



1290001112



IE

TCC/UNICAMP P658h



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

INSTITUTO DE ECONOMIA – IE

Monografia de fim de curso

# HUMANIZAÇÃO DO PARTO E A IMPORTÂNCIA DE SEUS ATORES SOCIAIS

**Aluna:** Giovana Carolina de Resende Pinto

RA 981252

**Orientador:** Prof. Dr. Pedro Luiz Barros Silva

Campinas, novembro de 2003



# Sumário

<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	2
<b><u>CAPÍTULO 1: Humanização do parto: conceito e principais perspectivas de análise</u></b> .....	5
<b><u>CAPÍTULO 2: A importância e funções dos atores sociais na humanização do parto</u></b> .....	18
2.1. PARTURIENTE / PARCEIROS OU ACOMPANHANTE .....	18
2.2. MÉDICOS(AS) OBSTETRAS / ENFERMEIROS(AS).....	23
2.3. PARTEIRAS .....	27
2.4. HOSPITAIS / LOCAIS ALTERNATIVOS PARA O PARTO.....	34
2.5. ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS .....	37
2.6. ÓRGÃOS E AGÊNCIAS INTERNACIONAIS / GOVERNO .....	40
2.7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
<b><u>CAPÍTULO 3: Cesárea: o símbolo da falta de humanização no parto</u></b> .....	47
3.1. O PARTO CESÁREO NÃO JUSTIFICADO CLINICAMENTE .....	47
3.2. O PARTO CESÁREO NO BRASIL.....	51
3.3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
<b><u>CAPÍTULO 4: Conclusão</u></b> .....	64
<b><u>BIBLIOGRAFIA</u></b> .....	67

## INTRODUÇÃO

O bem-estar e uma saúde de qualidade são condicionados por fatores sociais, biológicos, culturais e econômicos na sociedade, todos eles complexamente integrados. Tanto homens quanto as mulheres são alvos desses fatores, no entanto as mulheres são reconhecidamente mais fragilizadas diante dos determinantes sociais e biológicos que as afetam continuamente, e de modo único, ao longo de suas vidas. As causas e conseqüências de uma qualidade de vida e saúde inferiores são importante questões ao serem consideradas ao se examinar o ciclo de vida da mulher. (Banco Mundial, 1994; Tinker, 2000).

O período da vida de uma mulher em que a gravidez e o parto tornam-se eventos únicos e especiais em sua vida é também um importante período na vida da família, além do que extrapola o contexto privado de saúde individual da mulher para atingir um contexto social no qual grande parte das mulheres, e, conseqüentemente a sociedade, fazem parte. De acordo com Page (2001), "o período do parto é crítico na vida da família e a assistência sensata e positiva no período perinatal dará suporte ao desenvolvimento de fortes laços de amor entre a mãe e o bebê dentro da família. Este amor é a base do compromisso que ajuda os pais a enfrentarem as mais desafiadoras tarefas do ser humano, o cuidado com o vulnerável recém-nascido e seu contínuo amor e orientação ao longo da vida adulta. O efeito de uma assistência ao parto sensata e positiva é extremamente importante e poderosa." O apoio positivo e atencioso ao parto e gravidez previnem efeitos negativos e prejudiciais, como depressão pós-parto, estresse, fraqueza nos laços emocionais e amorosos entre a mãe, bebê e família e etc.

A proposta do presente trabalho é fazer uma reflexão sobre o novo modelo de assistência ao parto denominado *humanizado*, sistematizado desde cerca do fim dos anos 70 e meados dos anos 80. O objetivo é poder apresentar as vantagens da humanização do parto, estudando seus conceitos, propostas, atores sociais, e os desafios presentes na sua implementação dentro do contexto social e cultural.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> A discussão sobre o tema da humanização nesse trabalho está longe de ser integral, pois reconhece-se que o estudo do assunto possui amplos enfoques e extensões, muitos dos quais não serão alvo nessa monografia. Embora alguns argumentos necessários neste estudo, favoráveis à humanização do parto, baseiem-se em exemplos médicos e científicos, o objetivo aqui não é apresentar detalhadamente o enfoque técnico do assunto, mencionando demasiados termos clínicos e biológicos. A intenção é estudar alguns de seus argumentos e fatores, como os sociais, econômicos e culturais, possibilitando uma visão geral sobre o tema.

Somado ao estudo bibliográfico e teórico do tema, esse estudo também incorpora os resultados de uma pesquisa acadêmica que teve a oportunidade de participar no Population Research Center (PRC) da Universidade do Texas em Austin (UT), nos Estados Unidos, ao realizar intercâmbio universitário através do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP/Unicamp), com bolsa acadêmica da CAPES, durante um período de dois semestres (2002/2003). A experiência consistiu em estudar a saúde reprodutiva feminina no Brasil, ou seja, mais detalhadamente a problemática dos altos índices de partos cesáreos no país, grande símbolo da falta de humanização no nascimento. O trabalho baseou-se em analisar qualitativamente uma pesquisa realizada nos anos de 1998/1999, por quatro instituições acadêmicas do Brasil e uma dos EUA, com 1612 mulheres brasileiras grávidas em quatro cidades brasileiras. O objetivo foi categorizar as razões das opções pelo tipo de parto que as gestantes diziam preferir e o tipo de parto que efetivamente tiveram.

Como estrutura de texto, essa monografia divide-se em três capítulos além da presente introdução, somando-se também a conclusão ao final. O **Capítulo 1** da monografia introduz o conceito do modelo de humanização do parto apresentado por diversos autores e por órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para enriquecer a discussão, é apresentado no capítulo o contexto cultural e médico em que o ocidente baseia seu sistema de assistência à saúde, denominado tecnocrático. Posteriormente, aborda-se argumentos favoráveis à humanização do parto, contrapondo seus benefícios com as falhas que o sistema tecnocrático possui e exporta para países em desenvolvimento como o Brasil. São também expostos breves exemplos de países que implementam com sucesso o sistema de humanização do parto, assim como comentários à importância crescente que o tema vêm apresentando no Brasil e no mundo.

O **Capítulo 2** enfoca a importância ativa que atores sociais - como as mulheres, a sociedade, os(as) médicos(as), os(as) enfermeiros(as) , as parteiras, as instituições de saúde, as organizações não-governamentais, os organismos internacionais e o Governo - apresentam no cenário do parto e conseqüentemente no esforço por sua humanização. O capítulo aborda também as críticas contrárias que alguns desses atores direcionam ao novo sistema humanizado e os desafios para a implantação de mudanças devido às suas posturas. A articulação das funções dos atores no atendimento à saúde materna e o respeito por seu trabalho em conjunto é analisado para que se possa compreender como

é importante que mudanças no modelo devam ser realizadas de forma integrada e complementar.

O **Capítulo 3** foca a problemática e as causas das elevadas taxas de cesárea nos setores públicos e privados de saúde no Brasil. Enriquecendo a discussão, o capítulo analisa alguns dos resultados de uma pesquisa de análise qualitativa na área de saúde reprodutiva feminina brasileira realizada por mim ao participar de intercâmbio acadêmico à Universidade do Texas em Austin (UT) através do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) no período de agosto de 2002 a maio de 2003. Adicionalmente, apresenta-se algumas publicações já editadas a respeito desse trabalho pelo seus organizadores, reafirmando os resultados encontrados ao longo da pesquisa. O estudo da opinião das mulheres quanto ao tipo de parto que dizem preferir está inserido em um cenário nacional de fortes indícios contra o processo de humanização do parto no Brasil, representado pelas altas taxas de cesárea nos setores público e privado de saúde. Assim sendo, esse capítulo pretende observar o quadro nacional dessa problemática intervencionista, relatando, finalmente, o que vem sendo feito pelos órgãos políticos públicos a respeito do tema.

Por fim, a **conclusão** da monografia pretende reafirmar a importância de um parto humanizado para a saúde da mulher e para a constituição de uma sociedade mais fortemente sustentada na segurança e em laços familiares fortes. Finalmente, o estudo conclui apresentando de maneira geral as principais mudanças e desafios que ainda necessitam ser realizadas e enfrentados para que o quadro brasileiro de assistência humanizada ao parto e à maternidade sejam alcançados integralmente.

## **CAPÍTULO 1: Humanização do parto: conceito e principais perspectivas de análise**

A maneira como as mulheres e suas famílias são conduzidas durante o período do parto da mulher tem profunda e fundamental importância na vida privada e pública de uma sociedade. O modo como as mulheres são tratadas nesse período único e especial em suas vidas faz diferença não apenas no contexto médico entre vida e morte, saúde ou deficiência, mas também no que diz respeito à habilidade da mãe e da família ao cuidar do bebê e de tratar de seus interesses pelo resto da vida.

“O fornecimento da assistência materna vai além do atendimento médico ou da saúde, tendo consequências sociais profundas. Ele afetará o indivíduo, a família e a comunidade ao longo da vida e de gerações. O nascimento da próxima geração é um ato crítico que pode ajudar a quebrar ciclos de doenças, negligência e abuso. É um ato com o potencial de uma nova, saudável e feliz vida” (Page, 2001).

O respeito às mulheres, responsáveis por metade da população mundial, através da valorização de sua condição como ser humano e da importância do seu sentimento de completude e fortalecimento durante o parto não somente caracteriza-se como atitude sensata, mas absolutamente essencial por fazer as mulheres sentirem-se capazes e portanto fortalecedoras da sociedade (Wagner, 2001).

Preocupações referentes a saúde da mulher são principalmente reconhecidas como sendo de características biológicas e de gênero associados a sua capacidade reprodutiva (Tinker, 2000). Os maiores problemas do nascimento surgem associados a fatores como a pobreza, falta de direitos humanos, privação social e econômica e falta de eficiência nos serviços à maternidade (Page, 2001).

Como relata Diniz (2001), desde o fim do século 20 cresceu no mundo um movimento defensor de uma assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos médicos. O caso da assistência à gravidez e ao parto tornou-se ainda mais crucial, sendo a sistematização da reflexão do sistema de assistência baseado na adoção de intervenções inapropriadas e desnecessárias intensificada a partir de meados da década de 1980.

No contexto do Ano Internacional da Criança (1979) criou-se na Europa um comitê - baseado no trabalho conjunto de diversos grupos de trabalhos, como especialistas, representante das mulheres e de organizações de consumidores dos serviços de saúde –

para estudar os limites das intervenções propostas a reduzir a morbidade e mortalidade perinatal e materna no continente. Dava-se, assim, início a estudos baseados em métodos empíricos de pesquisa para sistematizar e revisar a eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiou esses estudos e posteriormente, a partir de meados da década de 1980, sob orientação e trabalho pioneiro da Iniciativa Cochrane,<sup>2</sup> deu-se a conclusão das revisões sistemáticas sobre a eficácia e segurança de procedimentos médicos em todas as especialidades, criando um movimento conhecido por se basear na evidência empírica.

