pela falta de conhecimento a respeito de higiene e contaminações (SANTOS, 2002).

Uma vez que as maternidades eram estigmatizadas devido ao grupo social ao qual se destinavam e à proliferação da febre puerperal, atendiam somente “mulheres pobres, sem-teto, ou pertencentes à classe operária e que não tinham dinheiro para pagar o parto domiciliar” (SANTOS, 2002, p. 64), enquanto “as famílias de classe média [contratavam] os serviços de médicos para assistir ao parto e outros profissionais para os cuidados com a mulher [em suas residências]”(SANTOS, 2002, p. 62). Além do estigma social e da proliferação de doenças, a preferência da classe média por atendimentos domiciliares contribuiu para o desprestígio das maternidades e hospitais.

Este cenário perdurou ao longo do século XIX, mas a partir 1880, os hospitais começaram a ser mais aceitos pela população devido à redução da ocorrência de febre puerperal. Isto se deu após estudos e pesquisas a respeito da proliferação de doenças, quando médicos e enfermeiros passaram a tomar precauções simples de higiene para evitar contaminações, propagação de doenças e infecções.

Os médicos assumiram que a origem da doença encontrava-se no próprio ambiente hospitalar, portanto instituíram a lavagem das enfermarias [...] e exigiam que as enfermeiras trocassem os uniformes freqüentemente. Eles também assumiram que a paciente era coresponsável pela infecção, e deveria sempre ser tratada como portadora dos germes que poderiam conduzir à própria morte. (SANTOS, 2002, p. 73)

A partir da crença de que a paciente portava os germes que lhe causariam doenças, foram instituídas rotinas hospitalares de assepsia para diminuir o risco de infecções, como a raspagem de pelos e banhos com produtos químicos (SANTOS, 2002), que eram

eficazes e diminuíram a mortalidade de puérperas e recém-nascidos. Esta rotina contribuiu “de forma inquestionável para que a sociedade viesse a assumir que a gravidez, o parto e o nascimento eram processos com alto potencial patológico e que alguma forma de cuidado especial ou tratamento era necessário para salvaguardar a vida da mulher e da criança” (SANTOS, 2002, p. 74), vindo a patologizar o parto, que não seria seguro se fosse feito em domicílio, sendo necessária a hospitalização e medicalização deste.

A mudança de paradigma da atenção ao parto gerou grandes mudanças, sendo que “em 1920 já se podia detectar uma tendência crescente à hospitalização do parto” (SANTOS, 2002, p. 65). Esta mudança possibilitou aos médicos treinar suas técnicas e desenvolver novas tecnologias, instrumentos e manobras para o parto, pois em maternidades com um grande número de pacientes e atendimento rotativo, passou a ser possível comparar e testar teorias e técnicas diariamente, viabilizando avanços na obstetrícia (SANTOS, 2002). Além disso,

Os obstetras que vinham desenvolvendo suas habilidades nos hospitais não encontravam espaço para atuação nos domicílios, em parte pela impossibilidade de carregar todos os apetrechos necessários para o acompanhamento do parto, em parte pela ameaça de seu status. Entrar no domicílio da parturiente, conviver com sua família, envolver-se consumia tempo e comprometia a autoridade médica. (SANTOS, 2002, p. 78)

Seguindo o rumo tomado pela obstetrícia, a “transição do parto domiciliar para o parto hospitalar durou apenas duas gerações” (SANTOS, 2002, p. 66), na qual o parto passou “de um evento familiar e natural para um procedimento médico” (SANTOS, 2002, p. 66) e “mulheres transformaram-se em pacientes, e o cuidado dos recém-nascidos uma especialidade [médica] florescente” (SANTOS, 2002, p. 66). Santos (2002, p. 65) explica que esta transformação “no modelo de atenção ao parto e nascimento só foi possível após uma mudança na forma de pensar tanto dos médicos como de suas clientes, que passaram a entender que o parto hospitalar ofereceria maior segurança, tanto para a mulher quanto para o bebê”.

Posto que o parto hospitalar passou a ser mais valorizado pela sociedade e amplamente difundido, os médicos passaram a representar maior autoridade e respeito, se tornando referência na atenção ao parto. Assim, as parteiras já haviam perdido espaço para os médicos e não mais realizavam atendimentos à população em geral, restando somente algumas parteiras principalmente na área rural. O paradigma da gestação e do parto como fenômenos sociais, relacionados às emoções da mulher e pertencentes ao

âmbito doméstico foi desfeito com a transferência do local de parto da casa para a maternidade e transferência do protagonismo da mulher para o médico (SANTOS, 2002).

A partir disso, “a confiança e a responsabilidade sobre os bons resultados foi transferida da mulher para o médico” (SANTOS, 2002, p. 76), que desenvolveu e instituiu novas tecnologias para auxiliar nos partos, como instrumentos, drogas e manobras. A partir dos anos de 1920, foi desenvolvido e amplamente executado um “‘pacote’ de medidas” (SANTOS, 2002, p. 75) que se tornaram normativas nos hospitais. Estas medidas consistiam em

infusão de morfina (analgésico potente) e escopolamina (provoca amnésia anterógrada) durante o primeiro estágio do parto, episiotomia, alocação do fórcepe, injeção de derivados do ergot e ocitocina para a prevenção da hemorragia pós-parto, extração manual da placenta, episiorrafia, infusão de mais morfina e escopolamina com o intuito de abolir, tanto quanto possível, a memória do parto (SANTOS, 2002, p.75).

O protocolo de atendimento dos partos foi se modificando ao longo do tempo, no qual primeiramente o foco era higienizar as mulheres para evitar a febre puerperal e depois passou a ser aplicar o pacote de intervenções, que trataria da patologia que é a gravidez e o parto. Em ambas as situações, as mulheres eram submetidas a procedimentos rotineiros sem passar pelo questionamento a respeito da pertinência de tais práticas. O pacote de medidas citado anteriormente é praticado até os dias atuais, com o acréscimo da cirurgia cesariana, primeiramente desenvolvida para situações perigosas em que o parto normal seria inviável, mas atualmente amplamente utilizado.

Marcos Santos (2002) analisa que a patologização da gravidez e do parto e a crença de que deveriam ser tratadas em hospitais e com intervenções “levou ao esquecimento das causas sociais, culturais e psicológicas das complicações ou doenças da gravidez” (SANTOS, 2002, p. 78) antes levadas em conta pelas parteiras, pois o parto hospitalar era “uma maneira mais eficaz do uso das habilidades médicas, que restringia-se a tratar as doenças, mais do que preveni-las” (Idem). No atual paradigma do parto, “prevalece o papel meramente curativo da obstetrícia [e] na sua habilidade de curar doenças, resolver complicações e lidar com as novas tecnologias” (Idem).

É possível observar que dar à luz nos dias de hoje é menos complicado do que no passado. No parto medicalizado hospitalar, a gestante pode dar à luz por meio da cirurgia cesariana eletiva – que não apresenta necessidade por ausência de riscos para a mãe e para o bebê – para que não sinta dor durante o parto e para que se tenha controle do dia e



horário em que o bebê nascerá. Outra maneira possível de dar à luz em um hospital é por meio do parto normal medicalizado, podendo contar com a aplicação de analgésicos e anestésicos que geram mais conforto à mulher, administração de hormônios sintéticos que agilizam o trabalho de parto, além do uso de instrumentos que auxiliam o parto em si. Tais métodos são questionados por diversos profissionais da saúde, mulheres e estudiosos no que diz respeito à sua eficácia e pertinência quando comparados ao parto natural tradicional (Idem).

Segundo Marsden Wagner, dados recentes indicam um grande aumento no número de mortes de mulheres durante a gravidez e o parto nos Estados Unidos da América. O autor aponta para a possível hipótese de que o aumento do uso de tecnologias no parto possa estar tendo um efeito negativo, o de não salvar mulheres e inclusive causar mais mortes, já que cesarianas e anestésias epidurais (que podem ser letais) têm sido cada vez mais usadas nos EUA em gestações de baixo risco. O autor enfatiza que a tecnologia não é boa ou má, mas a maneira como a tecnologia é usada pode ser boa ou má: a maneira com que a tecnologia é usada pode salvar ou matar as mulheres e seus bebês no parto (WAGNER, 2000).

Trago como exemplo um estudo realizado nos EUA no ano de 1998 para expor a conclusão exposta por Wagner sobre a comparação dos partos assistidos por parteiras com os partos assistidos por obstetras:

Embora os obstetras americanos tenham se esforçado para convencer o público de que eles são as pessoas mais seguras para assistir todos os partos, a evidência científica prova o contrário. Por exemplo, um grande estudo científico publicado em 1998 observou todos os partos nos EUA no período de um ano – mais de quatro milhões de partos. Uma vez que os médicos realmente precisam se ocupar dos poucos partos que desenvolvem sérias complicações, o estudo eliminou os partos com complicações e observou somente os partos de baixo risco. Comparados com os partos de baixo risco acompanhados por médicos, os partos de baixo risco acompanhados por parteiras têm 33% (um terço) menos mortes de recém-nascidos. Além disso, partos assistidos por parteiras têm 31% (praticamente um terço) menos bebês que nascem pequenos demais, o que significa menos crianças com retardos e danos cerebrais. (WAGNER, 2000, s/p<sup>6</sup>).

O frequente uso desnecessário de procedimentos, instrumentos e remédios de forma eletiva, sem necessidade, são formas de violência obstétrica contra mulheres grávidas em um momento tão importante e vulnerável da sua vida como o parto de um

---

<sup>6</sup> Este e os demais trechos em língua estrangeira foram traduzidos por Clarissa Prado Marini.

filho. No caso de gestação de baixo risco, que é a grande maioria, 75% das mulheres são plenamente capazes de conduzir o parto, sentindo a hora de empurrar, qual posição é melhor e quanto tempo deve durar, podendo ser acompanhadas por parteiras sem prejudicar a segurança e saúde delas e de seus bebês (WAGNER, 2000).

## **1.2. Parto no Brasil**

No Brasil do século XIX, ocorreram, de acordo com Elisabeth Vieira (2015, p. 27), “grandes mudanças políticas e sociais [...] quando algumas instituições do período colonial entram em crise e vive-se um processo de transição para a construção de uma ordem burguesa na sociedade, marcada pela proclamação da República e pela abolição da escravatura”. Dentre estas mudanças, a autora cita a abolição da escravatura e a consequente migração da população recém liberta para as cidades e o movimento de urbanização. Ambos os processos aumentam o contingente populacional nas cidades, onde as pessoas vivem mais próximas, o contribui para a proliferação de doenças e consequentemente aumenta a necessidade de atendimentos de saúde (VIEIRA, 2015).

Anteriormente, desde a colonização do Brasil até o século XVIII, as gestantes, os partos e os bebês eram assistidos por mulheres conhecidas como “aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas” que adquiriam conhecimento como aquelas na Europa, por meio da observação de aparadeiras mais velhas e mais experientes. Os partos eram feitos em domicílio e estas aparadeiras, de inteira confiança da população feminina, cuidavam da saúde das mulheres de maneira geral e dos recém nascidos. Tais aparadeiras eram, em geral, mulatas, brancas ou portuguesas, e pertenciam às classes mais baixas da sociedade, o que mostra que cabia às mulheres e de classes baixas o cuidado com outras mulheres. Em relação às gestantes também das classes baixas, as aparadeiras cuidavam de suas parentes, amigas e vizinhas e em relação àquelas das classes altas, as aparadeiras cuidavam do parto de suas patroas (BRENES, 1991).

Já a partir do século XIX, com o aumento da população urbana, instituiu-se no Brasil, mais precisamente na Bahia e no Rio de Janeiro, duas escolas de medicina e cirurgia que incluíram em seu currículo a Arte Obstétrica. Uma vez que às mulheres, em sua grande maioria, não era permitido o estudo em faculdades nesta época, os homens passaram a deter todo o conhecimento, valorizado e em nível superior, a respeito da saúde das pessoas, inclusive das mulheres. Nesta época as mulheres ainda eram recolhidas ao

âmbito doméstico e não acessavam faculdades, se dedicando aos maridos e filhos (BRENES, 1991).

A partir do ensino da obstetrícia exclusivamente para os homens, eles passaram a dominar a prática obstétrica relegando as aparadeiras a segundo plano, como ocorrido na Europa e nos Estados Unidos (BRENES, 1991). Curiosamente, pelo pioneirismo inclusive em relação à Europa, em 1879 foi publicado um Decreto, assinado por Dom Pedro II, que permitiu que mulheres frequentassem as faculdades e obtivessem o título acadêmico (ALVES, TUBINO, 2014).

Em meados do século XIX a obstetrícia se torna exclusiva no que tange a atenção ao parto, institucionalizando e generalizando a dominação do corpo feminino pelos homens, que eram a maioria nas universidades e passaram a decidir o destino das gestantes e de seus bebês ao seguirem livros e teorias em detrimento dos conhecimentos tradicionais femininos e vontades das gestantes.

Ao contrário das aparadeiras ou parteiras, que prestavam assistência ao parto simplesmente por esta ser uma tarefa feminina e prestarem cuidados umas às outras, os homens passaram a escrever teses, especulações e técnicas e intervenções para ser usadas no corpo feminino, o que os coloca em posição de destaque e superioridade em relação às mulheres, que não conheceriam seus próprios corpos como eles.

Outro fator derivado da supremacia masculina na atenção à saúde da mulher é sua articulação com a sociedade, também patriarcal. Tal articulação impõe uma moral feminina de obediência aos homens e recato, e o papel da mulher na sociedade, enquanto esposa dedicada, dona de casa e cuidadora dos filhos, tornando os médicos fiscalizadores das condutas femininas por meio da atenção em saúde (BRENES, 1991).

Na década de 1830 foram instituídos os cursos de farmacêutico e de parteira, além do curso de doutor em Medicina, os quais eram obrigatórios para aqueles que desejassem exercer atividades curativas. Com isto, as mulheres passam a ser permitidas de estudar a arte de partejar, mas somente as mulheres de classes mais altas e estudadas, pois era necessário fazer uma prova de conhecimentos para adentrar o curso. Raras mulheres conseguiram adentrar o curso de medicina, pois o fizeram por conhecerem pessoas influentes e mostrarem conhecimentos avançados na área, sendo muito raras (Idem).