A partir daí, mostrou-se comprovado pela avaliação científica que qualquer intervenção sobre a fisiologia da mulher no período pré-natal, durante o processo do trabalho de parto e do parto devem ser realizados apenas quando se provam mais seguros e/ou eficientes que a não-intervenção. Um mínimo de intervenção sobre a fisiologia e aos procedimentos centrados na necessidade da parturiente passaram a serem defendidos como fatores importantes para uma assistência de qualidade e respeito à saúde da mulher (Diniz, 2001).

A partir de meados da década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início a publicação de um conjunto de documentos compostos por recomendações direcionadas para a atuação de profissionais na área, começando a oficializar um novo paradigma de assistência à gravidez e ao parto. No ano de 1996, divulgou-se o documento intitulado *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Suas recomendações classificaram rotinas de conduta divididas entre: aquelas claramente úteis e encorajadas; aquelas claramente prejudiciais ou ineficazes que deveriam ser eliminadas; aquelas sem evidência suficiente e que deveriam ser cuidadosamente aplicadas; e aquelas freqüentemente utilizadas de maneira inapropriada provocando mais prejuízos que benefícios. Atualmente, o documento denominado *World Health Day: Safe Motherhood* (WHO, 1998) retoma os trabalhos publicados anteriormente pela organização e coloca a Iniciativa Maternidade Segura<sup>3</sup> em uma perspectiva de direitos humanos das mulheres<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Archibald L. Cochrane (1909-1988) foi um epidemiologista clínico britânico pioneiro no estudo, com grande grupo de pesquisadores, na revisão sistemática de estudos sobre a prática de assistência perinatal. Escreveu em 1972 seu influente livro *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* em que focava a necessidade de alocar equitativa e eficientemente os limitados recursos para a saúde, sempre considerando estudos avaliativos bem conduzidos.

<sup>3</sup> A Iniciativa Maternidade Segura é uma campanha mundial liderada pela OMS que busca combater a mortalidade materna relacionada à gravidez ou ao parto.

<sup>4</sup> Essa noção de direitos na assistência se desencadeia principalmente após a Carta de Fortaleza de 1985, que passa a antecipar as definições sobre direitos reprodutivos nos programas e conferências da década seguinte. Essa noção de direito problematiza a questão da violência de gênero nas instituições de saúde durante o período gravídico a que a mulher muitas vezes é vítima. (Diniz, 2001).

O conceito da humanização do parto entra dentro dessa tendência de recomendações com relação à assistência segura e baseada em evidências científicas ao parto e eventos correlacionados. Além de centrar-se nessas evidências, o parto humanizado caracteriza-se por decisão bem informada das ações de saúde, remodelando as relações médico-paciente, pois frisa a importância da decisão compartilhada ao invés daquela unilateralmente decidida pelo profissional e pela instituição.

De acordo com Wagner (2001), a humanização do parto significa compreender que a mulher grávida é um ser humano, não uma máquina ou apenas uma fábrica de bebês. Significa colocá-la no centro e em controle, de modo que ela, não os médicos ou qualquer outro profissional, tome as decisões sobre o seu parto.

Davis-Floyd (2001) sintetizou o conceito de humanização do parto de forma a organizar seus principais aspectos e também demonstrou as dificuldades que o contexto tecnocrático do sistema médico ocidental impõe à implementação desse novo paradigma de assistência ao parto.

Como descreve a autora, existem três paradigmas de atendimento à saúde que influenciam o nascimento de uma criança no mundo contemporâneo, mais particularmente na cultura ocidental: o modelo tecnocrático, o humanístico e o holístico.

O modelo tecnocrático é o que reina supremo na sociedade ocidental atual e orienta-se principalmente na ciência, alta tecnologia, lucro econômico e instituições governadas patriarcalmente, embora seja de fato pouco baseado nas evidências científicas. Atualmente, o modelo médico dominante segue todas essas características e o processo do parto torna-se um evento fundamentalmente guiado pela tecnologia e pela centralização do poder e informações na figura do médico.

De acordo com Davis-Floyd (2001), o humanismo surgiu em reação a essa característica da tecnocracia num esforço de enfermeiras e médicos em trabalhar dentro do sistema para modificá-lo. Pode-se explicitar o modelo humanístico através de seus principais aspectos, dividindo-os como faz a autora:

### **1) Conexão entre o corpo e a mente:**

O enfoque humanista reconhece a influência da mente sobre o corpo e, por isso, utiliza métodos de cura que leve em conta essa conexão em constante comunicação. Portanto, para esse paradigma torna-se impossível tratar sintomas físicos sem direcionar os componentes psicológicos. No parto, essa relação é fundamental e profunda, pois afirma que as emoções sentidas pela mulher no trabalho de parto podem afetar todo o

processo e que problemas durante o mesmo podem ser melhor solucionados através de apoio emocional do que por intervenções tecnológicas.

## **2) O corpo como organismo:**

É fato da vida biológica que o corpo não é uma máquina, mas sim um organismo. A maneira como o corpo é formado acaba influenciando a maneira como ele é tratado pelo sistema de assistência à saúde. Essa forma de conceituação do corpo define um tipo de tratamento baseado na importância do tato, gentileza, emoções e atenção. Esses aspectos possuem significado especial para o atendimento da mulher em trabalho de parto, desde a maneira como ela é tratada até o momento pós-parto em que ela permanece junto com o recém-nascido.

## **3) O paciente como sujeito com que se relaciona:**

No humanismo, as relações entre profissionais da saúde (principalmente os médicos) e seus pacientes não são evitadas, pelo contrário, são reforçadas, numa tentativa do profissional compreender e passar a enxergar o paciente como indivíduo com emoções. Movimentos iniciados na década de 1970 nos EUA e outros países começaram a demandar a presença de maridos e/ou familiares e amigos na sala de parto se assim a parturiente permitisse. Da mesma forma, a permanência dos bebês com as mães após o parto também se tornou alvo de movimentos em favor dos benefícios que esse ato revela para aproximar o contato entre mãe e filho. É reconhecido que a presença de afeto durante a experiência do parto pode ser central não apenas para tornar o processo mais prazeroso, mas também por torná-lo positivo.

## **4) Relacionamento e atenção entre paciente e praticante:**

O princípio básico do relacionamento no humanismo ocorre em seus muitos aspectos: junto à parturiente, à sua família, à sociedade e à sua saúde. Trata-se de uma relação de afeto, atenção e respeito, como todo ser humano deseja ser tratado. Esse paradigma frisa a humanização dos profissionais envolvidos no processo do parto e a relação médico-paciente para ocorrência de resultado satisfatório.

## **5) Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora:**

O modelo humanístico reforça o diagnóstico e a cura tanto de fora para dentro quanto de dentro para fora. Isso significa que a comunicação paciente-médico que ela enfatiza permite que o profissional tenha informações das emoções e debilidades do paciente e as combine com o objetivamente encontrado. A capacidade de saber escutar, portanto, é crucial para obtenção de um mix de dados para o diagnóstico. O médico deve simplesmente encorajar a paciente a expressar o que é mais importante para ela

(praticando sua autonomia), o que eventualmente virá respondido pelo médico após uma combinação de dados pessoais com os dados dos sintomas. A mulher torna-se o centro das preocupações do sistema.

#### **6) Balanço entre as necessidades da instituição e do indivíduo:**

A maioria das instituições são designadas a seguir princípios de implementação tecnocráticos. O humanismo contrabalança o enfoque tecnocrático de métodos alternativos mais simples (como, por exemplo, decorar salas de parto em hospitais de forma que as máquinas do ambiente adquiram aspectos menos pesado e mais disfarçado) com os mais complexos (como fornecimento de espaço físico nas salas de trabalho de parto para as mulheres se locomoverem; realização de massagens etc). É nesse contexto que os profissionais da saúde ganham importância na tentativa de modificar o cenário dos hospitais criando um ambiente de trabalho mais humanístico.

#### **7) Informação, decisões e responsabilidade divididas entre pacientes e praticantes:**

O humanismo permite que os pacientes tenham direito de compreender seus diagnósticos e prognósticos (evitando termos médicos técnicos que as pacientes desconhecem), seus tratamentos propostos e seus riscos e benefícios, assim como as opções de tratamento. A discussão aberta dessas opções permite troca de valores e os médicos acabam respondendo favoravelmente, ou de forma neutra, os desejos dos pacientes a utilizar métodos alternativos ou até mesmo ficar sem tratamento. Além disso, é altamente recomendável que o médico tente interpretar os sintomas e a história que cada paciente apresenta, de forma a dar significado ao seu contexto de vida pessoal, cultural e familiar para poder compreender seu estado de saúde.

#### **8) Ciência e tecnologia balanceados pelo humanismo:**

Os médicos humanistas consideram a ciência como seu guia e se utilizam de instrumentos tecnológicos para a realização de seu trabalho da mesma forma que os seguidores do modelo tecnocrático. A diferença está no modo, tempo e seleção em que tais instrumentos são utilizados no humanismo. Por exemplo, o médico humanista está mais disposto a aguardar e ser mais conservador até o momento de tomar sua decisão de maneira consciente e reconhecidamente segura, está também mais aberto para enfoques do corpo e da mente. Os especialistas estarão inclinados a utilizar a tecnologia a seu dispor, mas enfatizarão o carinho e relacionamento junto com o atendimento.

Atualmente novas tecnologias vêm sendo desenvolvidas para o processo do parto tornar-se mais humano, como mesas portáteis que permitem a ressuscitação de bebês

com problemas ao lado da mãe, sofisticadas cadeiras que permitem a posição elevada para a parturiente na hora do parto e etc, ou seja, toda uma tecnologia baseada na evidência e à disposição dos desejos e opções da paciente. É tarefa dos obstetras, enfermeiras e profissionais do parto (como as parteiras, por exemplo) saber conciliar as decisões médicas baseadas na efetividade da ciência com a permissão e informação da mulher que deseje utilizar esses métodos.

### **9) Foco na prevenção da doença:**

A maior parte dos proponentes do humanismo são também fortes proponentes de iniciativas da saúde pública baseada nas evidências científicas, como focalização na importância da prevenção de doenças e no ambiente público.

Prevenção tem-se limitado à esfera da política pública muito provavelmente pois não se trata de um aspecto da saúde que gera lucros. Seu modelo, portanto, vem sendo guiado por programas sociais que refletem políticas públicas de proteção à saúde comunitária, tratando de políticas que privilegiam trabalhos de longo prazo e em grande escalas, assemelhando-se ao paradigma humanista que, ao mesmo tempo, dá importância à prevenção de doenças individual e da família no longo prazo, promovendo saúde e educando publicamente.

As implicações desse enfoque preventivo no nascimento são enormes, pois podem evitar complicações no momento do parto que geram mortes maternas e da criança.