Os estudantes de medicina encontravam grande dificuldade de treinar os conhecimentos teóricos adquiridos em aula pois não havia enfermarias onde atender as

gestantes, e quando havia, várias delas eram resistentes ao atendimento prestado. Sendo assim, os estudantes treinavam partos em manequins. Como solução para o problema da falta de gestantes para os estudantes atenderem, em 1854 determinou--se a criação de maternidades anexas às faculdades, que foram inauguradas somente em 1910. A partir deste momento, as cadeiras de Clínica Ginecológica e Obstetria passaram a ser ministradas separadamente nas faculdades e nas maternidades (Idem). Antes da instituição das maternidades, a assistência à saúde das mulheres era feita de forma liberal e filantrópica (BRASIL, 2001).

Ainda no que concerne a dificuldade dos estudantes de medicina de praticarem o que aprendiam na teoria, as mulheres que iam até as maternidades para fazerem seus partos não eram frequentes e vinculadas aos atendimentos por entenderem que só precisavam dos médicos nos partos ou em situações de emergência e não em consultas regulares. Contudo, os estudantes precisavam ter pacientes frequentes e permanentes para estudarem sua saúde e realizarem testes (BRENES, 1991). Assim sendo, foram criados programas de saúde direcionados inclusive para a assistência pré-natal:

Esta assistência associada à institucionalização do parto teve por objetivo desenvolver um recém-nascido saudável e reduzir as elevadas taxas de mortalidade infantil que existiam no final do século passado e na primeira metade deste. Ou seja, a assistência pré-natal surgiu como um processo de "puericultura intra-uterina", como uma preocupação social com a demografia e com a qualidade das crianças nascidas, e não como proteção a mulher. (BRASIL, 2001, p. 12).

O foco da assistência pré natal não incluía a saúde da mulher individualmente, mas o controle social de seus corpos e vidas pois elas eram responsabilizadas pelas altas taxas de mortalidade infantil e mazelas sociais. “A imensa mortalidade materna e perinatal começou então a ser discutida, na esfera pública, por uma necessidade político-econômica de garantir exércitos e trabalhadores.” (BRASIL, 2001, p.17).

Aliada a esta necessidade de atender a população de forma permanente, apelou-se para o governo, que tornou obrigatória a apresentação dos recém nascidos nas casas dos subdelegados dos distritos constando data e hora do nascimento, nome e diversas informações da criança, dos pais e da moradia da família para que fosse possível acompanhar toda a população e sua saúde periodicamente. Devido a tais exigências, o governo fez com que as mulheres que atendessem os partos de forma informal deixassem de fazê-lo devido a toda a dificuldade colocada pela lei no que concerne os registros

oficiais. Às mulheres pobres havia a opção de parir nos hospitais e não em casa para que não tivessem o trabalho de registrar os filhos com os subdelegados (BRENES, 1991).

No que concerne a saúde da mulher, os atendimentos a este grupo se resumiram e focaram no “ciclo grávido-puerperal” por muito tempo. Somente no final dos anos 60 do século XX que o foco se expandiu para o planejamento familiar e contracepção pela necessidade de controle populacional das classes baixas devido ao “crescimento urbano e o controle sanitário da população” (VIEIRA, 2015, p. 61). E nos anos 80 o foco era reduzir a alta mortalidade materna, cuja estratégia no Ceará foi “integrar as parteiras leigas ao sistema local de saúde, de modo a melhorar a assistência, reduzindo riscos e respeitando a cultura local.” (BRASIL, 2001, p. 18)., além da instituição do o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. (BRASIL, 2001).

O guia do Ministério da Saúde intitulado *Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher* traz que “a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar” (BRASIL, 2001, p.14), demonstrando que o interesse não é proporcionar um parto tranquilo e bem sucedido após uma gestação acompanhada e segura. O interesse na criação de maternidades e hospitais públicos para atender gestantes se relaciona com a “necessidade de preservação e reatualização da força de trabalho, associada ao controle do fator trabalho nas relações entre produtividade do trabalhador e a formação do capital, mediada pelo Estado” (VIEIRA, 2015, p. 61).

Deste modo, as preferências e vontades das parturientes são desconsideradas na hora do parto mesmo quando este apresenta risco habitual, acabando por causá-las violência obstétrica. Este tipo de atendimento as expropria das decisões em relação ao seu corpo e de sua autodeterminação, sendo que as “elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos claros dessas distorções” na atenção ao parto (BRASIL, 2001).

Conclui-se que a atenção ao parto passou das mãos de mulheres conhecidas que realizam partos domiciliares na presença da família para as mãos de homens vinculados a instituições que realizam partos hospitalares e impessoais. Algo que era visto de certo modo como natural passou a ser visto e tratado como uma doença. Instituiu-se um ciclo no qual, para parir, a mulher deveria ir ao hospital, se submeter a diversas intervenções

biotecnológicas – muitas vezes sem o consentimento dela – que poderiam vir a ser prejudiciais para a saúde do bebê, como o fórceps, ou para a saúde dela mesma, como a episiotomia.

Tal mudança, com o passar dos anos, empoderou cada vez mais os médicos, que realizavam partos sem a participação ativa das mulheres, as quais se tornaram impotentes frente à autoridade médica em seus próprios partos. Evidentemente, a hospitalização e a medicalização do parto contribuíram para a diminuição da mortalidade de gestantes e recém-nascidos com o passar do tempo devido ao avanço dos estudos acerca de contaminação e complicações no parto. Mas tais práticas não são necessárias em caso de gravidez de baixo risco e são utilizadas mesmo assim, podendo colocar em risco a vida de diversas mulheres e bebês se utilizadas sem recomendação.

De acordo com Duarte (2013), a trajetória da assistência ao parto no Brasil se deu da seguinte forma: a ciência médica marginalizou e perseguiu os “conhecimentos tradicionais sobre o corpo feminino e o conseqüente domínio da sexualidade pelas mulheres (restrita aos cuidados com a saúde, a gravidez e o parto, já que no restante da vida social e conjugal, a sexualidade feminina estava sob o domínio masculino)” (DUARTE, 2013, p.511) a partir de suas novas interpretações a respeito da saúde feminina e do parto.

Os conhecimentos tradicionais, ou seja, os “antigos feitiços, crenças, saberes e técnicas, adquiridos empiricamente durante séculos pelas mulheres” (DUARTE, 2013, p.511), por “serem incompatíveis com os ideais tecnológicos da modernidade, foram ao longo dos anos reelaborados e substituídos pelos novos agentes da saúde brasileira, os médicos profissionais” (Idem). Estes conhecimentos tradicionais não significavam “liberdade social e política das mulheres do passado” (Idem), mas “formavam um conhecimento cultural feminino no espaço privado que fortalecia a identidade feminina no contexto colonial brasileiro” (Idem), e sua exclusão do saber científico transformou “o corpo da mulher em uma fisiologia controlável” (Idem).

A negação dos conhecimentos tradicionais culminou no modelo de atenção ao parto vigente desde o final do século XX até o dias atuais. O modelo de atenção ao parto atual lida com o parto e o trabalho de parto como em uma linha de montagem, na qual a mulher é “‘processada’ em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto)”

(DINIZ, 2001, p. 628), deixando de lado a individualidade e singularidade de cada parto para cada mulher.

## **CAPÍTULO II**

### **AS PERSPECTIVAS SOBRE O PARTO**

Neste capítulo tive como intenção apresentar algumas perspectivas sobre o parto e as suas implicações, como maternidade, corpo e as relações sociais estabelecidas, do ponto de vista de estudiosas, médicos e feministas. Observei que historicamente o parto vem sendo encarado como processo biotecnológico desde o interesse da medicina por ele, o que alterou o paradigma do parto. Contudo, cabe destacar quais as concepções sociais (da medicina, feminista, da mulher) que englobam esse debate. Para tanto, trabalhei com publicações das autoras Ivete Lourdes Dutra (2005), Gisele Peixoto Barbosa (2003) e Fernanda Lacerda Duarte (2013).

#### **2.1. Perspectivas a Respeito dos Tipos de Parto**

No capítulo anterior foi possível perceber a conexão entre a ascensão do poder masculino, na figura dos médicos, frente às mulheres, e conseqüentemente o declínio do poder feminino não só na sociedade, mas também na cena do parto, na figura de parteiras assistentes e de gestantes. Esta ascensão dos homens na atenção ao parto se deu por motivos interconectados, como o patriarcado e a expansão da medicina acadêmica.

Heleieth Safiotti discute que o patriarcado é um sistema social complexo de dominação e exploração entre categorias sociais, “que resulta de três hierarquias/contradições – de gênero, de etnia e de classe” (SAFIOTTI, 2001, p. 117), as quais podem se interligar de diferentes maneiras. Neste sistema, uma categoria social exerce o papel de dominadora/exploradora e outra exerce o papel de dominada/explorada, podendo o papel e a posição variar de acordo com o contexto. Sendo assim, por exemplo, o poder patriarcal pode ser exercido por mulheres, enquanto mães, professoras, babás contra crianças e adolescentes, ou simplesmente contra um homem, ou contra outra mulher (SAFIOTTI, 2001).

Na sociedade atual, a categoria social que ocupa o papel de explorador/dominador é a de gênero, sendo que nela homens são considerados superiores às mulheres e “estão, permanentemente, autorizados a realizar seu projeto de dominação-exploração das mulheres” (SAFIOTTI, 2001, p. 121). A realidade perversa da dominação de gênero, que não requer legitimação, se dá “no fato de o patriarca, exatamente por ser todo poderoso,



contar com numerosos asseclas para a implementação e a defesa diuturna da ordem de gênero garantidora de seus privilégios” (SAFIOTTI, 2001, p. 117), o que coage as mulheres a se submeter à superioridade masculina uma vez que a sociedade corrobora para esta dominação/exploração. A autora afirma a possibilidade de exceção deste sistema social, mas a “convivência democrática entre homens e mulheres contraria todo o contexto social” (SAFIOTTI, 2001, p. 123), sendo possível uma relação não hierárquica, mas rara e improvável (SAFIOTTI, 2001).

No que diz respeito à atenção ao parto, o patriarcado influenciou a ascensão do homem como protagonista desta cena quando os conhecimentos breves e teóricos dos homens a respeito da saúde e do corpo das mulheres passou a ser mais valorizado do que os conhecimentos empíricos das parteiras adquiridos desde a Antiguidade. Com o respaldo do patriarcado, os homens, na figura de médicos, tomaram o lugar das parteiras como referência na atenção ao parto ao patologizá-lo e ao fazer parecer inadequada, frente às novas tecnologias desenvolvidas por eles, a atenção prestada pelas parteiras (SANTOS, 2002).

No início do século XX, os obstetras passaram a considerar a gestação e o parto como patologias por causarem tantas dores nas mulheres. Ao entendê-los como patologias, os médicos questionaram a necessidade da sujeição das mulheres a estes sofrimentos e os consideraram como erros naturais impostos às mulheres. Ao contestarem a necessidade de tantas dores e sofrimentos, os médicos passaram de assistentes da tortura a assistentes da patologia e elaboraram formas de libertar as mulheres deste destino árduo por meio de novas técnicas (DINIZ, 1996).

A partir da perspectiva de que partos eram patologias, os médicos conquistaram a transferência da responsabilidade pelo parto das leigas parteiras para eles. Essa transferência se deu por eles dominarem tecnologias que viabilizaram partos complicados que antes levariam parturientes e bebês à morte. Isto é muito positivo por reduzir a mortalidade materna e fetal em partos com complicações, mas negativo por ter alterado também o protocolo para partos de baixo risco (SANTOS, 2002).

Este tipo de parto, por não apresentar complicações, pode ser assistido por parteiras exitosamente e não necessita de intervenções, como drogas e instrumentos, para ter sucesso. Porém, a alteração de protocolo de atenção ao parto fez com que este tipo de parto também fosse rotineiramente atendido em hospitais, hospitalizando-o, e submetido

a intervenções, medicalizando-o, o que é desnecessário e pode ser prejudicial (SANTOS, 2002).

O avanço das tecnologias desenvolvidas para o parto também viabilizou o sucesso de partos cesarianos em parturientes vivas a partir do uso de anestésicos, sendo que antes este tipo de parto era realizado em parturientes já mortas para salvar os bebês. Contudo, a cesariana, agora viável para parturientes vivas, que convém somente em partos com complicações, passou a ser realizada também em partos sem complicação (SANTOS, 2002).

Com o passar do tempo, a cesariana se tornou o protocolo de parto, a ser utilizada rotineiramente pelos obstetras no final do século XX, que acreditavam que a cesariana seria o modo mais seguro de parir. Apesar de ser de fato positiva para partos com complicações, a cesariana apresenta riscos e, se usada sem indicações, causa mais prejuízos do que benefícios (SANTOS, 2002). O autor expõe que

O excesso nas indicações de cesarianas é apenas um dos aspectos do aumento da medicalização da atenção ao parto e nascimento. Este aumento é reflexo de aspectos sócio-culturais, da forma como os serviços de obstetria estão organizados, assim como fatores institucionais, legais e financeiros. (SANTOS, 2002, p.93)

Sendo assim, a ampla realização deste tipo de parto causa prejuízos para puérperas e recém-nascidos e “torna-se um perigo para um ou para ambos, quando utilizada somente para conveniência do médico ou da mãe, ou como resultado das incongruências do sistema de saúde” (SANTOS, 2002, p. 92). Esta prática demasiada deve ser questionada e reduzida ao necessário para que ocorram partos com o mínimo de prejuízo para puérperas e recém-nascidos.

### **2.1.1 Cesáreo ou Normal: a visão médica e da parturiente**

O debate sobre as perspectivas acerca do parto deve ter início na questão (para os casos de gestações e partos de baixo risco e sem complicações): parto normal ou cesáreo? Essa questão é relevante devido ao uso excessivo da cesariana pelos médicos desde a década de 1970, prática prejudicial à saúde materna e perinatal que deve ser questionada (BRASIL, 2001).