### **10) Aceitação da morte como resultado:**

A filosofia do modelo humanístico é lidar com a morte de forma que a escolha do paciente quanto à sua forma seja respeitada, assim como a individualidade do paciente.

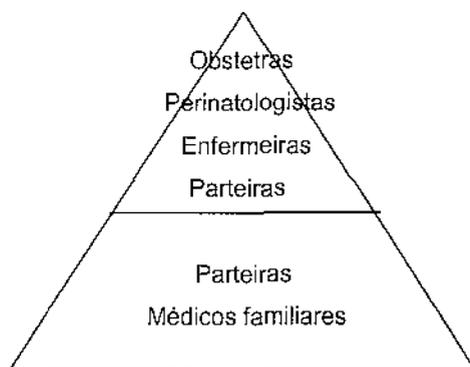
O modelo do parto humanizado permite que a morte do recém-nascido seja um acontecimento que seja respeitosamente compreendido através das atitudes da família. Ou seja, permite-se à família permanecer todo tempo que eles precisem com o bebê, de forma que a dor da morte não seja intensificada com a repentina separação do bebê da família. No modelo tecnocrático a criança recém-nascida que venha a falecer é imediatamente retirada da cena do parto e para longe da parturiente.

De acordo com Page (2001), indivíduos realmente fazem uma diferença tremenda a um parto humano e seguro, no entanto, sem a devida estrutura do sistema médico e acessibilidade a essa estrutura, sua contribuição será restrita. Para o autor a base de um serviço de maternidade efetivo deve ser um forte time de assistência de nível primário, focada na comunidade e tornando-se parte da comunidade da mulher; e deve haver um

mútuo respeito entre os diferentes membros do time, reconhecendo cada espaço e seus papéis, mantendo os serviços de assistência de níveis secundário e terciário às mães e bebês carentes de atendimentos intensivos (Figura 1).

Diniz (2001) esclarece que o termo humanizar vem se expandindo atualmente e ganhando diversos sentidos de acordo com a forma como os atores sociais dele se utilizam. Cada versão do termo acaba instaurando e explicitando um conjunto de relações sociais e de legitimidade.

**Fig. 1:** Assistência de níveis secundário e terciário construídas sobre a ampla base da assistência primária



Fonte: L. Page (2001)

De acordo com a autora, seus conceitos podem ser referidos às suas legitimidades:

- política: reivindicando a defesa dos direitos das mulheres e crianças, sua segurança e assistência não-violenta, assim como o direito das usuárias de conhecer os procedimentos do parto;
- científica: com uma medicina baseada na evidência, respeitando a fisiologia humana e adotando o lema da não-intervenção;
- epidemiológica: adequando a tecnologia à saúde da população resultando em menos agravos maternos e perinatais;
- profissional e corporativa: redimensionando o papel e os poderes na cena do parto, deslocando a função principal do obstetra à enfermeira obstetriz e do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto;

- financeira: racionalizando os recursos e o modelo de assistência, excluindo procedimentos desnecessários e complicados, criando vantagens na relação custo-benefício;
- de participação: elevando a parturiente ao posto de consumidora nas decisões de sua saúde; melhorando sua relação com o médico ou a enfermeira; enfatizando o diálogo; permitindo a presença de pais e doulas no parto e ressaltando a gentileza e boa educação na relação entre instituições e seus consumidores;
- e do acesso ao alívio da dor: incluindo procedimentos às pacientes da rede pública, como por exemplo analgesia de parto.

No entanto, os desafios à implementação na prática desse novo paradigma humanístico encontra obstáculos e desafios, tanto em termos institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, de formação dos recursos humanos, da cultura sexual e reprodutiva, entre outros (Diniz, 2001).

Profissionais do parto, sejam eles médicos, enfermeiras ou parteiras que apenas tenham trabalhado em hospitais não conseguem perceber as conseqüências do método altamente intervencionista dos partos (Wagner, 2001). A OMS (1985) resumiu da seguinte forma a falta de capacidade desses profissionais perceberem o que um parto normal e humanizado significa:

“Através do parto “medicalizado”, i.e., separando a mulher de seu próprio ambiente e cercanda-a de máquinas e pessoas desconhecidas para fazer coisas com ela em um esforço por atendê-la, o estado de mente e corpo da mulher é tão alterado que sua maneira de passar por essa experiência também acaba se alterando, assim como o estado do bebê recém nascido. O resultado é que não se torna mais possível saber como os partos seriam sem todas essas intervenções e alterações. A maioria dos profissionais do parto não sabem mais o que significa um parto “não-medicalizado”. Toda a atual literatura obstétrica e neonatológica atual está baseada em observações de parto “medicalizados” “(OMS,1985).

De acordo com Wagner (2001), o fato do parto medicalizado ser desumanizado se refere ao fato da figura do profissional como o médico estar sempre em controle, excluindo a importância da parturiente no centro do cenário de decisões. Além disso, obstetras freqüentemente clamam o atendimento altamente tecnológicos das maternidades dos países desenvolvidos como um progresso real, embora a evidência científica aponte o contrário.

O modelo tecnocrático ocidental atual, para Davis-Floyd (2001), pode ser resumido em um número de aspectos, da mesma forma que o modelo humanístico:

**Separação entre mente e corpo e o corpo como máquina:** isso permite que a compreensão das coisas se dê fora de seu contexto pessoal e em partes separadas. A reparação de problemas no corpo ocorre de maneira mecânica, estudada à parte. O parto é visto como processo mecânico imperfeito e perigoso da natureza feminina e por isso necessita de reparos e intervenções para que ocorra de forma segura. O hospital tornou-se a fábrica e o corpo da parturiente a máquina de fabricar bebês.

**O paciente como objeto e a alienação das práticas dos profissionais:** tornar o corpo uma máquina e objeto de intervenção médica possibilitou a liberdade da prática tecnológica por parte dos profissionais, libertando-os de qualquer responsabilidade diante do espírito e mente do paciente. Dessa forma, os praticantes da medicina não vêem necessidade de envolver-se com o paciente, objetualizando sua imagem e se recusando a discutir qualquer detalhes do caso com o paciente ou a envolver-se emocionalmente com ele, alienando-o de seu próprio tratamento.

**Diagnóstico e tratamento de fora para dentro:** a função na tecnomedicina é estritamente diagnosticar problemas, curar doenças e reparar disfunções de fora para dentro, caso elas existam. Baseiam-se, portanto, em informações advindas de instrumentos tecnológicos e no caso da saúde gravídica, são muitas vezes perversivos (como por exemplo o uso excessivo de ultra-sons no início da gravidez e os monitoramentos fetais eletrônicos durante o trabalho de parto).

**Organização hierárquica e padronização da assistência:** o sistema médico caracteriza-se por ser sustentado por uma estrutura de poder e hierarquia em que os médicos se destacam, enfatizando principalmente os serviços especializantes da assistência de nível primário e a subordinação das necessidades individuais à padronização das práticas e rotinas institucionais (o parto entra nesse cenário como um evento altamente padronizado nos hospitais modernos, desde a entrada da mulher no hospital até os repetitivos e desnecessários procedimentos realizados com ela).

**Autoridade e responsabilidade inerentes ao praticante, não à paciente:** como consequência da hierarquia do sistema, o modelo outorga autoridade aos médicos, instituições e seus profissionais, excluindo a paciente de suas responsabilidades e abdicando-a de suas preferências pessoais em favor da opção do médico.

**Supervalorização da ciência e tecnologia:** a rápida difusão da tecnologia e sua aceitação está mais relacionada ao seu simbolismo do que sua real eficiência. A

tecnologia que predomina no tratamento médico é aquela que se apoia na máxima da “evolução através da tecnologia”, no qual o progresso significa o desenvolvimento de máquinas cada vez mais sofisticadas. Dessa forma, enquanto a ciência continua a ser supervalorizada como ideologia nesse paradigma, seus descobrimentos são de fato poucos discutidos e analisados.

**Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo e a morte como resultado derrotista:** a cultura ocidental se convenceu de que alterando a natureza fez com que fosse possível manipular seus processos de uma melhor forma, prevenindo-se e controlando seu conteúdo de maneira mais segura. Essa teoria veio acompanhada do ímpeto em ultrapassar, através da tecnologia, as limitações que a natureza nos impõe, com a convicção de que ao alterá-la, a tornaríamos melhor. O resultado acaba sendo a criação de inúmeras intervenções com aplicações desnecessárias e prejudiciais à saúde, sendo a morte o maior retrato da derrota desse sistema, razão pela qual esta torna-se cada vez mais temida por esse modelo quando chega o momento em que não se pode mais detê-la. De acordo com Wagner (2001), o século 20, numa tentativa da conquista da natureza, levou a uma série de atitudes frustradas para melhorar o quadro da evolução biológica e social.

**O lucro como guia do sistema e a intolerância à outras modalidades:** o fato da hegemonia tecnocrática prevalecer no atual sistema médico acaba conceitualizando todos os outros modelos como alternativos a ela. Seu caráter hegemônico acaba trabalhando para assegurar sua lucratividade: as companhias farmacêuticas e médicas são de longe os maiores beneficiados desse sistema. O culto à tecnologia impõe padrões de atendimento altamente apoiados no desenvolvimento de instrumentos, máquinas e processos criados por essas companhias.

As críticas ao modelo humanístico articulada pelos adeptos desse paradigma tecnocrático chegam a basear-se principalmente em dois motivos, de acordo com Diniz(2001). O primeiro é contra a concepção “soft” do termo, em que chega a perder a característica de “prática científica”, induzindo uma compreensão no que se refere apenas a uma melhor relação humana. Conforme Page (2001), no passado chegou-se até mesmo a pensar que a tendência em pensar na humanização do parto era um mais um luxo do que uma necessidade efetiva, ou seja, que a humanização era algo muito diferente da segurança. A segunda crítica ao novo modelo argumenta que a maneira como a humanização é definida acaba criando o desconforto nos profissionais da área da saúde por conceituá-los “desumanos” na assistência. Além disso, há certo sentimento de

xenofobia contra os estudos internacionais que se baseiam na evidência para reafirmar o humanismo e suas práticas.

O perigo começa a surgir quando países em desenvolvimento como o Brasil começam a importar o modelo de atendimento medicalizante caracterizado por intervenções tecnológicas sem o devido acompanhamento e harmonia dos processos biológicos naturais e da assistência à saúde humanizada (Wagner, 2001). Da mesma forma, para Page (2001) é essencial que, ao se trabalhar com parto seguro em regiões em desenvolvimento, não se assuma que o modelo técnico de assistência nas maternidades seja importado, pois muitas vezes são baseados em rituais e não em evidências empíricas que afirmam sua eficácia.

A tecnologia e o desenvolvimento, no entanto, parecem ter chegado ao ponto máximo de avanço nos hospitais e centros de maternidade dos países industrializados, sendo que os efeitos positivos deram início a um processo de reversão, alcançando efeitos mais negativos que benéficos.

Nos últimos 15 anos tem havido uma intensa discussão entre os modelos humanísticos e tecnocráticos de assistência à saúde materna em escala global.<sup>5</sup> Atualmente existem, conforme explicita Wagner (2001), três tipos de assistência a maternidade no mundo: uma altamente medicalizante e tecnológica, centrada no poder do médico, como ocorre em países como Estados Unidos, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e Brasil urbano; outra com enfoque mais humano, autônomo e sem grandes taxas de intervenção, como ocorre em países como Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; por último ocorrendo aquela que é uma mistura dos dois modelos, como encontrado na Grã Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália.

Na Holanda, por exemplo, o parto domiciliar é um procedimento comum, onde qualquer mulher que não apresente sinais de dificuldades durante o pré-natal pode ter seu filho em casa. O parto fora da maternidade, no caso domiciliar, é obviamente uma questão de opção pessoal e sua adoção através de recursos e infra-estrutura adequada apresenta uma boa opção do ponto de vista emocional da família e da parturiente (Davim

---

<sup>5</sup> No cenário mundial, o professor uruguaio Roberto Caldeyro-Barcia (1920-1996) foi um dos mais importantes personagens médicos do movimento de humanização do parto, fazendo profundas críticas à prática obstétrica médica, em especial às posições convencionais de parto. Já no fim da década de 1970 escreveu o clássico "Bases Fisiológicas e Psicológicas del Manejo Humanizado del Parto Normal". No Brasil, já também na década de 1970, o obstetra e professor Galba Araújo deu início a programas de incorporação de parteiras tradicionais e seu conhecimento a uma rede de referência de assistência à gravidez e ao parto. Seus projetos de educação em saúde para a diminuição da mortalidade materna e infantil, e de participação da comunidade nas ações de saúde, foram reconhecidos internacionalmente e reproduzido em muitos países. No Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu iniciativas de incentivo às mudanças no modelo do parto baseado e em homenagem aos estudos do professor (Diniz, 2001).

& Menezes, 2001). Além disso, a Holanda é reconhecida por manter um dos mais efetivos sistemas de treinamento e de serviço das parteiras integrado com o trabalho de enfermeiras, provavelmente pelo fato do papel e responsabilidades dos profissionais naquele país serem mais evidente que em qualquer outro país. Dessa forma, as parteiras possuem atuação independente, freqüentemente atendendo em casa e em hospitais possuindo privilégios como os funcionários médicos em hospitais (Page, 2001). Mais atualmente países como Nova Zelândia, a Grã Bretanha e o Canadá vêm também modificando seus sistemas de saúde adotando o trabalho das parteiras e suas práticas.

Como reação à realidade e à concepção biológica e social que o parto adquire - em que riscos e danos ao corpo da mulher devem ser defendidos com rotinas manejadas e corretoras através da tecnologia médica - surge o movimento pela humanização do parto no Brasil, com um conjunto de reivindicações. A discussão sobre a humanização é até mesmo considerada uma versão brasileira, ou latino-americana, daquilo que em países de língua inglesa reconhece-se como "gentle birth" ou "natural birth" (Diniz, 2001).<sup>6</sup>

Os questionamentos da classe médica quanto à sua prática são muitas vezes reconhecidos por suas entidades representativas, mas embora tenha havido uma crescente adesão ao termo no Brasil, como acima citado, raramente os profissionais da área questionam sua postura profissional ou o modelo do trabalho em si. Suas justificativas baseiam-se na precariedade das condições de trabalho, na exploração dos convênios e planos de saúde, ao despreparo das pacientes e etc, configurando uma imagem de vítima do profissional diante das circunstâncias (Diniz, 2001).

De acordo com Villar et al (2001) a melhora na saúde materna e perinatal em países em desenvolvimento e a prevenção de complicações relacionadas à gravidez, no entanto, não têm se materializado da forma como deveriam. Ainda existe um hiato entre o conhecimento das evidências e a prática na saúde materna. Por causa desse hiato, a qualidade e extensão do serviço de saúde materna ofertado à população ainda continuam limitadas. Para os autores, há basicamente três áreas em que esses hiatos ocorrem: na implementação das práticas baseadas na evidência; nas estratégias para mudança das práticas e na seleção das prioridades de pesquisa. Todas elas necessitam ser reconhecidas e redirecionadas de acordo com princípios da política pública que

---

<sup>6</sup> Em 1985, acontecia em Fortaleza/CE, no Brasil, a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto, na qual a OMS recomendava pela primeira vez a importância do uso de técnicas de comunicação a serem incluídas no treinamento dos profissionais de saúde para promover a sensível troca de informação entre profissionais, gestantes e familiares; que a equipe responsável pelo nascimento e parto tivesse como objetivo maximizar partos saudáveis, promovendo a saúde perinatal, a relação custo-afetividade e o atendimento às necessidades e aos desejos da comunidade.

defendem somente a promoção de intervenções mostradas efetivas através de pesquisa de evidências, assim como essas evidências também devem ser exigidas para que a adoção segura e eficiente de métodos de assistência baseados em uso de remédios ou não sejam utilizados.

De acordo com Davim & Menezes (2001), “no Brasil, estamos longe de adotar em todo o sistema essas recomendações, pois nosso modelo assistencial de saúde tem negligenciado os benefícios de resguardar o processo de nascimento normal, haja vista que as condições em que se realizam esses nascimentos e partos no país são trágicas. Tudo isso é evidenciado não apenas pela qualidade técnica dispensadas à gestação, ao parto e ao puérpero, porém, por altas taxas de morbidade materna e perinatal, como também pela indiscriminada transformação do nascimento e parto como fenômenos patológico, totalmente medicalizado, não deixando brechas para a realização social da família e da sociedade, enquanto evento existencial e psicológico para o binômio mãe-filho”. Como destaca as autoras, no Brasil, principalmente nas regiões urbanas com maiores condições financeiras, adotou-se o modelo de assistência intervencionista dos EUA, institucionalizando-o e adaptando-o cada vez mais com novas tecnologias, apoiando-se com isso no enfoque de risco.

Os desafios, portanto, à adoção generalizada de um modelo humanístico do parto no Brasil ainda são inúmeros. Embora programas e atitudes tenham sido realizados e reconhecidamente atingido importantes resultados, como será visto no próximo capítulo, os problemas e preocupações ainda existentes demandam uma atuação conjunta de todos os atores sociais envolvidos no tema. O capítulo seguinte explicitará o papel de alguns atores, sua importância e os obstáculos que suas funções continuam a enfrentar. Mostrar-se-á a necessidade da atuação conjunta dos atores através da compreensão e efetuação de uma política integrada que seja capaz de modificar o atual da saúde reprodutiva materna no país.

## **CAPÍTULO 2: A importância e funções dos atores sociais na humanização do parto**

Dentro da sistemática da reflexão crítica do parto como evento social e cultural, ou seja, como um acontecimento que vai além do escopo materno e médico e afeta o conjunto da sociedade por seu caráter universal, é importante afirmar que o desenvolvimento de mudanças das práticas a favor de sua humanização deve envolver a atuação de um amplo e heterogêneo conjunto de atores sociais na realização do evento e na implementação de suas diretrizes.

Como definição de atores sociais identificamos, de acordo com alguns autores, o papel de sujeitos pertencentes tanto a setores não-governamentais quanto a governamentais, como médicos; enfermeiras (obstetizes ou não); administradores de serviços públicos e privados; parteiras; órgãos internacionais; o governo; formuladores de políticas; usuárias dos serviços privados e públicos e suas famílias; seguros e planos de saúde; hospitais e até mesmo ONG's.

Ao longo deste capítulo, tomar-se-á como foco a atuação, contribuição e importância de alguns desses atores sociais no cenário do parto e seus esforços pela humanização do mesmo. Estuda-se a maneira como suas atuais e eventuais atitudes se inserem na discussão sobre a assistência à saúde materna; a contribuição que cada ator pode oferecer para diminuir o quadro de afastamento entre as evidências e as práticas no parto; e as dificuldades que encontram ao enfrentar a complexidade das mudanças no cenário.

Cabe lembrar que se reconhece não haver um certo consenso geral por parte dos atores sociais envolvidos quanto à uma única definição sobre o sentido do termo "humanização", o que acaba por tornar a discussão do parto e as sugestões relacionadas ao tema muito mais complexas, e envolvendo variados pontos de vista.

### **2.1. Parturiente / parceiros ou acompanhante**

De acordo com um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) - Making Pregnancy Safer, 2000 -, a cada ano cerca de 210 milhões de mulheres engravidam no mundo. Entre 130 milhões de bebês que nascem, algo como 10% ou 15% requer atendimento rápido e intervenção profissional para a mulher poder sobreviver ao parto sem seqüelas permanentes. Estima-se que em 1995 cerca de mais de meio milhão de

mulheres no mundo morreram de complicações durante a gravidez, parto ou período pós-parto.<sup>7</sup>

Nos países em desenvolvimento, as complicações durante o parto ou gravidez estão entre as principais causas de morte e problemas entre mulheres em idade reprodutiva. Estima-se, de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a OMS, que cerca de 515 mil mulheres no mundo morrem a cada ano dessas complicações, a maioria em países em desenvolvimento. Ademais, pelo menos 15 milhões sofrem agressões, infecções e/ou seqüelas, ou seja, algum tipo de dano durante a gravidez ou parto (<http://www.childinfo.org/eddb/maternal.htm>, acessado em setembro de 2003).

Para Davim & Menezes (2001) a gravidez é um processo natural e envolve aspectos tanto biológicos quanto psicológicos e sociais, durante o qual o corpo e a vida emocional da grávida sofrem grandes transformações e adaptações que influenciarão o seu nível de ansiedade. Daí o caráter psicossomático que o nascimento adquire, pois o comportamento da gestante ou parturiente dependerá da evolução do parto, de sua informação sobre o evento, de sua história pessoal, contexto socio-econômico, personalidade e até mesmo simbolismo.

De acordo com Page (2001), o momento do parto é essencial na vida da mulher e de toda a família, por isso a importância de um serviço perinatal de boa qualidade, que suporte a criação de laços de carinho e amor entre a mãe e o bebê. Um bom atendimento e um apoio social positivo propulsionam o bem-estar emocional e a saúde física da parturiente, evitando depressões pós-parto. A falta dessas atenções pode causar péssimas impressões e experiências para as mulheres, carregando com si traumas psicológicos irreparáveis.