Cabe explicar, de modo educativo, as diferenças entre o parto normal e o cesáreo por meio de uma tabela comparativa. A tabela a seguir sintetiza as recomendações,

vantagens e desvantagens do parto normal e cesáreo, apresentadas por Ivete Dutra (2005) no trecho de sua dissertação de mestrado em que expõe dados da publicação de Lia Luz e Patrícia Rocha (2004) no jornal Zero Hora.

Tabela 1 – Comparação entre os tipos de parto por sua recomendação, vantagens e desvantagens.

<b>Tipo de parto</b>	<b>Parto Normal (Vaginal)</b>	<b>Parto Cesáreo (Cirúrgico)</b>
<b>Recomendação</b>	“as mulheres passam por adaptações fisiológicas, [...] como o aumento do volume sanguíneo e do útero para enfrentar o parto normal.” Este tipo de parto “deve ser a primeira escolha feita entre médico e paciente”.	Quando a puérpera apresentar bacia inadequada ao tamanho do bebê, tiver complicações ou já possuir cesáreas anteriores; quando o bebê tem crises de oxigenação durante o trabalho de parto ou está transverso ou pélvico
<b>Vantagens</b>	“ao passar pelo canal do parto, [o bebê] sofre compressão torácica, eliminando líquidos pulmonares, e melhorando a expansão pulmonar e a respiração. A experiência de parir é gratificante para a mãe [...] e sua reabilitação é rápida”	“segurança, rapidez, simplicidade e comodidade que a cirurgia oferece”. É possível escolher previamente a data e horário de nascimento, a mãe não sente dor na hora do parto.
<b>Desvantagens</b>	A dor no parto, a imprevisibilidade em relação a quando se dará o início do trabalho de parto e sua duração. Além do risco de algumas sequelas para a mãe quando não recebe atendimento adequado, como rupturas vaginais, incontinência urinária e fecal.	Para a puérpera: grande perda de sangue, “maior risco de infecção, hemorragia e morbidade” que podem comprometer gestações futuras, além da recuperação ser mais demorada e dolorosa. O bebê corre o risco de nascer prematuro e apresentar problemas respiratórios.

Fonte: DUTRA, 2005, p. 23 e 24.

Tendo em foco a crença médica e aceitação feminina de que os médicos detêm mais poder no parto, estes profissionais passaram conduzir os partos posicionando as gestantes de acordo com o seu conforto, mesmo que em detrimento do bem-estar delas. A posição comum e conhecida do parto normal, na qual a mulher fica deitada de costas (decúbito dorsal) prejudica o trabalho de parto e o bebê, mas é realizada como rotina pelos

médicos. (SANTOS, 2002). Marcos dos Santos, ao citar indiretamente Marsden Wagner, enumera os procedimentos de praxe realizados, suas consequências negativas e o efeito delas para os médicos:

Alguns autores, como por exemplo Marsden Wagner [...], se referem a uma cascata de intervenções, onde uma intervenção tenta corrigir o problema causado por sua antecessora [...]. A mulher é internada e obrigada a ficar deitada no leito, em ambiente com pouco suporte emocional e distante de seus familiares. A situação de estresse associada ao decúbito dorsal é sabidamente prejudicial, alterando negativamente o padrão das contrações uterinas. A primeira resposta é a utilização da ocitocina. O uso inadequado conduz a contrações mais fortes e mais prolongadas. Isto aumenta a dor e diminui a perfusão de sangue para o bebê. O estresse contribui para a liberação de adrenalina que provoca mais diminuição da oxigenação fetal. Instala-se, desta forma, o sofrimento fetal agudo. Este é diagnosticado e subsidia a indicação de uma cesariana. O bebê é “salvo”, o obstetra recebe os cumprimentos e a mulher tem o risco de infecção e hemorragia aumentado. (SANTOS, 2002, p.3).

Ivete Dutra (2005) traz uma hipótese que explica a razão para a grande prática de cesarianas eletivas como se fosse este o tipo normal de parto: “foi a partir dos avanços científicos da medicina e do domínio das tecnologias [...] que a hegemonia médica se instituiu, propiciando a construção da concepção atual de parto normal” (DUTRA, 2005, p. 97 e 98). Ou seja, os médicos se destacaram em relação às parteiras, que anteriormente detinham a hegemonia da atenção ao parto, devido às tecnologias que eles desenvolveram e aplicavam, então passaram a aperfeiçoá-las e utilizá-las cada vez mais por acreditarem que aquela era a melhor forma de prestar assistência aos partos.

A prática de partos cesarianos foi se tornando comum no final do século XX e se tornou majoritária já no século XXI, o que apresenta desvantagens para a saúde pública. Em 2016 foi publicado um artigo intitulado *A Tendência Crescente nas Taxas de Cesarianas: estimativas nacionais, regionais e globais: 1990-2014*<sup>7</sup>, realizado por pesquisadores de diversos países, que coletou dados a respeito das taxas de cesarianas de 150 países entre 1990 e 2014. Segundo este artigo, a taxa de nascimentos por meio de cesarianas na América do Sul foi de 42,9%, sendo que a América Latina e Caribe é a

---

<sup>7</sup> Título original em língua inglesa: “The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014”.

Este e os demais trechos em língua estrangeira foram traduzidos por Clarissa Prado Marini.

região com maiores taxas de cesarianas, 40,5%, considerando-se que a taxa mundial é de 18,6% (BETRÁN, YE et al, 2016).

De acordo com Dutra (2005), nas décadas de 80 e 90 do século XX, órgãos internacionais, organizações não governamentais e grupos de estudos feministas, passaram a questionar o modelo de assistência perinatal, que é tecnicista, medicalizado, institucionalizado e prejudicial para mulheres e bebês. Este questionamento foi motivado pela alta taxa de mortalidade materna e perinatal que se dá devido ao grande número de cesarianas, uso demasiado de medicamentos e intervenções e frequente ocorrência de violência obstétrica, institucional e estrutural, o que deu início ao movimento pela humanização da atenção ao parto, abordada mais a frente neste trabalho.

Nesta linha, Gisele Barbosa e demais autores (2003), em *“Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?”*, procuraram compreender se as parturientes de maneira geral desejam e planejam se submeter a partos cesarianos e por quais motivos, uma vez que no Brasil a taxa deste tipo de parto é alta, de 36%, em comparação à recomendação da OMS, de 15%. Barbosa et al (2003) identificam contradições após analisarem e apresentarem pesquisas que indicam as razões, segundo os médicos, que levam as mulheres a optarem por se submeter à cesariana, e as razões, segundo as parturientes, para elas optarem pela cesariana. Serão expostos e analisados a seguir os resultados dessas pesquisas segundo Barbosa et al (2003).

### **2.1.2. Perspectiva médica**

De acordo com Barbosa et al (2003, p. 1613), na perspectiva médica o parto cesariano é considerado “como um tipo de parto seguro, indolor, moderno e ideal para qualquer grávida”. Ainda na perspectiva dos médicos, o parto cesáreo é preferido pelas mulheres porque elas temem o parto vaginal pelo fato do SUS não pagar anestesia (BARBOSA et al, 2003). Os autores também perceberam na fala dos profissionais de medicina que as mulheres preferem o parto cesariano pela possibilidade de se realizar a laqueadura durante este tipo de parto (BARBOSA et al, 2003), mas há uma questão econômica por trás do processo, uma vez que o parto cesáreo é mais lucrativo e eficiente (BRASIL, 2001).

Um motivo para a prática da cesárea estar se tornando a conduta principal, sem ao menos ser questionada, está na justificativa das gestantes que creem nos profissionais de medicina como detentores de um saber legítimo. Assim, as pacientes acatam os posicionamentos dos profissionais porque acreditam que eles realizariam os procedimentos mais benéficos para elas e não os que lhe conviessem (BARBOSA et al, 2003).

Já o Ministério da Saúde indica que os fatores determinantes apontados para justificar tal prática excessiva foram: “o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea pelo antigo INAMPS, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do parto” (BRASIL, 2001, p. 19).

Os médicos “apontam que os planos de saúde e a estrutura hospitalar montada são promotores dessa modalidade de parto devido aos baixos valores pagos para o/a médico/a permanecer muitas horas em um centro obstétrico acompanhando a evolução de um trabalho de parto” (DUTRA, 2005, p.122). Ou seja, como no parto normal o trabalho de parto pode levar horas e na cesariana o parto dura muito menos tempo, ao escolherem realizar cesarianas os médicos conseguem realizar mais partos no mesmo período de horas e são mais remunerados por isso pois são remunerados por parto realizado e não por horas trabalhadas.

### **2.1.3. Perspectiva da parturiente**

De acordo com o que foi exposto no trabalho de Barbosa et al (2003), alguns estudos sobre o parto apontam que, segundo profissionais de medicina, a preferência pelo parto cesáreo é uma opção das mulheres. Contudo, ao escutarem as mulheres “nulíparas” (que nunca pariram) e as “multíparas” (que pariram mais de uma vez), no setor público e/ou no setor privado, essas disseram preferir o parto vaginal. Inclusive as que já se submeteram ao parto cesáreo disseram que preferiam ter tido o parto vaginal. Logo, pode-se evidenciar uma possível incoerência entre o tipo de parto desejado pelas mulheres e o tipo de parto ao qual são submetidas.

Segundo os autores, a minoria das mulheres optou pelo parto cesariano e suas justificativas foram diferentes das justificativas atribuídas a elas pelos médicos. Elas alegaram que os motivos para escolherem a cesariana foram a menor dor e sofrimento no

trabalho de parto, desejo por laqueadura, sua condição de saúde, medo, e seu passado obstétrico (o que indica que elas aderiram a ideia médica de que se a mulher já passou por uma cesariana, os próximos partos devem ser cesarianos) (BARBOSA et al, 2003).

Dentre essas mulheres que optaram pela cesariana, houve algumas que, segundo os autores, aderiram à “cultura do parto cesáreo” ao alegarem que preferem o parto cirúrgico por pensarem que este é superior ao parto vaginal. Estas mulheres alegaram terem ouvido dizer que era melhor, terem medo da dor do parto vaginal, escolhido devido a celeridade da cesariana ou por terem curiosidade a respeito deste tipo de parto (Idem). Barbosa e os demais autores complementam:

(...) as mulheres que viveram a experiência dos dois tipos de parto relataram que as informações fornecidas sobre o motivo da realização de cesárea foram insuficientes, deixando-as com muitas dúvidas, o que contribuiu para aumentar a ansiedade do momento. Além disso, relataram também o fato de não terem sido informadas sobre os riscos e as dificuldades para se recuperar da cirurgia. (...). Podemos, portanto, indagar se as condições no pré-parto e durante o parto levaram as mulheres a solicitar a cesárea, mesmo sem desejá-la a princípio. BARBOSA et al, 2003, p. 1618.

Os autores informam que o percentual de mulheres que optou pela cesariana não corresponde ao percentual de mulheres que de fato são submetidas a tal cirurgia, deixando claro que muitas são submetidas a um tipo de parto que não escolheram, que não queriam, e para o qual não têm recomendação. O artigo informa também que as mulheres não apontaram os mesmos motivos para optarem pela cesariana que os médicos atribuíram a elas, como medo do dano ao períneo e consequências para a vida sexual. Isto abre espaço para o questionamento da existência de uma “cultura do parto cesáreo” não entre as gestantes, mas sim entre os médicos que as convencem deste tipo de parto ou simplesmente o realizam arbitrariamente (BARBOSA et al, 2003).

Em contraposição à “cultura da cesárea”, “ou seja, uma preferência pelo parto cirúrgico, considerado superior ao parto vaginal” (BARBOSA et al, 2003, p. 1612 e 1613), os autores identificaram a existência de uma “cultura do parto vaginal” por parte das gestantes e explicam:

Dentro dessa categoria foram incluídas as respostas que afirmam o desejo por um parto normal, embora a razão nem sempre fosse clara: parto normal é melhor para mãe e para criança; sem justificativa; não sabia por que, apenas uma opinião; normal é natural, cesárea é artificial; parto vaginal é mais rápido; justificativa contraditória, dúvida, mas afirma que

parto vaginal é melhor; a partir da experiência de outra pessoa; queria viver a experiência do parto normal. (BARBOSA et al, 2003, p. 1615)

A identificação da “cultura do parto vaginal”, assim como da “cultura da cesárea” indicam a perda da autonomia da mulher para opinar sobre seu parto. Fica o questionamento a ser abordado no próximo tópico a respeito de quem ocupa o papel de protagonista na cena do parto. A mulher, ao seguir culturas de parto, “submete-se a todas as ordens orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir” (BRASIL, 2001, p. 18 e 19) devido à medicalização que o corpo feminino sofreu (BRASIL, 2001).

#### **2.1.4 Perspectiva Feminista**

De acordo com Duarte (2013), o movimento feminista questiona o vasto uso de intervenções nos partos e sugere o resgate de práticas executadas por mulheres de outras épocas, como as da Antiguidade. O movimento defende também que as mulheres possam escolher o tipo de parto que querem ter, ao invés de ser submetidas arbitrariamente a procedimentos desnecessários e até maléficos, e que se empoderem em relação ao seu corpo e em relação ao que desejam que aconteça com ele.

Duarte (2013) apresenta a opinião de Patrícia Merlim, doula afiliada à Rede Parto do Princípio, a respeito do sistema médico, o qual, segundo ela, manipula “a mulher segundo suas próprias regras” (DUARTE, 2013, p.514) ao expropriar das pacientes o corpo feminino e omitir informações sobre o corpo delas e sobre as etapas de um trabalho de parto e parto. De acordo com Duarte, esta manipulação da mulher é negativa pois o campo da medicina obstétrica atual é

visto pela “Rede Parto do Princípio” e pelo movimento da humanização como excessivamente tecnológico, artificial, controlador, intervencionista, criador de valores depreciativos para o corpo feminino (por exemplo, a ideia da gravidez como patologia), patriarcal e edificado como um campo de conhecimento alheio aos interesses das mulheres (DUARTE, 2013, p. 513).

Não negando ou rejeitando os profícuos avanços tecnológicos da medicina que possibilitaram a sobrevivência de diversas parturientes e bebês, o movimento feminista questiona o pensamento de que a cesariana, uma intervenção amplamente praticada, é um



“modelo ideal [de parto] para a modernidade” (DUARTE, 2013, p.521). Este questionamento consiste principalmente em propor que não seja estabelecido um modelo de tipo de parto a ser aplicado a todas as pessoas de maneira rotineira e sem questionamentos.

O estabelecimento de um modelo que deve ser aplicado à maioria das pessoas as priva de conhecer as opções dos tipos de parto disponíveis e de optar pelo tipo que convém. Em contrapartida, a autora sugere que as mulheres “necessitam também estar atualizadas em relação ao conhecimento científico e às mais modernas evidências científicas (revisões dos estudos médicos)” (DUARTE, 2013, p.521) para que possam optar, de forma informada, pelo parto que desejam, exercendo sua autonomia.

A autonomia que a mulher adquire ao se informar a respeito dos tipos de parto, dos conhecimentos científicos disponíveis sobre o tema e das mais modernas evidências científicas para escolher o parto que convém reforça ainda mais o perfil das mulheres modernas que conduzem a sua própria vida, organizam e controlam o seu tempo e podem conciliar a maternidade, como possibilidade de escolha também, com a vida profissional e social. Esta autonomia na escolha fica clara na exposição da autora a respeito do “grande número de mulheres desejosas pelo parto natural” (DUARTE, 2013, p.522).

Ao defender a possibilidade de escolha das mulheres pelo tipo de parto, o movimento feminista visa também à “valorização do corpo feminino como detentor de uma força natural (ligada à natureza)” (DUARTE, 2013, p.513) e “ao reconhecimento do instinto como um aspecto importante para o fortalecimento da mulher e à valorização da fisiologia corporal e do corpo feminino como fundamentais para a retomada de seu papel no campo do nascimento” (Idem). Este processo leva ao empoderamento feminino, possibilitando às mulheres conhecer e perceber seu próprio corpo, suas demandas e sinais durante o parto para de fato protagonizarem ele de modo totalmente consciente, responsável e ativo. (DUARTE, 2013).

Duarte (2013) identifica que há uma compatibilidade entre “os ideais emancipadores dos movimentos feministas” (DUARTE, 2013, p. 521) e “o movimento da humanização do parto” (Idem). Enquanto o movimento pela humanização do parto busca novos modelos obstétricos, os movimentos feministas buscam o fortalecimento das identidades femininas, objetivos conectados que acabam se mesclando por sugerir mudanças similares para o paradigma de atenção ao parto.

Duarte (2013) afirma que a conexão entre o movimento para a humanização da assistência ao parto e a busca identitária feminina, que consiste em “novas percepções sobre o corpo, o parto e a sexualidade feminina” (DUARTE, 2013, p. 506), se manifesta da seguinte maneira: ao mesmo tempo em que a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde “ênfatizam o parto humanizado como o mais adequado para saúde da mãe e do bebê”,

Percebemos uma intensa necessidade das mulheres de nossa época em compartilhar suas crenças, experiências, dúvidas e, principalmente, manifestar suas críticas em relação ao conhecimento e às práticas médicas atuais, em prol de suas buscas identitárias. Esse movimento remete-nos ao tempo que antecede a implantação do modelo biomédico moderno e no qual a solidariedade entre as mulheres, principalmente nas questões ligadas da maternidade, era uma prática comum (DUARTE, 2013, p. 521).

Estas propostas de humanizar a atenção ao parto e possibilitar que as mulheres escolham o tipo de parto foram consideradas inicialmente “como propostas de um ‘estilo de vida alternativo’, direcionados a um público de camadas médias e intelectualizadas” (DUARTE, 2013, p. 507). Porém, uma vez comendo diretrizes, políticas e programas do Ministério da Saúde, a humanização da assistência ao parto, baseada em evidências científicas comprovadas por diversas pesquisas, passa a ser garantida como um direito universal a todos, segundo o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), visando “mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica (TORNQUIST, 2002, p.487).

Tendo em vista, como apresentado anteriormente, que no século XX os médicos passaram a deter quase exclusivamente os conhecimentos a respeito da saúde e da atenção ao parto e se tornaram os únicos a prestar assistência ao parto, o seu modo de prestar assistência ao parto se tornou hegemônico, passando a ser o paradigma da atenção ao parto. A partir disso, os médicos passaram a utilizar técnicas, instrumentos, drogas e manobras que os auxiliavam nos partos e, após o sucesso das cesarianas e o “relativo aumento da segurança do procedimento, os médicos começaram a encontrar indiretamente, cada vez mais razões para justificar a realização de uma operação cesariana” (BRASIL, 2001, p. 4).

Contudo, a cesariana, que sofreu “um aumento indiscriminado [...] em todo o mundo ocidental e, particularmente, no Brasil” (BRASIL, 2001, p. 33), é um procedimento com riscos que deve ser realizado somente quando necessário. De acordo

com Boaretto (2003, p. 14 e 15), “A valorização das tecnologias de intervenção, tanto por parte das parturientes quanto por profissionais, a despeito de seus benefícios, vem ocultando uma medicalização indiscriminada, onde o desejo das mulheres tem contado muito pouco”.

Sendo assim, nesse capítulo foram apresentadas perspectivas a respeito do parto que apontam para uma “cultura de cesárea” por parte principalmente dos médicos. Esses, para economizar tempo ou receber honorários maiores, passaram a realizar esse tipo de parto em larga escala, aconselhando suas pacientes a escolher ou simplesmente a aceitar a cesariana “frente às questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde” (BOARETTO, 2003, p. 15).

A partir da coação sofrida pelas mulheres e falta de autonomia delas frente ao parto, o movimento feminista e o movimento pela humanização do parto concomitantemente passaram a questionar o modelo de atenção ao parto vigente. Ademais, ambos os movimentos propuseram mudanças no modelo, sugerindo um novo paradigma de atenção ao parto que considerasse a autonomia e o protagonismo feminino na cena do parto, recomendando que a assistência ao parto “deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto” (BRASIL, 2001, p.19).

No capítulo seguinte será abordado e defendido o posicionamento favorável do Ministério da Saúde quanto à instituição da atenção humanizada ao parto, tendo como base a inúmera série de evidências científicas comprovativas de tal necessidade. Para isso, apresento e discuto as portarias referentes à adequação para tal processo, sendo elas: a instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; o Centro de Parto Normal e; a Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Para tanto, utilizo como ponto de partida para discussão, a fundamentação descrita por Boaretto (2003, p.18), na qual o Ministério da Saúde define que

A valorização do parto e do nascimento humanizados é uma etapa importante para o aumento da autonomia e do poder de decisão das mulheres e fundamentalmente para o encontro entre estas e os profissionais de saúde, resultando numa relação menos autoritária e mais solidária, com desdobramentos efetivos para uma boa evolução do trabalho de parto e para a saúde das mulheres e das crianças.

### **CAPÍTULO III**

#### **A AÇÃO POLÍTICA NACIONAL SOBRE O PARTO**

Este capítulo tem como objetivo central apresentar a ação do Estado Brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, sobre a assistência ao parto. Apresento a concepção estatal sobre o parto, as políticas sobre o parto e as ações de humanização da assistência ao parto no Brasil. As principais referências para este são portarias do Ministério da Saúde que instituem, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, em 2005; a criação do Centro de Parto Normal em 1999; o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em 2000, e a partir deste, a Rede Cegonha em 2011 e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal em 2017.

De acordo com Dutra (2005), no texto em que traz os diferentes significados para os termos parto normal, parto natural e parto humanizado, ela indica a “impossibilidade da existência de acepções fixas e estritas que assegurem o mesmo sentido ao termo ‘parto’ e aos seus desdobramentos em tipos” (DUTRA 2005 p. 30). A respeito do parto normal, há a definição enquanto ‘parto de acordo com as normas’, ou então como sinônimo de parto natural. Já o parto natural é conceituado enquanto ‘parto de acordo com a natureza, como acontecia com os nossos ancestrais antes da medicina ou os que acontecem em outras culturas tradicionais’(DUTRA 2005).

A autora acrescenta que “independentemente da tipologia, é entendido que o parto é considerado um ato médico. Tal compreensão deriva do modelo tecnicista e medicalizado, sendo resultante também das construções histórico-culturais transversalizadas por relações de poder. ” (DUTRA 2005).

Dessa forma, foi possível constatar os tencionamentos e conflito existente entre a proposta de humanização, a concepção dos/as profissionais e o que realmente acontece no processo de atenção. Isso se manifestou [...] de duas formas igualmente problemáticas: a concepção de que as mulheres estão aptas biologicamente para dar à luz e devem fazê-lo a qualquer custo e a concepção que preconiza a incorporação acrítica das rotinas e da norma na execução dos procedimentos para que o/a profissional realize o parto e a mulher possa então dar à luz como coadjuvante do processo. (DUTRA 2005 p. 131).

O Ministério da Saúde, motivado por evidências científicas e por questionamentos relativos ao tipo de parto selecionado pelas mulheres e o tipo de parto ao qual são submetidas, a partir do final dos anos de 1990, desenvolveu programas, políticas e

normas, através de portarias, com o objetivo de alterar o paradigma da assistência ao parto e reduzir o número de cesarianas ao incentivar a prática da atenção humanizada ao parto (BRASIL, 2001).

Entre as portarias estabelecidas pelo Ministério da Saúde que visam tal objetivo, encontra-se, em especial, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, brevemente mencionada anteriormente. O desenvolvimento de tal política se deu por meio de um processo de construção cronológico associado à conjuntura de desenvolvimento da Humanização do Parto. No entanto, a apresentação e devida discussão das portarias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde se dará seguindo um critério de relevância para o contexto atual de sociedade feminina brasileira e de humanização do parto, rompendo, de tal modo, a cronologia de apresentação de tais portarias.

### **3.1. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**

A atenção em saúde prestada no Brasil segue uma normatização definida pelo Ministério da Saúde. Isso se dá para que gestores e profissionais em instituições e unidades de saúde de todo o país estabeleçam sua atuação de acordo com um princípio comum, que rege o Sistema Único de Saúde. Esses princípios definidos pelo Ministério da Saúde que norteiam a atuação no âmbito do SUS são estabelecidas através de políticas instituídas em portarias.

No que diz respeito à atenção ao parto, os princípios que a norteiam, no âmbito do SUS, foram estabelecidos em 2005 pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Esta política, instituída através da Portaria nº 1.067 de 4 de julho de 2005, tem como objetivo desenvolver, segundo o Parágrafo Único do Art. 1º, “ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação” (BRASIL, 2005).

O objetivo da política diz respeito a aumentar o alcance das ações de assistência ao parto por ela desenvolvidas para que estas sejam garantidas à toda a população, o que assegura, assim, o caráter universal da saúde, de acordo com o Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). O objetivo estabelece, também, que se faça movimentos no

sentido de aprimorar a qualidade da atenção prestada e melhor organizar e regular as ações que promovem, previnem e prestam assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Estes movimentos são positivos por demonstrar a intenção de constante aprimoração e renovação dos serviços prestados à saúde obstétrica.

Essa portaria afirma a adesão ao movimento de humanização do parto ao estabelecer, em seu Art. 2º, inciso IV, que é direito das gestantes a “assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura” (BRASIL, 2005). Boaretto (2003, p. 18) afirmam que o “reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto, independentemente do uso do termo humanização, tem sido expressado em vários importantes documentos”, ação significativa que demonstra o reconhecimento da “dimensão mais subjetiva da qualidade da atenção, como o conforto, o acolhimento e a satisfação das usuárias” (BOARETTO, 2003, p. 18). Devido à dimensão nacional desta política, suas iniciativas demonstram uma grande motivação para que seja alterado o paradigma de medicalização e hospitalização do parto no Brasil.

A portaria em questão, nº 1.067, define em seu Anexo I (Princípios Gerais e Diretrizes para a Atenção Obstétrica e Neonatal), que a “Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização.”, explicando que “A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2005).

É possível entender disso que, ao tornar a atenção ao parto humanizada como modelo a ser seguido, visando a autonomia e protagonismo feminino, esta política pretende contestar a perspectiva de patologização do parto e da supremacia do médico enquanto personagem principal do parto. A política propõe, então, que os envolvidos no processo do parto, seja parturientes, seus acompanhantes, ou profissionais da saúde, se relacionem de maneira solidária e coletiva, considerando e respeitando os direitos e a importância do outro na cena do parto.

Ainda no Anexo I, a portaria apela para a necessidade de compromisso e participação ativa dos profissionais da saúde e gestores para que essa política tenha seus objetivos cumpridos, afirmando que “É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de

direitos.” (BRASIL, 2005). Ademais, elucida como deve ser feita a contribuição dos profissionais no dia a dia da atenção ao parto:

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos 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. (BRASIL, 2005, Anexo I).

Para tanto, é fundamental que os profissionais da saúde envolvidos no processo do parto adiram ao movimento de humanização e aos seus preceitos, para que a atenção ao parto de fato se dê de forma humanizada em todas as instâncias de saúde. Vale ressaltar a importância do papel da sociedade na fiscalização e reivindicação da assistência adequada. Na forma de gestantes, seus familiares e demais usuários do SUS, a sociedade, ao se informar a respeito das políticas e normas para a atenção ao parto, podem exigir dos profissionais e instituições de saúde que sejam oferecidos serviços humanizados e de qualidade.

Esta política, que normatiza como deve ser a assistência prestada ao parto no Brasil e tem como foco a humanização desta assistência, é fruto da trajetória de outras ações do Ministério da Saúde. Dentre as ações que precederam e traçaram os caminhos da humanização do parto, cito desde a principiante criação de Centros de Parto Normal, de impacto local, até a significativa instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de influência nacional. A seguir exponho as portarias que viabilizaram, pouco a pouco, a humanização da assistência ao parto e seus desdobramentos.

### **3.2. Centros de Parto Normal**

Em 5 de agosto de 1999 foi instituído o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da Portaria nº 985/GM. O CPN nasceu, de acordo com o Ministério da Saúde, da “necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, em sua plena universalidade”, considerando

que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal; a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto,

objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis (BRASIL, 1999).