O atual modelo tecnocrático de atendimento à parturiente, como visto no capítulo anterior, desconsidera o papel e decisões da mulher no momento do parto, marginalizando-as do devido conhecimento das informações e possíveis alternativas que envolvam sua saúde e melhor compreensão do evento em sua vida. Sendo assim, a parturiente muitas vezes chega a ser desconsiderada de suas opções e desejos e até mesmo maltratada em ambientes hospitalares pelos profissionais de saúde, que, por

---

<sup>7</sup> Adicionalmente, estima-se que cerca de 7,1 milhões de crianças morrem a cada ano, sendo que mais da metade ocorre durante o período neonatal, muitas vezes como resultado de doenças maternas, falta de higiene e atendimento precário, má administração do parto e falta de atendimento essencial ao recém-nascido.

serem maiores conhecedores técnico da situação, se julgam descabidos de prover as pacientes de informações que digam respeito ao que seja melhor para elas.

De acordo com Wagner (2001), a propaganda assustadora de muitos profissionais da saúde sobre os perigos e dores do parto influencia as mulheres a abdicarem da sua liberdade de opção quanto à melhor maneira de passar pelo nascimento, entregando às instituições a sua “segurança” .

Em países como o Brasil, a tendência à objetualização do corpo da mulher e o preconceito social à sua figura materna são fatores externos que também influenciam na assistência médica que ela recebe. Muitas vezes as mulheres são humilhadas e ameaçadas na interação com profissionais.

De acordo com Diniz (2001), há vários estudos que relatam com freqüência a queixa relativa às violações da dignidade da mulher e à humilhação sexual a que estão submetidas no ambiente de assistência à sua saúde. Ademais, observa-se a freqüente violação de direitos humanos e reprodutivos das mulheres, sendo que a própria formação dos profissionais da saúde considera esses acontecimentos procedimentos “normais” de assistência, nem chegando a considerá-los agressões.

Quando a mulher aceita ser atendida por profissionais altamente especializados que perpetuam a medicalização do parto e atuam de forma seletiva com as informações, ela abdica-se do seu papel de conduzidora do evento e do seu próprio corpo (Wagner, 2001).

Embora seja um evento que ocorra necessariamente no corpo feminino, o parto é também um evento que envolve a figura masculina, tanto para os envolvidos na cena de assistência - possuindo significados sociais, como afirma Diniz (2001) - como aqueles presentes apenas como acompanhantes da parturiente para lhe oferecer apoio familiar.

É por esses motivos que se torna imperativo que as mulheres se envolvam no processo de planejamento e monitoramento dos serviços de maternidade, discutindo também problemas com os profissionais da saúde, para assegurar que os objetivos estejam de acordo com suas necessidades e comodidades (Page, 2001).

A Organização Mundial da Saúde reconhece a importância da existência de um plano individual feito pela mulher e de um “plano de parto” feito entre ela e o serviço médico, possibilitando o planejamento dos procedimentos eletivos do parto e a melhor maneira de realizá-lo de acordo com as vontades femininas. Diante das repercussões graves contra a saúde e segurança da mulher no momento no parto e internação, a OMS

vêm propondo o marco dos direitos humanos das mulheres como fundamental para a conquista da maternidade segura (WHO, 1998).

Há estudos que até mesmo comprovam que quando a mulher está informada sobre suas possibilidades de escolha no parto, o evento tem mais chances de ocorrer de forma saudável e com satisfação por parte da mulher. Da mesma forma, o tipo de relacionamento que ela apresenta com os profissionais interfere na sua impressão do evento e bem-estar ao se sentir mais bem atendida (Diniz, 2001).

O modelo humanizado de parto, acima de tudo, privilegia a necessidade da mulher, estando no centro do evento do parto, ser o principal ator na assistência. Ela deve ser capaz de sentir-se em controle da situação e dos acontecimentos, sendo possibilitada de tomar as decisões que melhor convenham à sua comodidade e saúde, assim como à do bebê a que "dará a luz". Quando envolvidas de maneira direta nas decisões sobre sua assistência e quando se relacionam de maneira positiva com os profissionais da saúde, é muito provável que se sintam mais confiantes nas suas habilidades como mães. É crucial, portanto, que a mulher encontre um relacionamento de confiança no ambiente de assistência e pela pessoa encarregada de seus cuidados (Page, 2001).

"Estabelecer um *vínculo* demanda entrega pessoal. Dos dois lados. O profissional, abrindo mão de seu papel de inacessível dono do saber, a mulher, abandonando seu lugar de incapaz, poderão encontrar-se numa *relação humana* em que conhecimento, desconhecimento, medos e desejos estarão inseridos na relação e somente assim farão sentido. Ao mesmo tempo em que a mulher assume sua parte do saber, assumirá também sua parte de responsabilidade. O médico, renunciando ao controle sobre o evento, investirá na mulher e num processo fisiológico *natural* do parto de crédito e valor. Como num *passo dobre* ela segue, ele lidera, para depois ela liderar e ele seguir..." (Adriana Tanese Nogueira, [www.amigasdoaparto.com.br](http://www.amigasdoaparto.com.br), AMIGAS DO PARTO, acessado em outubro de 2003) Título do texto: "Nós e eles: a relação com o médico".

No Brasil, na década de 1970, surgiu o movimento de mulheres, cujo principal objetivo era questionar a maternidade obrigatória. Ainda no fim dessa década, passou a haver uma atuação do movimento com relação ao combate das condições de opressão da maternidade. Finalmente na década de 1980, uma das novas frentes do movimento se torna a assistência ao parto, produzindo material educativo e propondo políticas públicas

a favor da humanização do parto, sempre criticando as circunstâncias de violência e constrangimento da assistência à mulher no momento do nascimento (Diniz, 2001).

Através desse modelo humanizado, preza-se também a realização do parto em instituições que apresentem um ambiente familiar para a mulher, de preferência com a presença de um acompanhante, onde a parturiente tenha o direito de escolher até mesmo a posição de realização do seu parto. Ademais, ela deve ser acompanhada por pessoal devidamente humanizado que privilegie seu bem-estar e evite utilizar métodos intervencionistas em situações desnecessárias (Davim & Menezes, 2001).

Diniz (2001) e Davim & Menezes (2001) esclarecem a importância da presença paterna no momento do nascimento. Para o homem, o parto também constitui um momento de grande emoção e sua presença é extremamente reconfortante para a mulher, além de oferecer a ele a primeira aproximação direta com o filho sem intermediação da mulher. O pai torna-se atuante do evento, dando-lhe um caráter até mesmo mais natural e seguro para a companheira, além de ser um momento de felicidade para aqueles que optam por participar. Ademais, há certas evidências que indicam maior economia dos serviços associada à presença de um acompanhante (como menor uso dos insumos e procedimentos, e diminuição da carga sobre os profissionais)

Em reportagem publicada no website da Revista "Isto é" em janeiro de 2002, destaca-se a satisfação paterna ao participar de um período tão único na vida da mulher e da família, estando presente desde as etapas pré-natais até o parto em si. Chama-se atenção para o número crescente de clínicas e consultórios particulares brasileiros em que os pais comparecem no momento do nascimento. Através do depoimento dos próprios pais, nota-se que a experiência é emocionante e enriquecedora. Uma situação que se inverteu muito, para esses pais, se comparado há 30 anos atrás no Brasil.

A presença do pai da sala de parto, no entanto, ainda é um evento restrito, muitas vezes desconhecido por parte da família da parturiente como opção e até mesmo proibido em várias instituições. Alegando despreparo dos companheiros e dificultamento de um trabalho bem realizado com a presença deles em cena, os profissionais muitas vezes barram sua entrada ou os tratam de maneira hostil.

Existe uma lei no Estado de São Paulo de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia (PT-SP) – lei no. 10.241/99 – que assegura, nos hospitais públicos do estado, a presença do pai pode ocorrer no momento do nascimento. Muitos hospitais, entretanto, ainda a desconhecem ou não a cumprem.

Atualmente, diversos atores sociais, como o movimento internacional de mulheres pelos direitos humanos ou mesmo agências como a OMS, têm proposto mudanças na assistência, relacionando a questão com os direitos da paciente e seus direitos reprodutivos e humanos (Diniz, 2001).

Assim, a solução para tentar alcançar um parto mais humano e saudável passa pela contribuição da educação e compreensão das mulheres grávidas quanto aos seus direitos, os riscos e os procedimentos do parto e contra os interesses perpetuantes do sistema (Wagner, 2001). Com o reconhecimento do papel da mulher no momento do parto através de um papel ativo e demandante, o nascimento caminha para se tornar uma experiência mais prazerosa, saudável e menos traumática para as mães, repercutindo em toda a sociedade.

## 2.2 Médicos(as) obstetras / enfermeiros(as)

Em reconhecimento à importância do profissional qualificado da saúde na assistência ao parto, a humanização do mesmo foca a necessidade daquilo que integra-se com o papel da mulher no cenário do parto: uma relação médico-paciente positiva e que ocorra de forma a permitir a soma de suas ações, não a sobreposição do médico à paciente no momento do parto.

Na prática, tanto no Brasil quanto no mundo, o modelo medicalizado de assistência ao parto sistematiza a realização de procedimentos de forma unilateral e a presença do hiato entre as evidências científicas e a prática clínica.

É dessa maneira que Diniz (2001) argumenta ser necessário buscar “compreender como, se e em que circunstâncias os fatores extra-técnicos – como os culturais, institucionais, corporativos, financeiros, do espaço físico etc. – influenciam na adoção e adesão de novas propostas e rotinas de assistência ao parto por parte desses profissionais”.

Não raramente, durante o processo de aprendizagem da Medicina o estudante aprende a dissociar seus sentimentos da prática profissional. Isso contribui enormemente para o abandono por parte do médico de suas emoções e experiências prévias durante a assistência ao paciente, muitas vezes dificultando a compreensão dos seus sentimentos (Camey et al, 1996).

Ademais, as táticas médicas muitas vezes motivam a insegurança e medo nas pacientes com relação ao parto, justificando-se pela necessidade de esses profissionais quererem proteger seu território e *status* na assistência materna contra métodos alternativos (Wagner, 2001).

Não raramente o modelo de formação medicalizado em que o profissional estuda e posteriormente se insere para trabalhar caracteriza-se pelo estreito relacionamento desses profissionais com as indústrias farmacêuticas.

De acordo com artigo publicado por Moynihan (2003) na *British Medical Journal*, estudos de vários países no mundo mostram que cerca de 80-95% dos médicos regularmente se relacionam com representantes de empresas farmacêuticas, apesar das evidências de que as informações que esses representantes apresentam aos profissionais da saúde são supervalorizadas. Anualmente, médicos de vários países, e aqui o Brasil se inclui, recebem presentes de farmacêuticas. Evidências mostram que essa estreita correlação entre esses atores influencia o comportamento dos médicos, e pode apresentar conseqüências negativas e possuir interesses a favor dessas companhias.<sup>8</sup>

De acordo com Wager (2003), os países que não possuem regulamentações ou códigos nacionais que guiem a conduta das farmacêuticas no setor médico podem contar com dois principais guias internacionais: o *Criteria for Medical Drug Promotion* da Organização Mundial da Saúde e o *Code of Pharmaceutical Marketing Practice* da International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations. De maneira geral, a maioria dos guias nacionais com relação à conduta das empresas e dos profissionais da medicina são ainda recentes e muitos outros ainda estão sendo desenvolvidos.