A instituição do Centro de Parto Normal no âmbito do SUS representa, no ano de 1999, um ícone de adesão política, ainda que tímido, do Brasil ao movimento pela humanização da saúde materializado na humanização da assistência ao parto. Esta foi a primeira ação do Ministério da Saúde no sentido de compactuar com a humanização da saúde, apenas onze anos após a instituição do próprio SUS, em 1988. Isso demonstrou a sintonia do Ministério da Saúde, na figura do pioneiro Sistema Único de Saúde, com as perspectivas internacionais adotadas no que diz respeito à atenção em saúde (ANDRADE; LIMA, 2014).

Segundo esta portaria, entende-se por Centro de Parto Normal “a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias” (BRASIL, Art 1º, inciso 1º, 1999), o que o difere das demais unidades de saúde, que prestam assistência a partos com complicações. O CPN estará “inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério” (BRASIL, Art 1º, inciso 2º, 1999). Esta unidade de saúde poderá ter atuação como unidade intra-hospitalar, integrado a outro estabelecimento de saúde, ou como unidade isolada, sendo autônomo, mas mantendo o vínculo com as Unidades Básicas de Saúde e com as Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 1999).

São dadas as seguintes atribuições aos Centros de Parto Normal: colocar em prática atividades educativas e de humanização com as gestantes, acolhendo-as e avaliando sua saúde; auxiliar os partos de acordo com os seguintes preceitos da humanização: viabilizar a presença de acompanhante e respeitar a individualidade da parturiente; garantir a assistência adequada e transferência de gestantes e recém-nascidos para serviços de referência em caso de emergências; acompanhar a gestação “por um período mínimo de 10 dias (puerpério imediato)”, e “desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.” (BRASIL, 1999).

No Art. 6º, é estabelecido que esta unidade de saúde é composta por “I - equipe mínima constituída por 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um)



auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância” (BRASIL, 1999), e pode contar com uma equipe complementar, “composta por 01 (um) médico pediatra ou neonatologista, e 01 (um) médico obstetra” (BRASIL, 1999, Art. 6º, inciso II). Vale ressaltar o movimento de resgate de práticas não medicalizadas ao determinar, no inciso III do Art. 6º que “a parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1999).

É importante ponderar que os Centros de Parto Normal são unidades de saúde que atuam de maneira complementar às demais, sendo vinculadas às Unidades Básicas de Saúde, visando ampliar o acesso do público alvo. Sua implantação nos estados e municípios do Brasil é facultada, mas não compulsória, cabendo às Secretarias determinar a criação destes, o que permite que haja poucos Centros de Parto Normal pelo país se assim desejarem os governantes e gestores.

Após a instituição dos Centros de Parto Normal - CPN, houve diversas outras iniciativas do Ministério da Saúde na intenção de tornar humanizada a assistência ao parto. Dentre essas, cito as principais, que serão apresentadas em seguida no trabalho: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, de 2000; a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, de 2005; e a Rede Cegonha, a partir do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, em 2011. A Rede Cegonha, instituída doze anos após os Centros de Parto Normal, realizou algumas alterações quanto aos CPN, abordados a seguir.

A Rede Cegonha, instituída segundo a Portaria nº 1.459, consiste em uma rede de cuidados elaborada de acordo com o PHPN. Esta rede de cuidados tem determinado, no inciso II do Art. 10 da portaria que a instituiu, o financiamento de recursos destinados à construção, ampliação, reforma e compra de equipamentos e materiais dos CPN (BRASIL, 2011).

Ademais, o Componente ‘Parto e Nascimento’ da Rede Cegonha influenciou para que, quatro anos depois da instituição desta, fosse publicada a Portaria nº 11 de 7 de janeiro de 2015. Esta portaria “Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento” (BRASIL, 2015) e adequa os “incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal” (Idem) dos

CPN de acordo com “o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha” (Idem). Esta portaria, então, trouxe mudanças para os CPN, no que tange o financiamento destes, que possibilitaram seu aprimoramento segundo o que fora estabelecido pela Rede Cegonha.

### **3.3. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**

No ano 2000, o Ministério da Saúde lança a Portaria nº 569, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A intenção deste programa é tornar humanizada toda a atenção de saúde prestada a gestantes e seus bebês no âmbito do SUS, ou seja, em diversas instituições de saúde em todo o país. A Portaria, então, definiu como objetivo principal do Programa, de acordo com o Art. 1º:

O desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

Este objetivo revela o compromisso que o Ministério da Saúde, por meio da instituição dessas ações, estabeleceu com a humanização da saúde ao instituí-la no âmbito do SUS, em todo o país e, ademais, ampliando as ações já propostas e aprimorando a qualidade delas na assistência oferecida. Fica estabelecido, segundo a Portaria nº 569, Art. 2º, seis princípios e diretrizes que regem o programa, a saber:

- a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- c - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;
- e - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;
- f - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima. (BRASIL, 2000).

Tais princípios e diretrizes, formulados de acordo com os preceitos da humanização, norteiam as demais ações estabelecidas em seguida nesta portaria. Sendo assim, o Art. 3º estabelece, de acordo com os princípios e diretrizes expostos acima, componentes que regem o Programa em questão:

- a - Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;
- b - Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.
- c - Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto; (BRASIL, 2000).

De modo que o Componente I visa “estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes” (Idem). O Componente II cria condições e financiamento que viabilizam a assistência obstétrica e neonatal segundo o que foi estabelecido anteriormente. E o Componente III define como se deve dar o pagamento da assistência ao parto em hospitais (Idem).

Para tanto, o Art. 4º estabelece “recursos [...] para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento” (Idem). E o Art. 5º estabelece competências e atribuições para o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e Secretarias Municipais de Saúde para que, juntos, munidas pelos princípios e diretrizes determinados, e com o objetivo comum de alterar o paradigma da atenção ao parto, concretizem em todo o país a oferta de assistência obstétrica e neonatal humanizada.

Essa ação representou, de acordo com o Ministério da Saúde, uma ação de Estado que visa oportunizar e garantir o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Para isso, deve-se compreender a humanização por meio de dois aspectos fundamentais, a saber:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos. (BRASIL, 2002, p. 5 e 6).

Estes preceitos para a humanização da assistência ao parto não excluem a possibilidade de oferecer uma assistência humanizada também às mulheres que se submeterem à cesariana por recomendação e necessidade. Fica estabelecido assim, o que significa a humanização do parto, sua importância e as providências tomadas pelo SUS para garantir o direito à assistência humanizada ao parto e pré-natal para todos os seus usuários.

### **3.3.1. Rede Cegonha**

No ano de 2011, no sentido de ratificar ainda mais a adesão à proposta de humanização da saúde, mais especificamente à humanização da atenção ao parto, é instituída a Rede Cegonha no âmbito do SUS, segundo a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados elaboradas de acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e com as “condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. O intuito desta Rede é o de “adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança” visando reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

Esta rede de cuidados tem como objetivo principal garantir 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” (BRASIL, 2011b). Logo, seus objetivos são, de acordo com o Art. 3º, a saber:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2011b).

Observa-se que é uma rede construída como foco na atenção à saúde materna e infantil, vinculada também ao Estatuto da Criança e do Adolescente no qual lê-se, no Art. 7º, que “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a

efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.” (BRASIL, 1990), o que pode ser alcançado seguindo os princípios da Rede Cegonha, sendo estes

- I -o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII -a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados. (BRASIL, Art. 2º, 2011b).

Estes princípios, quando respeitados, representam mais um passo em direção à humanização da assistência ao parto como um todo, em âmbito nacional, uma vez que a Rede Cegonha é instituída em todo país, visando unificar e proporcionar os mesmos direitos a todas as gestantes do Brasil.

A Rede Cegonha se organiza segundo quatro componentes, cada um deles compreendendo diversas ações de atenção à saúde. Os componentes são Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e; Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. No segundo componente, ‘Parto e Nascimento’, são incentivadas e valorizadas as “práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas” no que diz respeito às técnicas dos profissionais que prestam assistência ao parto e “garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” no que diz respeito ao bem estar materno (BRASIL, 2011b).

A partir da implementação da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde e tendo em vista o movimento pela melhor qualidade e humanização da assistência ao parto no Brasil, “o Ministério da Saúde [...] solicitou [...] a elaboração de diretrizes para a assistência ao parto normal, para utilização no SUS e Saúde Suplementar no Brasil.” (BRASIL, 2017), que serão apresentadas em seguida.

### **3.3.2. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**

Como determinação do Ministério da Saúde, foi aprovada, no âmbito do SUS, em 14 de fevereiro de 2017, a Portaria nº 353 que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Os objetivos destas diretrizes são

Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal. (BRASIL, 2017, p. 8).

Também são objetivos incitar mudanças na atenção ao parto, adequando, uniformizando e revisando as práticas clínicas de assistência ao parto; evitar práticas desnecessárias de assistência ao parto e as consequências delas; incentivar as práticas baseadas em evidências em detrimento daquelas sem comprovações de sua efetividade, mas sem desconsiderar a singularidade dos profissionais, familiares e demais sujeitos envolvidos (BRASIL, 2017).

Como diz o nome, estas diretrizes se destinam unicamente à assistência ao parto normal, que é definido como “parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal” (BRASIL, 2017, p. 10). Não sendo atendidas pacientes com as seguintes situações: gestações gemelares, partos prematuros, gestantes ou fetos com complicações, partos vaginais operatórios ou cesarianas (BRASIL, 2017).

Aos profissionais da saúde e gestores que, de algum modo, atenderão gestantes e suas famílias, são listados cuidados que eles devem prestar visando o bem estar materno e do recém nascido. Estes cuidados se referem às informações a serem prestadas às mulheres e seus familiares, além da maneira como os diálogos devem ser; ao apoio físico e emocional a ser prestado devido à singularidade do momento do parto para as pessoas; à dieta que a parturiente pode receber durante o trabalho de parto, evitando o sofrimento desnecessário e não comprovado de forçar gestantes ao jejum; às medidas de assepsia para o parto vaginal e às avaliações de bem-estar fetal. Também são recomendadas aos profissionais modos de proporcionar alívio da dor no trabalho de parto, com estratégias e métodos não farmacológicos e analgesias (Idem).

Este documento divulga aos profissionais envolvidos e às gestantes e seus familiares recomendações a respeito do local de assistência ao parto, técnicas, métodos e estratégias que devem ser utilizadas para trazer maior bem-estar físico e emocional principalmente para gestantes. As informações utilizadas como base para a elaboração destas recomendações, como taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal,

qualidades de cada local de assistência ao parto, entre outros, foram obtidos a partir de uma pesquisa de grande porte realizada na Inglaterra (Idem).

Esta pesquisa, publicada em 2011, intitulada, *Consequências perinatais e maternas por local de parto planejado para mulheres saudáveis com gestações de baixo risco: o estudo de grupo prospectivo nacional da Birthplace in England*<sup>8</sup> coletou, de mais de 64 mil mulheres, informações a respeito do parto e tratamento recebido no parto, o que traz uma boa perspectiva estatística a respeito da atenção ao parto e serve como base para o estabelecimento das diretrizes benéficas para o parto a serem estabelecidas e praticadas no Brasil (Idem).

Segundo Ivete Dutra, em *Parto Natural Normal Humanizado* (2005), para que seja alcançada a atenção humanizada, muito mais do que Programas e Políticas, deve haver um comprometimento profissional e institucional que agregue outras vertentes de conhecimento a fim de construir uma nova cultura de atenção desde a formação até a atuação no fazer profissional. Ela sugere que:

Apesar das dificuldades e limites na definição do termo ‘humanização’, a implementação de uma atenção ao parto e nascimento organizada a partir dos pressupostos embutidos no programa [de humanização] poderia ser tomada não como a única, mas como uma das possibilidades de se iniciarem mudanças nas formas de atenção. Em um primeiro momento, a questão da transformação de uma atenção centrada na técnica para uma humanizada não deve ser a substituição, mas a incorporação de *práticas dialógicas*, ou seja, uma nova cultura de relação entre os/as profissionais que atuam na área obstétrica nos processos de trabalho, com as usuárias e com a organização institucional. A melhora da qualidade na atenção prestada ao parto e ao nascimento envolve mais do que uma ‘nova roupagem’, das relações terapeuta-usuário/a, como propõem os documentos oficiais. (DUTRA, 2005, p. 115 e 116).

Para Dutra, os usuários da atenção em saúde também devem exercer um controle social e da cidadania para assegurar que os profissionais atuem de forma humanizada. Sendo assim, os Programas e Políticas, os profissionais e os usuários devem estar em sintonia e estabelecendo diálogos e reflexões a fim de que se estabeleça, em consenso e constante mudança, condutas não mais técnicas e biológicas, mas sim culturais e políticas que visem o bem-estar de todos os envolvidos (DUTRA 2005).

---

<sup>8</sup> Título original em língua inglesa: “Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study”. Este e os demais trechos em língua estrangeira foram traduzidos por Clarissa Prado Marini.

A despeito da criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, os atendimentos médicos nas maternidades e hospitais muitas vezes não são realizados de forma humanizada, ocorrendo casos de negligência quanto à garantia dos direitos da mulher mesmo após a alteração do paradigma de atenção ao parto pelo modelo obstétrico vigente.

Dito isso, no próximo capítulo apresento uma pesquisa de abrangência nacional realizada no Brasil que investiga, expõe e analisa como se dá, na realidade, a atenção prestada ao parto no país. Esta pesquisa, que coletou informações de quase 24 mil parturientes e puérperas em todos os estados do país, revela, em uma perspectiva nacional, se de fato os preceitos da humanização são seguidos ou se há violação de direitos pelos profissionais da saúde. Será discutida a percepção pessoal de parturientes e puérperas a respeito da atenção prestada ao parto. Para a pesquisa, as mulheres entrevistadas, suas experiências e opiniões se referem e representam estatisticamente a população feminina brasileira que recebe assistência ao parto nas instituições de saúde do país (LEAL et al, 2014).



## CAPÍTULO IV

### A REAL ATENÇÃO AO PARTO NO BRASIL

Considerando que o Ministério da Saúde divide com a sociedade o compromisso com a humanização da assistência ao parto: a ele cabe estabelecer normas e condições para a assistência humanizada ao parto, como os programas e políticas citadas anteriormente. Aos gestores e profissionais da saúde cabe o compromisso de colocar em prática os preceitos da humanização na sua rotina de trabalho, constantemente questionando sua atuação. Contudo, às gestantes, seus familiares, e grupos sociais, cabe a responsabilidade social de se sensibilizar quanto à assistência prestada ao parto e fiscalizá-la, reivindicando a garantia de direitos (DUTRA, 2005).

Sendo assim, neste capítulo, ao apresentar uma pesquisa que mapeia como se dá a atenção prestada ao parto no Brasil, faço um contraponto entre a assistência medicalizada ao parto (retrógrada, sem embasamento científico, mas ainda real) e a assistência humanizada (inovadora, baseada em evidências científicas e normatizada). Para isso, trago uma pesquisa brasileira que apresenta dados relevantes a respeito da realidade da atenção prestada ao parto em todos os estados do Brasil. Apesar de haver políticas que visam humanizar a saúde e o parto, é possível notar que poucas são as práticas humanizadoras aplicadas de fato na realidade de maternidades e hospitais; e quando são aplicadas, em sua maioria, são em poucos casos de raras pacientes (LEAL et al, 2014).

#### **4.1. A Pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento***

No ano de 2014, foi publicada pela Fundação Oswaldo Cruz a pesquisa intitulada *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. De acordo com o site<sup>9</sup> do Projeto Nascer no Brasil, este “é o primeiro estudo nacional de base epidemiológica que descreve a atenção ao parto e nascimento, tornando-se uma fotografia do nascimento no Brasil e se constituindo em linha de base para o monitoramento da Rede Cegonha.” (BRASIL, 2014). Assim, a pesquisa realizada dentro deste projeto consiste em “um

---

<sup>9</sup> Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>

estudo multicêntrico de base hospitalar com abrangência nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz) e com participação de renomadas instituições públicas de ensino e pesquisa.” (Idem).

A pesquisa contou com pesquisadores das áreas de “epidemiologia, obstetrícia, perinatologia, pediatria e enfermagem obstétrica” (BRASIL, 2014) da Fiocruz e de outras instituições. Segundo o site do Projeto, “O grupo de a pesquisa Nascido no Brasil tem experiência consolidada no desenvolvimento de estudos clínicos e epidemiológicos na área da Saúde da Mulher e da Criança, e compartilha o desejo de melhorar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal prestada no país.” (Idem).

Os objetivos que a pesquisa visou alcançar são, a saber:

1. Analisar a atenção à gestação e ao parto no país e seus principais desfechos;
2. Estimar a prevalência de cesarianas e outras intervenções obstétricas e neonatais;
3. Descrever as complicações maternas e neonatais de acordo com o tipo de parto, com ênfase na prematuridade;
4. Descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto;
5. Descrever a estrutura das instituições hospitalares e analisar a relação com os desfechos obstétricos e neonatais; [quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos] (LEAL et al, 2014. p. 2).
6. Analisar a saúde mental materna pós-parto. (BRASIL, 2014).

Com o intuito de se viabilizar tal pesquisa, foi delimitada e cumprida a seguinte metodologia:

A pesquisa acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos, conveniados ao SUS ou privados, que realizaram mais de 500 partos por ano, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Foram coletados dados em 266 hospitais de 191 municípios, incluindo as capitais e algumas cidades do interior de todos os estados, das cinco regiões do país. Em cada hospital, a permanência da equipe foi de pelo menos 7 dias (até 2 meses) a fim de entrevistar 90 mulheres em todos os turnos. [As puérperas que aceitaram participar foram entrevistadas no pós-parto imediato, no horário de sua conveniência ainda durante a internação na maternidade.] (BRASIL, 2014).

Para a realização da coleta de dados, visando os seis objetivos apresentados anteriormente, foram determinadas cinco condutas, sendo elas:

1. entrevista com a puérpera ainda durante a internação hospitalar;

2. coleta de dados do prontuário materno e do recém-nascido;
3. entrevista com gestores locais sobre a estrutura da unidade hospitalar;
4. entrevista com a mulher após o parto, por via telefônica, realizada por empresa especializada contratada especificamente para esta finalidade;
5. fotografia do cartão pré-natal das gestantes e dos laudos de seus exames de ultrassonografia para posterior transcrição para instrumento de registro de dados. (BRASIL, 2014).

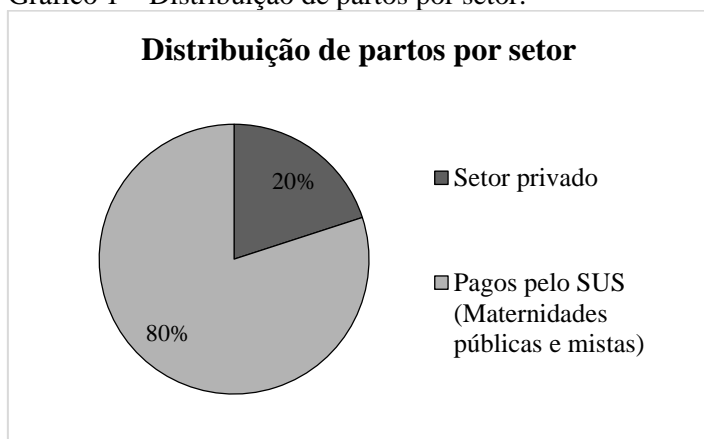
A fim de colaborar com o alcance do objetivo do presente trabalho, o de apresentar a política construída sobre o parto no Brasil, sua importância e contexto, exibo a seguir os dados coletados para a pesquisa Nacer no Brasil. Os dados coletados a partir de entrevistas, questionários, prontuários, cartão pré-natal e laudos de exames foram então organizados a fim de esclarecer as informações mais relevantes para o presente trabalho. Em seguida, são apresentados gráficos expositivos com tais informações, sucedidas por análises a respeito deles e considerações que os relacionam com o objetivo do presente trabalho.

#### **4.1.1 Achados e Análises**

A professora Maria do Carmo Leal, coordenadora do projeto de pesquisa Nacer no Brasil expôs no Sumário Executivo Temático desta pesquisa as seguintes informações. Elas foram coletadas por equipes de entrevistadores de diversos municípios de todos os estados brasileiros que abordaram no pós-parto imediato as puérperas selecionadas, e analisaram os prontuários delas e dos recém-nascidos após a alta. Seguem as informações da pesquisa que trazem maior pertinência para o objetivo do presente trabalho:

Considerando-se todos os partos, 80% deles foram atendidos em maternidades públicas ou mistas, custeadas pelo SUS, e 20% deles atendidos pelo Setor Privado.

Gráfico 1 – Distribuição de partos por setor.

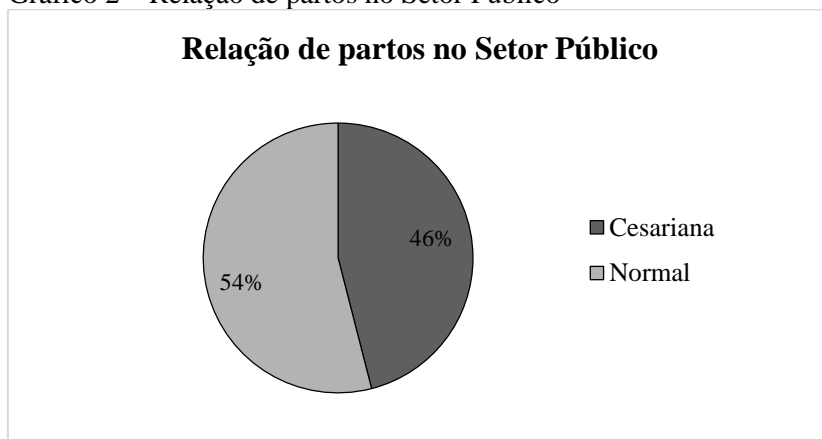


Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

Leal analisa que muitas maternidades não apresentaram as condições recomendadas de funcionamento, como a falta de medicamentos e de equipamentos mínimos necessários para os atendimentos de emergências maternas e fetais, o que expõe mulheres e bebês a “riscos desnecessários e evitáveis” (BRASIL, 2014). Estas constatações feitas pela coordenadora da pesquisa, aliadas à estatística de 80% dos partos realizados pelo SUS, indicam que a maior parte das puérperas têm seus partos sem as condições de atendimento recomendadas. Este fato revela uma violação dos direitos das puérperas e dos bebês, determinados pelo princípio da Rede Cegonha de “adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança” visando a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

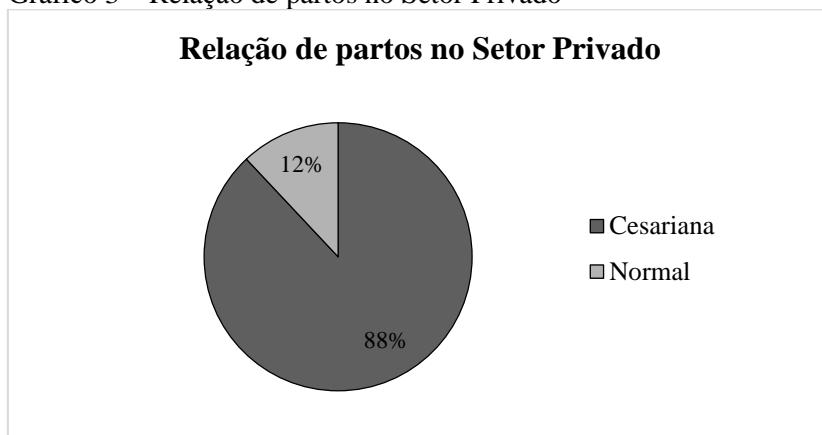
Dentre os partos atendidos no Setor Privado, que representam 20% do total, 88% deles foram cesarianos. Em contrapartida, 46% dos partos do Setor Público foram cesarianos.

Gráfico 2 – Relação de partos no Setor Público



Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

Gráfico 3 – Relação de partos no Setor Privado

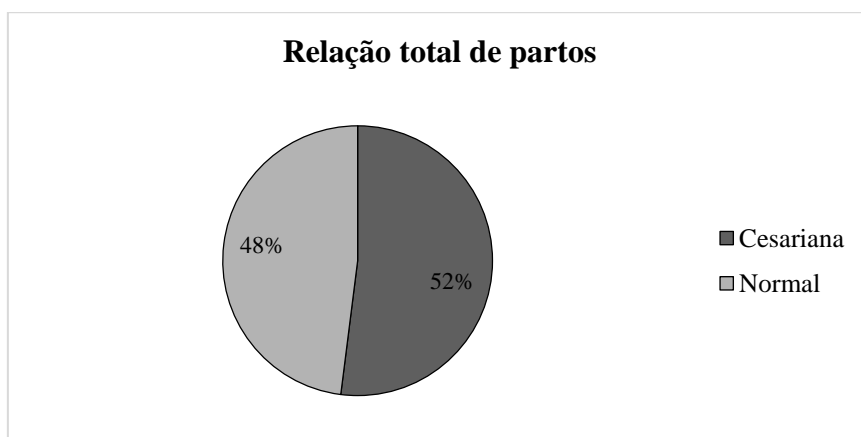


Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

Ao focar a análise geral para a análise dos setores público e privado, vê-se que foram cesarianos 88% dos partos no setor privado e 46% no setor público. Tais taxas não podem ser justificadas por apresentações clínicas das gestantes e dos bebês, que são inferiores. A realização de tal número de cesarianas sem recomendação, ou necessidade, priva milhares de mulheres de protagonizar o nascimento de seus filhos, além de expor a elas e seus filhos a maiores riscos de morbimortalidade. As altas taxas de cesarianas geram também maiores gastos públicos com a saúde (BRASIL, 2014).

Em relação ao total de partos, a cesariana representou 52% deles, contrariando a recomendação da OMS da taxa de cesarianas não exceder 15% do total de partos “pois estudos internacionais vêm demonstrando os riscos das elevadas taxas de cesariana tanto para a saúde da mãe quanto a do bebê.” (BRASIL, 2014).

Gráfico 4 – Relação total de partos



Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

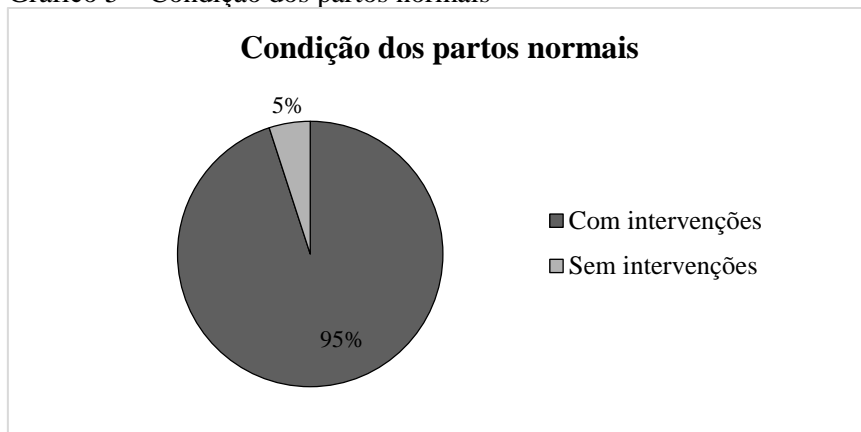
A maior parte dos partos no Brasil, considerando ambos os setores de atenção, é cesariano, representando 52% do total deles. Leal afirma que não há justificativas clínicas para um percentual tão elevado. Estima-se que, por ano, quase um milhão de mulheres sejam submetidas no Brasil a cesarianas sem indicação, sendo expostas a maiores riscos, inclusive de morte. A via de nascimento também causa impactos na saúde futura dos bebês: cesarianas aumentam o risco de diabetes, obesidade, asma, alergias, dentre outras (LEAL, 2014). A coordenadora percebe que há contradições em relação às altas taxas de cesarianas:

As estimativas altas mostram-se, assim, discrepantes aos avanços alcançados no país, não só os relativos ao desempenho do sistema de saúde, como o aumento na cobertura de atendimento pré-natal e atenção ao parto hospitalar, mas também em relação às transformações sociais experimentadas pela sociedade brasileira, com a melhoria do nível socioeconômico e a acentuada queda da fecundidade. (LEAL 2014, p. 6).