No que diz respeito ao atendimento na cena do parto, a necessidade de abranger o horizonte profissional e ético referente aos cuidados à maternidade não é um problema recente. Enquanto os profissionais especializados da assistência primária continuarem a se responsabilizar pela prática do parto de maneira altamente intervencionista, medicalizante e individualista, a evidência indica que a humanização do parto será prejudicada (Wagner, 2001).

É dessa forma que, na busca pela humanização, torna-se de grande importância a reorganização da atuação dos profissionais na cena do nascimento, com os mesmos

---

<sup>8</sup> Vários pesquisadores universitários nos Estados Unidos, favoráveis a uma maior dissociação entre médicos e empresas farmacêuticas que propiciam conflitos de interesses, estão convencidos que o estreito relacionamento dos profissionais da medicina com essas companhias tem sido responsável em parte pelo

sujeitos em novos papéis ou até mesmo com a presença de novos sujeitos. Isso certamente não ocorre sem contradições e freqüentemente interfere de maneira complexa no ambiente de trabalho. Surge, por exemplo, o receio do questionamento do papel do obstetra inserido nessa proposta de humanização (Diniz, 2001).

A OMS reconhece os(as) enfermeiros(as) obstétricas como (os)as profissionais mais apropriados(as) para o acompanhamento ao parto vaginal sem intervenções desnecessárias ou complicações. Sato & Brito (2002) lembram que a humanização do parto começa pelo atendimento pré-natal através de consultas aos postos de saúde, hospitais e etc, locais onde os enfermeiros são responsáveis por orientar sobre o parto em todos seus períodos, pré, durante e pós-gestacional. A assistência que eles apresentam é mais completa, atenciosa e contínua, uma vez que permanecem o tempo todo nos hospitais e maternidades, ao contrário dos médicos obstetras.

Como relata Diniz (2001) “nos últimos anos, os(as) enfermeiros(as) brasileiros(as) têm se mobilizado para transformar seu papel subalterno na obstetrícia e retomar o antigo protagonismo na assistência aos partos normais”. Isso levou a organização de associações como a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas. Muito recentemente, no fim da década de 1990, o Ministério da Saúde reconheceu esse novo papel, passando a remunerar o parto feito por enfermeiro(a) obstetritz.

Em artigo publicado atualmente por Sato & Brito no website [www.brasilmedicina.com.br](http://www.brasilmedicina.com.br) em novembro de 2002, outro exemplo reflete a importância e seriedade na busca da atuação desses profissionais da saúde: naquele mês o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná conseguiu uma liminar na justiça garantindo o livre exercício das atividades dos(as) enfermeiros(as) obstettrizes.

As dificuldades que esses enfermeiros(as) encontram no seu ambiente de trabalho, no entanto, ainda são muitas. Freqüentemente não possuem seu valor reconhecido pelas equipes médicas, são hostilizado(as) no ambiente de serviço, possuem condições de trabalho ruins e até mesmo chegam a desvirtuar-se algumas vezes, na prática, das condutas que tornam o parto humanizado, realizando procedimentos condenados pela OMS (Diniz, 2001).

Mesmo com a existência de alguns problemas como esses, a importância do papel do enfermeiro obstetra não deve ser menosprezada. Ao contrário, deve ser cada vez mais incentivada e, sempre que possível e necessário, eles precisam ter seus

---

aumento nos custos e em parte por impossibilitar que as tentativas de controle desses custos ocorra (Moynihan, 2003).

conceitos e práticas de trabalho reciclados através de constante aprendizado, possibilitando que as evidências sempre estejam associadas com a prática. O mesmo vale para os médicos.

De acordo com Davim & Menezes (2001), “é imprescindível que os profissionais de enfermagem reflitam sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, sobre as condições mais humanas e seguras para o nascimento de uma criança, analisando a forma de atendimento que é oferecida à mulher nos serviços de saúde”.

O principal objetivo em manter uma contínua “reciclagem” educacional médica na vida profissional do médico é manter e melhorar sua performance clínica. Isso têm se tornado um acontecimento de grande importância para governos, pacientes e para os próprios profissionais da saúde (Cantillon & Jones, 1999).

De acordo com Villar et al (2001), duas existem duas estratégias para influenciar a prática baseada na evidência: a contínua educação médica e a literatura médica impressa na forma de revistas ou publicações científicas. Os autores lembram que médicos precisam de informações para atualizarem sua prática médica, mas com frequência os manuais e livros médicos ficam logo desatualizados ou os artigos e publicações em revistas especializadas atingem número muito extenso para serem seguidos pelos profissionais. Como resultado, o conhecimento e performance dos profissionais ficam comprometidos e o surgimento de novas descobertas e práticas passam despercebido. Daí a importância que os autores relegam à atuação de agências internacionais e organizações profissionais, capazes de prover informação atualizada, revisada e sumarizada, de forma a permitir constante “reciclagem” informacional e educacional aos profissionais da saúde.

Cantillon & Jones (1999) relembram que há estudos que descrevem que muitos dos fatores que contribuem para uma mudança no comportamento médico podem ser explicados por motivos educacionais, pessoais, baseados em seus pacientes, e econômicos. Ademais, como relata estudo de Page et al (2003), publicações em jornais e revista de pesquisas locais são mais prováveis de mudar a prática médica em países em desenvolvimento, já que a conduta de pesquisas altamente qualificadas em âmbito local apresenta maior efetividade ao colocar na prática o que foi descoberto e recebem maior credibilidade por parte dos médicos por referirem-se a um ambiente mais próximo à sua realidade. Dessa forma, os autores sugerem que pesquisas locais deveriam ser mais encorajadas através da educação e da colaboração governamental, divulgando suas evidências de forma a guiar uma justificada prática médica.

Os desafios que envolvem mudanças no ambiente profissional e as posturas dos profissionais em torno do parto, portanto, não são fáceis de serem atingidas. Infelizmente, aplicar na prática médica aquilo encontrado em pesquisas não é fácil. Alguns profissionais da saúde ainda se confrontam freqüentemente com a literatura médica que se renova constantemente. A razão para isso ocorrer envolve fatores éticos, educacionais, econômicos e principalmente sociais, pois o receio da perda de *status* e de poder na cena do nascimento atormenta muitos médicos. Em muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, permite-se a propriedade por parte de médicos de equipamentos em instalações hospitalares; isso muito comumente cria conflitos de interesse que provavelmente refletem o excessivo número de testes de diagnósticos (Garner et al, 1998).

As primeiras medidas, no entanto, já foram tomadas, ou seja, vem havendo discussões em âmbito regionais, locais e nacionais (através de seminários, congressos e encontros) envolvendo o papel desses atores no nascimento.

No Brasil, muito ainda necessita ser feito para que essa discussão transcenda o campo teórico e atinja a prática. Mesmo com a atuação de alguns médicos e enfermeiros empenhados no esforço para possibilitar a humanização do parto, a prática permite observar que as mudanças ainda ocorrem de forma dispersa e que o modelo formador dos profissionais ainda caracteriza-se por ser conservador e medicalizante.

### 2.3. Parteiras

De acordo com dados da OMS, metade dos partos realizados nos países em desenvolvimento são atendidos por mulheres (na maioria das vezes) sem treinamento profissional algum, denominadas parteiras. Kamal (1998) comenta que no mundo cerca de 2/3 dos partos são realizados por essas parteiras tradicionais. Ademais, se considerarmos as parteiras treinadas entre os profissionais qualificados, cerca de 63% dos partos no mundo são atendidos por esses profissionais (ou seja, médicos(as), enfermeiros(as) ou parteiras treinadas). Os dados para o Brasil, de acordo com a OMS e a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) em 2002, alcançaram o valor de 97% dos partos sendo atendidos por esses profissionais da saúde qualificados.

Em muitos países do primeiro mundo, a prática das parteiras treinadas vem sendo resgatada como uma importante profissão contribuidora para a humanização do parto e

provedora de cuidados da mulher gestante. Dessa forma, sua prática vem recebendo atenção dos formuladores de política e sendo regulamentada como profissão qualificada e separada (Page, 2001). Muito frequentemente, nos países fora da América do Norte, as parteiras promovem atendimento em nível primário à saúde materna, enquanto os obstetras se encarregam de oferecer assistência materna em nível terciário nos hospitais (Wagner, 1998).

Em países como Holanda e Nova Zelândia essas profissionais possuem independência no exercício da prática e são reembolsadas por seguros ou pelo sistema nacional de saúde. Já em alguns países do oeste europeu, a formação das parteiras tem alcançado nível universitário; em outros, sua prática é integrada com o trabalho de enfermeiros(as). No Canadá, mais recentemente, tem-se regulado a prática das parteiras e elas agora também são independentes, podendo atender as parturientes e/ou gestantes em casa ou no hospital. Os Estados Unidos, por apresentar um modelo de assistência à saúde diferente e mais medicalizado, só recentemente vêm expandindo o movimento à favor da prática das parteiras, num gesto ainda muito modesto. O mesmo ocorre no Japão, ainda muito conservador com relação aos programas para parteiras (Page, 2001; Wagner, 1998).

Nem tão distante assim, podemos tomar o exemplo bem sucedido de um conterrâneo da América do Sul, o Chile. Nesse país, desde as décadas de 40 e 50 as parteiras profissionais recebem reconhecimento oficial por causa de sua importância como provedora de cuidados à saúde materna e infantil. Levando em conta, na época, as preocupantes taxas de mortalidade materna e infantil, o governo chileno achou importante implementar ações de educação, divulgação de informações sobre a gravidez e parto e reversão da pobreza das mães e crianças através do trabalho das parteiras. Ao longo das décadas, políticas de planejamento familiar foram sendo introduzidas no país e as parteiras, mais uma vez, tiveram grande reconhecimento por parte governamental e com atuação em atividades de regulação da fecundidade. Em suma, o papel dessas profissionais no Chile sempre foi de suma colaboração histórica na prevenção e promoção de saúde materna e infantil, expressa através de sua hábil qualidade de se adaptar rapidamente às novas políticas de saúde nacionais (Segovia et al, 2001).

Curiosamente, no entanto, a regra nos países em desenvolvimento têm sido estabelecer seu sistema de assistência à saúde da mulher baseado em profissionais altamente qualificados, no qual a parteira treinada muitas vezes é marginalizada ou desconsiderada na assistência (Segovia, 1998). Isso reflete a atuação medicalizante do

parto em países do primeiro mundo que muitas vezes exportam seu modelo a países em desenvolvimento, quando estes justamente deveriam estar incentivando o papel humano que as parteiras possuem, pois possibilitam a maior naturalização do evento e sua menor intervenção.