Apesar dos avanços alcançados pelo Brasil, o país apresenta altas taxas de mortalidade e morbidade materna quando comparadas com os países desenvolvidos, e elas estão associadas ao grande número de cesarianas e aos casos de mulheres que procuraram três ou mais maternidades até serem admitidas. A qualidade insatisfatória da assistência prestada à saúde prejudica também os recém-nascidos, uma vez que suas taxas de mortalidade foram associadas ao “baixo peso ao nascer, ao risco gestacional e à inadequação da atenção ao pré natal e ao parto” (LEAL 2014, p. 6).

Além das cesarianas, que é um tipo de intervenção muito praticada apesar de não ter recomendação e apresentar riscos, são muito praticadas intervenções nos partos normais/ vaginais. Essas intervenções ocorreram em 95% dos partos normais registrados e revelam prejuízos causados às puérperas e aos recém-nascidos.

Gráfico 5 – Condição dos partos normais



Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

Ao se analisar os 48% de partos que foram vaginais, foi possível perceber a prevalência de partos medicalizados: 95% que ocorreram com intervenções. Isso mostra a negação de evidências científicas que comprovam a ineficácia de intervenções excessivas realizadas rotineiramente. Dentre as intervenções realizadas, cita-se a administração de ocitocina (que acelera as contrações), a realização de episiotomias (corte no períneo) e da manobra de Kristeller (aperto na parte de cima da barriga para empurrar o bebê). Além dessas intervenções, “A maioria das mulheres (...) ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, e (...) deu à luz deitada de costas”. Estas situações e intervenções às quais as mulheres são submetidas geram dor e sofrimento desnecessários quando não têm indicação clínica (LEAL et al, 2014).

Essa taxa quase absoluta de partos vaginais que receberam intervenções vai de encontro ao novo paradigma da atenção ao parto, com modelo humanizado que nega a intensa medicalização do parto. Essas práticas revelam uma baixa adesão dos profissionais da saúde aos novos preceitos e negação das evidências científicas. Leal aborta este assunto e mostra em quais condições o parto não é medicalizado no Brasil:

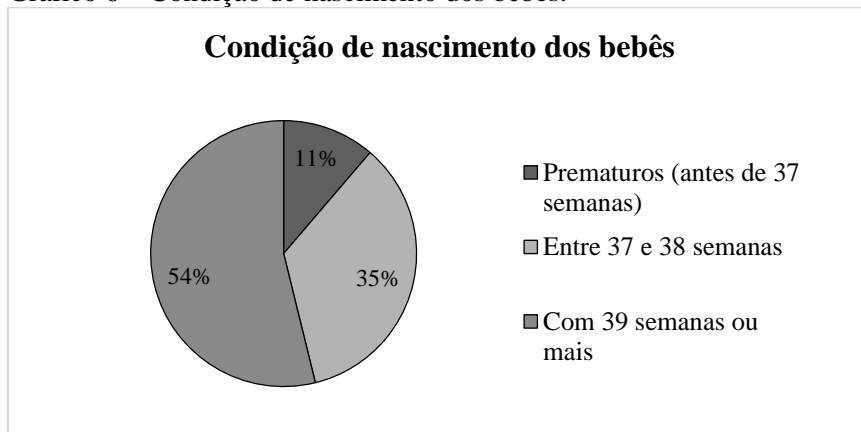
Segundo as melhores evidências científicas, modelo de atenção ao parto e nascimento liderados por enfermeiras obstétricas e obstetrites, nos quais esses profissionais são os responsáveis primários pela realização de partos vaginais, aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e dos bebês. (LEAL 2014, p. 4)

Apesar disso, 15% dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiras e obstetrites. Com maior ocorrência nas regiões mais pobres, em que há ausência de médicos” (LEAL 2014, p. 4). Isso demonstra que a recomendação de partos assistidos por enfermeiras e obstetrites sem intervenções não está sendo cumprida pela recomendação em si, mas pela falta de médicos (a primeira escolha) em regiões “mais pobres”, o que em si já denuncia outra falha: a falta de médicos, que deveriam se ocupar dos partos complicados nessas tais regiões (Idem).

A prática de assistência intensamente medicalizada e com excessivo uso de intervenções e cesarianas prejudica não só puérperas, mas também recém-nascidos. Esses prejuízos causados aos recém-nascidos podem ser visualizados no gráfico a seguir, que apresenta a realidade dos bebês: 11% deles nasceu antes de completar 37 semanas de

gestação e são considerados prematuros; 35% deles nasceu entre 37 e 38 semanas; e apenas 54% nasceu com 39 semanas ou mais tempo recomendado por ser o ideal para o melhor desenvolvimento fetal. (BRASIL, 2014).

Gráfico 6 – Condição de nascimento dos bebês.



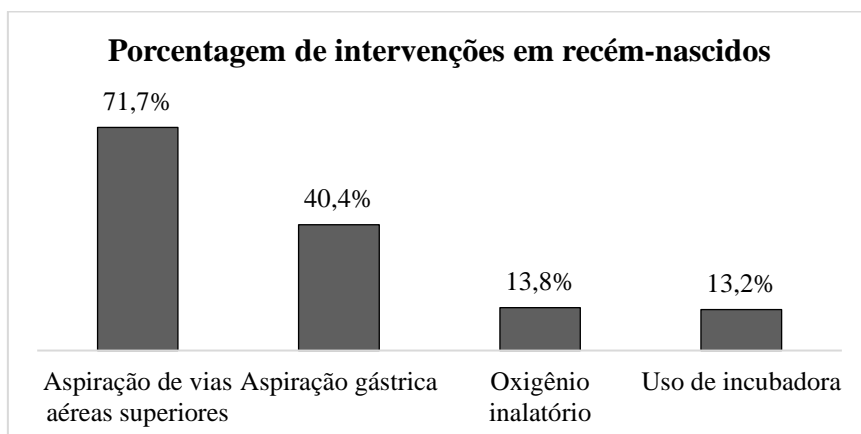
Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

A grande ocorrência de cesarianas também onera os bebês: 11,3% nasceram prematuros (antes de 37 semanas) e 35% nasceram entre 37 e 38 semanas. Apesar de não serem considerados prematuros, esses 35% poderiam ganhar mais peso e maturidade se chegassem às 39 semanas ou mais. Esta ocorrência pode ser explicada pela alta taxa de cesarianas, sendo que muitas delas são agendadas para antes do trabalho de parto, o que antecipa o nascimento de bebês que ainda poderiam se desenvolver mais, principalmente no setor privado. Aparentemente esta antecedência não é maléfica para os bebês, mas estudos mostram que “essas crianças são mais frequentemente internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, necessitam maior suporte ventilatório para respirar, além de maior risco de morbidade e mortalidade” (LEAL 2014, p. 5).

Esses recém-nascidos, independentemente da via do parto pela qual nasceram (cesárea ou vaginal), recebem intervenções ao nascer. A pesquisa registrou que 71,7% tiveram suas vias aéreas superiores aspiradas, 40,4% receberam aspiração gástrica, 13,8% tiveram administrado oxigênio inalatório e 13,2% foram colocados em incubadoras. A pesquisa salienta que a prática dessas intervenções, quando não são necessárias, são prejudiciais aos bebês de acordo com evidências científicas. (BRASIL, 2014).



Gráfico 7 – Porcentagem de intervenções em recém-nascidos

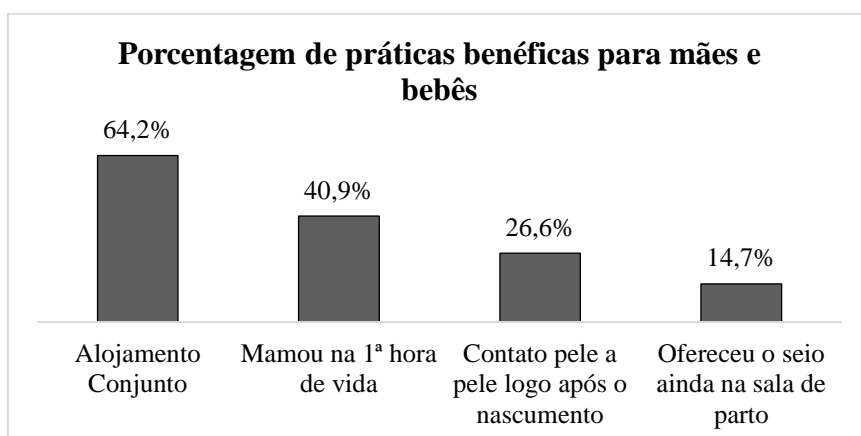


Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

Leal afirma que a grande porcentagem de aspiração das vias aéreas superiores, contraindicada, é preocupante por ser danosa para os bebês, mas reconhece o caráter positivo da minoria dos bebês ter sido submetida à inalação de oxigênio e colocada em incubadoras, longe de suas mães, práticas desaconselhadas, o que é salutar para os bebês. (BRASIL, 2014).

A pesquisa identificou a ocorrência de práticas consideradas benéficas dentro dos preceitos da humanização. A saber, 64,2% das puérperas tiveram alojamento conjunto com seus bebês, 40,9% amamentaram na primeira hora de vida do bebê, 26,6% teve contato pele a pele com o bebê logo após o nascimento, e 14,7% ofereceu o seio ainda na sala de parto.

Gráfico 8 – Porcentagem de práticas benéficas para mães e bebês



Fonte: LEAL et al, 2014 e BRASIL, 2014.

A partir dos dados apresentados acima, é possível dizer que poucos bebês tiveram contato pele a pele com suas mães ou mamaram na sala de parto (minutos após o nascimento), apesar dessas serem práticas recomendadas e benéficas para o bebê. As

práticas comprovadamente benéficas segundo evidências científicas que são incentivadas pelo movimento de humanização foram pouco utilizadas e aquelas consideradas inadequadas ainda foram bastante praticadas. (BRASIL, 2014).

A partir dos dados apresentados anteriormente, conclui-se desta pesquisa que, “as mulheres brasileiras e seus bebês de qualquer grupo social estão sendo desnecessariamente expostos ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento” (LEAL 2014, p. 7) apesar de mulheres de cada grupo sofrerem de maneiras diferentes. Isto pois Leal revela que as mulheres “pretas e pardas, de baixa classe social e escolaridade” (Idem) tiveram, majoritariamente no Setor Público, parto vaginal extremamente medicalizado e doloroso e as mulheres “de mais elevado nível social” (Idem) sofreram maior número de intervenções obstétricas e cesarianas.

Sendo assim, Leal (2014) conclui que “Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” indicam a urgência em reformar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento no país, tendo em vista que muitos dos desfechos adversos identificados apresentam associação com problemas na qualidade da assistência.” (LEAL 2014, p. 6). Em seguida ela recomenda e chama à luta por esta pauta: “Para isso, é fundamental o envolvimento de gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, sociedade civil, particularmente as mulheres, para mudar a forma de nascer no país” (Idem).

Leal (2014) também faz diversas recomendações para gestores e entidades de classe; profissionais da saúde; Universidades e Instituições de Pesquisa; movimentos sociais, famílias e mulheres; e aos demais setores da sociedade no intuito de reunir argumentos, dados e demandas para que eles se unam ao movimento pela humanização do parto tornando-o mais forte (Idem). Recomendações essas que reiteram a relevância desta pesquisa para o aprimoramento da atenção ao parto no Brasil.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa venham a contribuir com relevantes informações acerca das condições socioeconômicas das mulheres, seus fatores de risco gestacionais, acesso aos serviços de saúde, qualidade do atendimento, condições do parto além dos principais desfechos obstétricos e neonatais. Espera-se ainda que os resultados produzidos possam fornecer evidências científicas sobre as atuais condições de nascimento para o Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais, entidades de classe, operadoras de planos de saúde e usuários do sistema de saúde, com vistas a estabelecer um pacto para melhoria da qualidade da atenção e redução de intervenções desnecessárias. (BRASIL, 2014).

A apresentação desta pesquisa no presente trabalho, que revela o modo como a assistência ao parto é prestada atualmente no Brasil, confirma a necessidade da mudança,

na prática, da assistência prestada ao parto neste país. A questão prática é enfatizada pois o Ministério da Saúde já fez sua parte ao criar Portarias que instituem Programas, Instituições, redes de cuidado, Políticas e Diretrizes que estabelecem os preceitos de humanização do parto no SUS e determina sua prática. Lamentavelmente, normas não se colocam em prática sozinhas. É necessário que os profissionais e a sociedade como um todo se comprometam e cumpram com o compromisso social de melhorar a assistência ao parto, diminuindo os prejuízos aos envolvidos.

Prejuízos que têm reflexo em toda a sociedade, que fica adoecida quando, para nascer, se deve sofrer, e quando, para dar à luz, se deve perder o poder sobre o corpo e a autonomia de tomar decisões sobre sua própria vida. Tais prejuízos são comprovados por meio de evidências, que provam que as intervenções e cesarianas, tão praticadas pelos profissionais da saúde que, ao medicalizar e hospitalizar demasiadamente o parto, oneram os mais frágeis naquele momento, gestantes e bebês.

O rompimento com as práticas não recomendadas e instituição da humanização da atenção ao parto também traz benefícios que não podem ser medidos ou catalogados: a retomada feminina da posse de seu corpo e o empoderamento quanto às decisões a serem tomadas em relação a ele. Uma vez donas do próprio corpo e dotadas de autonomia quanto sua vida e decisões pessoais, as mulheres rompem, mesmo que um pouco, com a dominação patriarcal imposta a elas e voltam a ter o poder e hegemonia que tinham na Antiguidade a respeito da parturição. Voltam a assistir e ser assistidas em um processo biologicamente feminino tradicionalmente conhecido e conservado pelas parteiras.

#### **4.2. Humanização do Parto e Empoderamento Feminino**

A apresentação dos resultados da pesquisa *Nascer no Brasil* é de suma importância para o presente trabalho. Ao fazer um retrato da atenção prestada ao parto no Brasil, a pesquisa revela que as mulheres têm seus direitos desconsiderados quando da atenção ao parto. Essas mulheres, tanto em hospitais públicos quanto privados, são submetidas, em sua maioria, a cesarianas sem recomendação, o que causa prejuízos às mulheres e aos bebês a curto e longo prazo; a intervenções não recomendadas quando têm parto normal; e seus bebês também são submetidos a intervenções que se tornam malélicas quando praticadas sem necessidade.