A presença de parteiras não treinadas em países em desenvolvimento ainda é muito freqüente, o que pode tornar perigoso a prática de seus serviços. A prática dessas mulheres no parto remonta a séculos de existência. De acordo com Page (2001), cerca de 53% das mulheres que “dão a luz” nos países em desenvolvimento passam pelo parto tendo sido atendidas por pessoas sem a qualificação devida. É por esse motivo que o treinamento das parteiras torna-se imperativo.

Não há razão pelo qual a parteira bem treinada seja excluída ou não seja capaz de oferecer serviços de assistência pré-natal ou a no parto da mulher em países em desenvolvimento (Segovia, 1998). Ao contrário, sua prática oferece uma série de benefícios à saúde feminina e ao próprio sistema, onde profissionais altamente qualificados, como os médicos, muitas vezes não oferecem.

Existem vários estudos que relatam as vantagens e importância do papel da parteira na cena do parto, contribuindo para o evento tornando-o mais saudável, humanizado e confortante psicologicamente para a parturiente. Autores como Carvalho et al (1998), Kamal (1998), Segovia (1998) e Wagner (1998) possibilitam a compreensão dos benefícios e importância da prática das parteiras treinadas. Abaixo, pode-se encontrar alguns sub-itens que permitem melhor essa compreensão de acordo com argumentos desses autores:

1) As parteiras treinadas são uma boa opção para aqueles países em busca de atendimento básicos à saúde da mulher em locais distantes e carentes, uma vez que profissionais altamente qualificados (como obstetras) preferem trabalhar em centros urbanos, ao menos que um certo período de trabalho obrigatório em zonas rurais seja necessário.

2) As parteiras fazem parte diretamente da comunidade, por isso muitas vezes se tornam mais íntimas da situação das mulheres e confidentes de seus problemas e desejos. Muitas vezes, apoiam as mulheres e a família de maneira a sentirem-se mais capazes e confidentes para passarem pelo nascimento do filho(a), destacando a importância da satisfação dos envolvidos. Ademais, o hiato existente entre o *status* econômico e social de profissionais da saúde altamente qualificados e a população mais simples e pobre de regiões distantes e/ou pobres muitas vezes intimidam as mulheres.

Dessa forma, a parteira torna-se mais cultural e socialmente aceita pelas gestantes e comunidade.

3) A disponibilidade financeira das famílias e/ou da gestante muitas vezes, nos países em desenvolvimento, é um importante fator que contribui para opção de parteiras na realização do parto. As parteiras cobram menos pelo seu trabalho e, em algumas ocasiões, como por ação voluntária, não cobram nada. Ademais, muitas vezes atendem em casa, o que contribui para aquelas mulheres que não conseguem ter acesso a transporte ou comunicação até os centros hospitalares.

4) Além de cuidados durante o parto, as parteiras especializadas são poderosas educadoras de saúde reprodutiva, planejamento familiar e sobre comportamento durante o período gestacional, dando atenção e acompanhando a mulher durante todo o período de gravidez, até mesmo ajudando-a diretamente nos cuidados da casa e da família. Além disso, asseguram continuidade na assistência à paciente depois do parto e garantem respostas às dúvidas da parturiente e da família.

5) As parteiras treinadas são uma ótima opção no atendimento de nível primário à saúde, pois reconhecidamente utilizam métodos menos intervencionistas (ajudando, por exemplo, na redução ou controle de cirurgias cesáreas desnecessárias) e são muitas vezes tão seguras quanto os médicos (ou até mesmo mais seguras) nos métodos de sua prática. Além disso, seu trabalho faz sentido do ponto de vista da política de saúde, já que o treinamento dessas parteiras é mais curto, barato, conquista maior confiança da paciente e apresenta resultados com a mesma eficiência de médicos altamente especializados para essa função.

6) As parteiras normalmente consideram o parto um evento normal e saudável, enquanto que a medicina o trata muitas vezes como uma patologia.

7) Muitas parteiras trabalham como voluntárias e freqüentemente se dedicam com muito prazer e companheirismo à sua profissão, agindo de boa fé, com o dom que acreditam ter herdado desde que nasceram e com excesso de carinho no cuidado à mulher e à criança recém-nascida, orgulhosas da função social que representam. Tudo que necessitam é um treinamento que as possibilitem serem mais especializadas e aptas no seu trabalho. De acordo com o próprio depoimento de algumas parteiras publicado no Jornal do Comércio on line de Recife em maio de 1999 ([www2.uol.com.br/JC](http://www2.uol.com.br/JC); acessado em abril de 2003):

"Faço de graça aquilo que recebi de graça [...] Houve uma noite que saí de casa às duas da madrugada, montada numa besta, numa chuva danada, acompanhando o marido da mulher que ia ganhar a criança. Fiz o parto, voltei. Quando me deitei, me chamaram de novo: outro parto. Ela só pariu no outro dia, às seis da manhã. Disse pra mim mesma: vou deixar de ser parteira. Mas não consigo. Quando faço um parto, sinto que aquela criança não é só da mãe, é minha também. Por isso mesmo, vou nessa profissão até o fim". *Dona Josefa Galdina da Silva, 41 anos, parteira em Taquara de Cima, Caruaru, PE.*

"Quando vejo uma criança chorando depois do parto, parece que fui eu que nasci naquele dia. Queria que deus me desse mais 200 anos de idade para cuidar dessas comadres." *Dona Raimunda Maria de Jesus, 53 anos, parteira em Trindade, PE.*

8) As parteiras treinadas sabem reconhecer eventuais riscos do parto, podendo identificar complicações. Por isso estão preparadas para encaminhar as mulheres a um centro hospitalar com médicos especializados, caso algum problema surja durante o parto.

9) O trabalho com parteiras treinadas no parto é reconhecidamente uma prática que possibilita maior economia nos custos médicos e para o sistema de saúde como um todo, pois essas profissionais têm menores salários e atuam com menor intervenção clínica.

10) Finalmente, existem evidências científicas que indicam que há semelhança ou até mesmo melhora nas taxas de mortalidade e morbidade infantis e maternas com a prática das parteiras treinadas pelo mundo quando compara-se os resultados de sua atuação com aqueles de médicos especializados.

De maneira também contribuidora para a humanização do parto, as doulas possuem a função de atuarem de maneira definida e qualificada na assistência à parturiente (não na assistência ao parto), contribuindo, ademais, para seu controle social. De maneira semelhante às parteiras, contribuem para maior humanização da assistência, pois encorajam emocional e socialmente as mulheres, ajudam-nas a se prepararem fisicamente para o nascimento durante o trabalho de parto e acompanham as mulheres até o momento do evento, podendo atendê-las também posteriormente. No Brasil, o

papel da doula vem sendo incorporado de maneira crescente desde a década de 1980<sup>9</sup>, mas ainda está por se definir de maneira mais clara. Existem algumas instituições públicas de saúde que vêm experimentando o trabalho dessas profissionais. Muitas vezes as doulas são voluntárias da comunidade, oriundas de algum movimento popular de saúde (Diniz, 2001).

As parteiras e as doulas, no entanto, ainda enfrentam muito preconceito e hostilidade no meio profissional da saúde. No Canadá e nos EUA, por exemplo, a profissão das parteiras foi praticamente extinta no início do século passado numa exitosa ação de profissionais, como médicos e enfermeiros, desejosos de monopolizar a assistência à saúde. Só recentemente existem vêm existindo movimentos a favor da retomada da prática desses atores sociais nesses países, através tanto de formuladores de política quanto da sociedade e de alguns profissionais da saúde, mas muitos ainda desconhecem a importância das parteiras na sociedade (Wagner, 1998).

Na década de 70, a Organização Mundial da Saúde iniciou um projeto de treinamento e incorporação das parteiras nos sistemas de atendimento à saúde para servir como extensão dos serviços governamentais à saúde materna e infantil. Embora mais de 30 anos tenham se passado, de acordo com Goldman & Gleit (2003), o conhecimento de até que ponto a qualidade e acesso ao serviço nos países pobres foi melhorada por esse treinamento e incorporação é limitado.

Em países como o Brasil, as parteiras profissionais quase desapareceram e seu ressurgimento tem sido apoiado com um dos objetivos de colaborar a informar as mulheres para evitarem o parto cesáreo desnecessário, que vêm apresentando taxas crescentes em setores de saúde como o particular (como será visto no próximo capítulo). Mas vem existindo no país um número de inovações tomadas para melhorar a segurança e a humanização do parto, e a presença da parteira nas maternidades foi reforçada, incluindo medidas como a disseminação do treinamento dessas profissionais de forma constante e crescente (Page, 2001).<sup>10</sup>

De acordo com Mott (1999), o reconhecimento da necessidade de instruir as parteiras e, conseqüentemente, o surgimento de cursos para essas mulheres no Brasil remontam da segunda década do séc. XIX, quando foi, pela primeira vez, ministrado um

---

<sup>9</sup> Em 2001, realizou-se em São Paulo (SP) um encontro nacional, planejado a partir de um encontro de doulas ocorrido em Fortaleza, com o objetivo de discutir o crescente interesse no trabalho dessas pessoas, havendo crescente adesão a essa proposta por parte de serviços e indivíduos.

<sup>10</sup> A Rede Nacional de Parteiras no Brasil estima que exista cerca de 60 mil parteiras em atividade no país. Dentre os cerca de 3 milhões de partos que ocorrem anualmente no país, aproximadamente 450 mil nascimentos acontecem em casa por mãos de parteiras ou enfermeiras, a maioria destreinada.

curso por um profissional médico do século masculino. No entanto, o reconhecimento da necessidade de instrução das parteiras em um ensino regular não foi devidamente discutida pela sociedade ao longo de todo o século XIX.

Atualmente, embora haja grande esforço com relação ao reconhecimento da importância das parteiras e existam cursos de treinamento pelo país (incentivados e realizados através da parceria do governo juntamente com organizações não-governamentais ou organizações internacionais, como a OMS e UNICEF) que as possibilitem atuar de maneira profissional, ainda existe um número de problemas e falhas com relação à integração dessas profissionais com o sistema de atendimento saúde. Frequentemente elas se deparam com a falta de material para trabalho, baixos salários, atuação sem ajuda de médicos, discriminação, falta de proteção contra doenças, falta de transporte até o local de trabalho, problemas com funcionários do local de trabalho, fraca alimentação ou falta de descanso, entre outros (Page, 2001).

Ademais, ainda não há uma postura oficial brasileira que possibilite a legalização e regulação da profissão com independência dentro do sistema de saúde<sup>11</sup>. Da mesma forma, não há nenhum tipo de educação ou treinamento formal em escola de nível universitário no país para as parteiras (Carvalho et al, 1998).