Os achados da pesquisa citada reafirmam as evidências utilizadas pelo Ministério da Saúde que apontam para a necessidade de se questionar e reformular o protocolo de atenção ao parto no SUS. Ao encarar os resultados negativos da atenção prestada ao parto para mulheres e bebês, e aliando-os às iniciativas da Organização Mundial da Saúde (2015) para melhorar a assistência ao parto, o Ministério da Saúde, através de documentos e portarias, instituiu a humanização da assistência ao parto. Segundo o documento intitulado *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada À Mulher*, o Ministério da Saúde afirma que

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (BRASIL, 2001, p. 9).

Ao preservar a privacidade e a autonomia feminina, reiterando o papel coadjuvante dos profissionais da saúde (BRASIL, 2001), a humanização do parto empodera as mulheres tornando-as protagonistas de seus partos e donas de seus corpos, poder retirado delas ao longo de séculos por consequência do patriarcado (SAFIOTTI, 2001). Ao colocar nessa sociedade os homens na posição de dominadores e exploradores e mulheres na posição de dominadas e exploradas, o patriarcado atribuiu aos homens o poder sobre o corpo feminino, permitindo que passassem a decidir como se dariam seus partos.

Enquanto detentores do poder sobre o corpo das mulheres, os homens, na posição de médicos, passaram a tomar decisões quanto aos partos das mulheres e decidir que os partos deveriam se dar com intervenções e de acordo com suas técnicas, como apresentado anteriormente neste trabalho. Ao instituir seu modelo de atenção ao parto, os médicos destituíram as parteiras de sua antiga posição de referência na assistência aos partos. A partir desta mudança, a atenção aos partos deixou de levar em consideração as preferências e recomendações das mulheres e passou a se dar de acordo com o que os médicos julgavam ser melhor.

Sendo assim, o modo como os partos são conduzidos mudou: antes mulheres experientes da comunidade acompanhavam gestantes e seus familiares nos partos e as auxiliavam em casa oferecendo conforto e confirmando seu poder crucial para o

nascimento. Depois o parto se tornou um processo patológico e unicamente biológico no qual intervenções são muito valorizadas e colocadas em prática como rotinas dos profissionais da saúde e mulheres ficam internadas para dar à luz (BRASIL, 2001, p. 9).

Com o advento da humanização do parto, ambos protagonismo feminino e práticas antigas e benéficas são retomadas no âmbito da atenção ao parto. O protagonismo feminino é retomado por ser um princípio da humanização e por esta valorizar as preferências da parturiente durante o parto e colocá-la novamente como agente principal do parto, prática empiricamente benéfica para a boa condução do parto. As práticas antigas e benéficas são retomadas quando comprova-se, por meio de pesquisas e evidências, que as intervenções amplamente praticadas sem recomendação prejudicam mulheres e bebês e que as práticas realizadas por parteiras desde a Antiguidade trazem mais benefícios a ambos e levam a partos mais frutíferos, se tornando então ideais para gestações e partos de baixo risco que se conduzem naturalmente (BRASIL, 2001).

Sendo assim, destaca-se a importância da humanização da assistência ao parto para a saúde pública brasileira, mais especificamente para a saúde obstétrica e neonatal, por questionar práticas prejudiciais amplamente realizadas e incentivar práticas menos interventivas e mais salutares a serem realizadas por profissionais da saúde. Ao questionar o modelo interventivo e incentivar as formas mais naturais de parir, a humanização progressivamente mune mulheres de autonomia e poder sobre seus corpos e suas vidas ao atribuir-lhes a liberdade e o direito de regê-los e tomar decisões quanto a seus partos.

Ao romper com a supremacia das intervenções, práticas instituídas pelos médicos, a humanização corrobora também para a emancipação feminina da dominação patriarcal. Assim, enquanto munidas de seus direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres adquirem a autonomia de gerir seus corpos. As mulheres passam a poder decidir se querem ter filhos, quando querem, como querem que se dê a gestação e o parto e detêm o papel de condução e decisão sobre seus partos. O poder facultado às mulheres no que concerne sua saúde sexual e reprodutiva no contexto da humanização da assistência ao parto aos poucos pode ser expandido até que o fim da dominação patriarcal seja alcançado na sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ato de parir apresenta profunda correlação entre esferas sociais, históricas, políticas e filosóficas. Analisa-se que a discussão relativa à tal processo se faz presente na sociedade muito antes do estabelecimento do período contemporâneo, tendo suas origens associadas, inclusive, com a própria formação da sociedade antiga e moderna. Aspectos filosóficos, sociais e políticos também demonstram associação intrínseca ao ato de parir, havendo, portanto, dicotomia entre diversas linhas de pensamento discutidos por variados grupos sociais, ocasionando, inclusive, movimentações políticas do Estado, no intuito de normatizar, baseado em importantes evidências científicas, melhores condutas para a parturiente e para o próprio procedimento.

Analisando-se tão amplo contexto, é perceptível a dificuldade em se abordar de maneira aprofundada todas as possíveis análises relativas ao tema. Portanto, no presente trabalho, o foco se direcionou ao estudo e análise dos aspectos sociais relativos ao processo de parição e ao direito intrínseco da parturiente, enquanto mulher, cidadã e ser humano, dona de seu próprio corpo e árbitra de suas decisões, quanto às escolhas relativas ao parto.

Nesse sentido, observa-se como principais objetivos e consequências do estudo a ênfase nas políticas construídas sobre o parto e suas relações com o contexto atual de sociedade feminina brasileira. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica e análise documental de literatura relevante ao tema, não apenas em um contexto global, mas especialmente em um contexto brasileiro de desenvolvimento de parto humanizado, caracterizando, portanto, uma pesquisa de cunho qualitativo.

Contudo, observa-se que, apesar de diversos estudos científicos comprovarem a necessidade do tratamento humanizado durante o parto, tal fato não se torna realidade quando se analisa o contexto de atuação dos profissionais da saúde pública e privada no país. Assim, no intuito de corroborar para a difusão da prática de assistência humanizada ao parto, são citados, ao longo do texto, argumentos e posicionamentos de diversos setores sociais que dão voz ao direito da parturiente sobre um momento de importância tão significativa, dando ênfase aos registros científicos correlatados.

No contexto de parto, no entanto, não é possível abrir mão do fundamental papel desempenhado pela equipe de saúde no que tange à manutenção da vida de parturientes e

bebês quando se trata de período gestacional de alto risco. Por outro lado, comprova-se ao longo da argumentação, a desnecessariedade do acompanhamento médico durante partos de baixo risco, os quais apresentam baixas taxas de mortalidade associadas.

Levando-se em consideração esses fatos, nota-se o aumento recente na quantidade de enfermeiras obstétricas, parteiras e obstetrias, que não podem realizar cirurgias e algumas outras intervenções, mas que, no entanto, se especializam na atenção ao parto e o fazem de maneira menos danosa às puérperas e bebês, resgatando práticas realizadas desde a Antiguidade. Sendo elas, por fim, as melhores profissionais para assistir partos de baixo risco e garantir o processo com maiores benefícios associados.

Conclui-se o trabalho por meio de um esboço de como deveria se dar o funcionamento do SUS para que os preceitos da humanização da assistência ao parto fossem seguidos e o serviço de atenção em saúde melhorasse. Em síntese, o atendimento a mulheres com gestações de baixo risco deveria ser realizado em unidades de saúde equipadas com enfermeiras obstétricas e parteiras, tal qual ocorre nos Centros de Parto Normal, mas com disponibilidade de transferência para hospitais em caso de emergência. Assim sendo, os hospitais seriam destinados a receber gestantes de alto risco e com complicações no parto, as quais seriam atendidas por médicos que realizariam as intervenções necessárias e recomendadas.

A partir de tais mudanças, verifica-se que alguns dos grandes obstáculos da saúde pública brasileira seriam parcialmente sanados: o problema de superlotação dos hospitais brasileiros e a reduzida quantidade de médicos em relação à demanda de atendimento. Nessa hipótese, os médicos não mais se ocupariam das gestantes de baixo risco e poderiam prestar a assistência necessária àquelas com complicações no parto. Todos esses atendimentos seriam feitos de acordo com os preceitos da humanização da assistência ao parto, inclusive as cesarianas, e seriam evitadas longas filas de espera, intervenções desnecessárias e dolorosas e cesarianas não recomendadas uma vez que o atendimento às gestantes seria dividido entre outros profissionais especializados.

Assim, finalizo o trabalho salientando a necessidade de discussão, debate, tomada de decisões e investimentos quanto à tão importante temática no contexto de serviço social, políticas públicas e saúde brasileira. Apesar da grande necessidade de investimentos públicos para a prestação de assistência de qualidade à saúde, a publicação da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, se torna um impasse para a saúde no Brasil.

Tal Emenda Constitucional estabelece o congelamento do orçamento público para a Seguridade Social, na qual está contida a Política de Saúde, por vinte anos de acordo com o orçamento do ano de 2016. Esta medida se torna um obstáculo para que sejam destinados os recursos necessários para a adequada assistência em saúde no Brasil e contribui para a deterioração do Sistema Único de Saúde.

(BRASIL, 2016)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Elaine; TUBINO, Paulo. *História da mulher na medicina*. Brasília. 2014.

ANDRADE, Maria A. C.; LIMA, João B. M. De C. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. *Cadernos HumanizaSUS*. Volume 4: Humanização do parto e do nascimento. P. 19 – 46. 2014.

ANDRADE, Briena P.; AGGIO, Cristiane de M. *Violência obstétrica: a dor que cala*. In GT3 – Violência contra a Mulher e Políticas Públicas. Anais do III Simpósio de Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina. Paraná. 2014.

BARBOSA, Gisele Peixoto; et al. *Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19. n. 6. p. 1611-1620, novembro, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000600006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000600006&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em 21 de maio de 2018.

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*. BMJ. Vol. 343: d7400. Inglaterra. 2011. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>>. Acesso em 10 de maio de 2018.

BETRÁN, A. P. Et al. *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*. Institute for Prevention Research and Epidemiology. Alemanha. 2016.

BOARETTO, Maria Cristina. *Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. In: Constituição da República Federativa do Brasil, 2018.

\_\_\_\_\_. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 16 jul. 1990. Brasília. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999. Institui o Centro de Parto Normal – CPN – no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 07 de agosto de 1999. Brasília. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 01 de junho de 2000. Brasília. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher*. 1ª ed. p. 199. Brasília. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Assistência à Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. *Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento*. 1ª ed. p. 27. Brasília. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. 1ª ed. p. 57. Brasília. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. 1ª ed. p. 19. Brasília. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de Julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 4 de Julho de 2005. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de Humanização (PNH): o que é, como implementar*. p. 72. Brasília. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Série E. Legislação de Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. 3ª ed. p. 26. Brasília. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 27 jun. 2011; Seção 1:109. Brasília. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: PNH (HumanizaSUS)*. 1ª ed. p. 16. Brasília. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Projeto - *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Brasil. 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>> Acesso em 15 de junho de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de Janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 7 de Janeiro de 2015. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*. Brasília. 2017.

BRENES, Anayansi Correa. *História da Parturição no Brasil, Século XIX*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1991. p. 135-149.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo. São Paulo. 1996.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Ciência & Saúde Coletiva. v. 10, n. 3. Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019)>. Acesso em 14 de abril de 2018.

DUARTE, Fernanda Lacerda. *Movimentos Identitários: Associações Entre O Feminismo E A Escolha Pelo Parto Humanizado*. In Ciências Sociais em foco: faces do Brasil no mundo contemporâneo. Universidade Estadual de Maringá. Paraná, 2013.

DUTRA, Ivete Lourdes. *Parto natural, normal e humanizado: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto*. 2005. p. 146. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2005.

HOPKINS, Kristine. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science and Medicine*. v. 51. i. 5. p. 725-740. Set. 2000. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/journal/social-science-and-medicine>>. Acesso em 22 de maio de 2018.

KALISCH, Philip; SCOBAY, Margaret; KALISCH, Beatrice. *Louyse Bourgeois and the emergence of modern midwifery*. J Nurse Midwifery, v.26, n.4, p.3-17, 1981. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0091218281901415>> Acesso em 20 de abril de 2018.

LEAL, Maria do Carmo. *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Brasil. 2014. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>> Acesso em 15 de junho de 2018.

LUZ, Lia; ROCHA, Patrícia. *O Parto*. Zero Hora. Meu Bebê, Caderno Especial, p.5. Porto Alegre, 13 jan. 2004

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO. *Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Práticas Obstétricas no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Universidade Estadual de Campinas. 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Statement on Caesarean Section Rates*. p. 8. Genebra, Suíça. 2015.

POTTER, Joseph; et al. *Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: Prospective study*. *BMJ*, v. 323. p. 1155-1158. nov. 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC59849/>>. Acesso em 22 de maio de 2018.

RATTNER, Daphne; et al. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; Universidade Estadual do Ceará. *Cadernos HumanizaSUS*. Volume 4: Humanização do parto e do nascimento. P. 109 – 132. Brasília. 2014.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. *Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero*. Cadernos pagu v. 16. P. 115-136. São Paulo, Brasil. 2001.

SANTOS, Marcos Leite dos. *Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico*. 2002. p. 249. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SCAVONE, Lucila. *A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais*. cadernos pagu v. 16. p. 137-150. Rio de Janeiro. 2001.

SCHEUERMANN, K. *Midwifery in Germany: its past and present*. *J Nurse Midwifery*, v.40, p.438-47. California, Estados Unidos. 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7472650>>. Acesso em 17 de abril de 2018.

TORNQUIST, Carmem Simone. *Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*. Revista estudos femininos, vol. 10, n.2. Florianópolis: UFSC, 2002.

VIEIRA, Elisabeth M. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Coleção Antropologia e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2015.

WAGNER, Marsden. *Technology in Birth: First do not harm*. *Midwifery Today*. 2000. Disponível em: <<https://midwiferytoday.com/web-article/technology-birth-first-no-harm/>>. Acesso em: 24 de maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 75, p. S25-S37. 2001. Copenhagen, Dinamarca. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2801%2900519-7>>. Acesso em 14 de abril de 2018.

WERTZ, Richard; WERTZ, Doroty. *Lying-in: A history of childbirth in America*. New Haven. 1989. p.1-28.