Finalmente, pode-se concluir, portanto, que o trabalho das parteiras de fato contribui para a humanização do parto. Sua capacidade técnica é enriquecida pela ajuda emocional e afetiva às mulheres e, no trabalho integrado com uma equipe médica qualificada, é capaz de oferecer um serviço bastante necessitado pela comunidade, fato que alguns países vêm sabendo reconhecer nas últimas décadas. Formuladores de políticas vêm explorando meios de utilizar e mobilizar de forma crescente os recursos humanos disponíveis na melhor maneira possível a favor da classe desprivilegiada.

A qualidade do seu serviço, no entanto, deve ser constantemente avaliada e melhorada se preciso para que não se torne prejudicial à saúde da mãe e do bebê (Kamal, 1998). É aqui que o governo, a comunidade médica ou educadora, e as organizações não-governamentais podem colaborar de forma ativa e benéfica.

No Brasil, ao contrário de alguns países como Holanda, Nova Zelândia e Chile, pouco reconhecimento vem sido feito por parte de profissionais da saúde e do governo de forma a legalizar a atuação profissional independente dessas profissionais. Embora

---

<sup>11</sup> A regulamentação da profissão é a principal meta da Rede Nacional das Parteiras Tradicionais. De acordo com Suely Carvalho, coordenadora da Rede, em entrevista publicada na revista eletrônica Nova Economia ([www.novaeconomia.inf.br](http://www.novaeconomia.inf.br)) em nov/2003, apesar de ter havido avanços na sensibilização de profissionais da saúde, ainda existe muito preconceito contra as parteiras.

haja cursos e um crescimento da atenção dada às parteiras nos últimos anos, isso pode ser explicado por organizações não-governamentais, pela comunidade ou por centros alternativos de atendimento à saúde da mulher.

#### 2.4. Hospitais / locais alternativos para o parto

É possível que um dos mais importantes meios de se humanizar o parto seja a criação de alternativas à assistência dentro das instituições, introduzindo novas filosofias e modelos que prezem o bom cuidado e atenção à mulher. A crescente necessidade de introdução dessas formas alternativas passa pelo compromisso social dessas instituições, reconhecendo a sua influência na perpetuação do modelo medicalizado e intervencionista do parto.

A incorporação na prática de procedimentos médicos baseados na evidência científica, a reciclagem dos profissionais e conceitos, o incentivo à uma estrutura físico-espacial favorável à melhor prática de assistência e a constante discussão dos problemas para alcançar constantes melhoras são fatores que, comprovadamente, devem estar presentes na política de atuação de uma instituição de saúde.

A questão, no entanto, torna-se de grande problemática, pois, semelhante à atitude de muitos médicos, as instituições de saúde muitas vezes têm receio de perder papel central no sistema ou até mesmo perder sua identidade. Como consequência, a incorporação de novos modelos pelo aparelho formador tem ocorrido de maneira muito difusa e tímida (Diniz, 2001).

No caso brasileiro, como afirma Diniz (2001), a problemática do tema envolvendo a instituição de atendimento vai além e envolve não apenas o uso abusivo e intensivo em procedimentos não-clinicamente comprovados. No caso nacional, envolve-se a grande carência de leitos hospitalares, dificultando a qualidade da assistência. Ademais, tem sido tratado também no Brasil a freqüente existência de violência institucional contra a mulher.

Muitos hospitais argumentam ser imprescindível a presença da mulher em ambiente hospitalizado para realização do parto, alegando o caráter altamente especializado e preparado da instituição, apto a fornecer segurança à mãe e criança sob qualquer circunstância. A justificativa para esse comportamento não justificado cientificamente pode ter caráter financeiro, uma vez que essas instituições realizam partos medicalizados com altos custos de tecnologia envolvidos e de pagamento

de obstetras, necessitando, com isso, ter que convencer as mulheres e aqueles que controlam os fundos dessas instituições que sua prática do parto é a única segura (Wagner, 2001).

É sob o contexto de questões como essas acima, que o fator local do nascimento entra em discussão na humanização do nascimento.

O parto domiciliar é uma interessante alternativa e muitas vezes significa uma boa opção quando há infra-estrutura adequada e recursos suficientes para ocorrer<sup>12</sup> (Davim & Menezes, 2001). De acordo com um trabalho escrito por Reid (1992) para a *Segunda Conferência Internacional sobre Partos em Domicílio* em Sydney, Austrália, apenas uma pequena quantidade de mulheres necessita de assistência médica e institucional durante o parto. Dessa forma, grande parte dos partos sem indicação de complicações pode ser realizado em casa, desde que profissionais treinados, equipados e preparados (como parteiras, enfermeiras e doulas) estejam disponíveis para acompanhá-lo.

Em países como a Holanda o parto domiciliar é uma freqüente e encorajada opção para a mulher no nascimento. Cerca de 1/3 dos partos holandeses são realizados em casa com a participação de parteiras (Wagner, 1998). Em países como o Brasil, no entanto, além do fator opcional, as razões de ocorrência do parto em casa provavelmente são a falta de recursos econômicos da mulher ou família, ausência de hospital ou distância deste (Davim & Menezes, 2001).

A criação de Casas de Parto e de centros alternativos tem sido outra opção criativa e eficiente para realizar o nascimento. Muito freqüentemente são uma ameaça às instituições hospitalares de caráter medicalizante.

Esses centros e locais alternativos à disposição da mulher muitas vezes lhe propiciam uma assistência mais cuidadosa e confortante desde os primeiros momentos da gravidez. O tipo de atendimento que oferecem é bem diferente dos hospitais. Suas ênfases são a escolha informada e as decisões da mulher, e atuam sempre partindo do pressuposto que o parto é um evento natural e normal, não uma patologia. As mulheres são tratadas a base de procedimentos simples (mas eficazes) e sem medicamentos, o que estimulam a compreensão da gravidez e do parto como eventos que não devem ser associados a sacrifícios.

---

<sup>12</sup> O parto domiciliar no Brasil já é regulamentado pelo governo e o Ministério da Saúde inclui na tabela do SUS o valor de R\$16 reais por parto realizado em casa e notificado ([www.semfronteirasweb.com.br](http://www.semfronteirasweb.com.br)).

No Brasil, através da portaria no. 985 do ano de 2000, o Ministério da Saúde instituiu a criação das Casas de Parto. De acordo com artigo publicado na *Folha de São Paulo* em maio de 2001, há evidências de que as Casas de Parto começam a crescer no Brasil como alternativa aos hospitais. O propósito das Casas de Parto brasileiras é fazer do parto um acontecimento menos traumatizante e o mais natural possível, bem diferente daquele cerimonial de internação hospitalar. De acordo com texto publicado on line por Sepúlveda (2002) no site [www.hospvirt.org.br](http://www.hospvirt.org.br), um serviço pioneiro com as casas de parto foi o do Ceará na década de 1970.

Embora na maioria das vezes as instituições hospitalares sejam o reflexo da falta de humanização no parto, a atitude de alguns hospitais brasileiros (e até mesmo internacionais) à favor da humanização do nascimento não deve, no entanto, ser ignorada.

No Brasil vêm se destacando a atuação de hospitais como a Maternidade do Hospital Geral de Itapeverica da Serra(SP); a Maternidade Darcy Vargas em Joinville(SC); Hospital Pio X de Ceres/GO; Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliadora (Rio Branco, Acre); Hospital universitário Ana Bezerra (Santa Cruz, RN); Maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro (RJ); o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher na Universidade Estadual de Campinas (SP); Hospital Maternidade da Universidade Federal de Santa Catarina, o Hospital Universitário Políodoro Ernani de São Thiago (Florianópolis, SC), entre outros. Todos vêm se empenhando muito à favor do modelo de humanização do parto e, na maioria das vezes, o trabalho realizado é reconhecidamente difícil, mas não impossível de acontecer.

Explorando alguns desses exemplos, a Maternidade do Hospital Geral de Itapeverica da Serra (SP) é referência no parto e nascimento humanizado e, apenas com um ano e meio de funcionamento para o público estadual, ganhou o prêmio Galba de Araújo do Ministério da Saúde por ser o melhor modelo de atendimento na região Sudeste em 2000 (Jornal da Sogesp on line, 2000). Já o Hospital Maternidade da Universidade Federal de Santa Catarina além das atividades realizadas dentro do ambiente institucional, realiza iniciativas e projetos na comunidade, com o propósito de envolver as famílias no processo do nascimento e responder às necessidades reais dos pacientes para desenvolver novos modelos de atendimento (Santos & Siebert, 2001).

No cenário internacional, temos iniciativas como a realizada na Colômbia pelos doutores Héctor Martínez Gómez e Edgar Rey Sanabria do Hospital San Juan de Dios – Instituto Materno-Infantil de Bogotá em 1979, idealizadores do Programa Mãe-Canguru

que influenciaram a adoção do projeto pela primeira vez no Brasil através do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP)<sup>13</sup>, em 1994. Trata-se de um projeto que proporciona economia de recursos ao diminuir os custos dos cuidados com os pré-maturos e que possibilita a maior aproximação da mãe com a criança, estreitando seus laços emotivos. No Brasil, o Mãe-Canguru vêm sendo aplicado predominantemente em hospitais (Carvalho & Prochnik, 2001).

Assim, o parto humanizado na instituição preconiza a quebra de muitas rotinas instituídas na Obstetrícia. Embora a mudança que esteja ocorrendo no meio institucional deva ser reconhecida por seu caráter alternativo e positivo em âmbito local e nacional, a força da permanência do antigo modelo formador ainda está muito presente na sociedade, tensionando o novo modelo e perpetuando-se pelas instituições (Diniz, 2001).

É por essa razão que mudanças no modelo de atendimentos institucionais requerem trabalho em equipe e muita dedicação. O esforço a favor da humanização deve ser constante e sempre ocorrendo de maneira conjunta com seus profissionais e clientes. Há exemplos no Brasil, como visto acima, que a luta é complicada, mas não impossível.

## 2.5. Organizações não-governamentais

As organizações não-governamentais (ONG's) no Brasil são uma das principais atuantes a favor da humanização do parto. Suas ações envolvem de maneira ativa a comunidade, os envolvidos diretamente no evento do parto, o governo e as próprias mulheres, ou seja, são muitas vezes responsáveis por envolver de forma integrada diversos atores sociais de maneira voluntária e social.

Esse sub-item propõe-se a citar alguns exemplos de ONG's de sucesso no Brasil que contribuíram de forma pioneira ou notória para a humanização do parto no país, assim focando a importância de suas atuações no sistema de saúde nacional.

Em busca de informações e novos conhecimentos sobre o nascimento, um número crescente de mulheres vêm buscando cursos para gestantes no Brasil, alguns deles oferecidos voluntariamente por ONG's, outros com caráter privado. O Grupo Curumim Gestão e Parto (uma ONG de Pernambuco) e as instituições "Gerar Escola de Pais" de São Paulo e o Grupo Koeche são alguns exemplos de locais que possibilitam

---

<sup>13</sup> O Programa Mãe-Canguru consiste na diminuição do tempo de permanência do recém-nascido na incubadora, na colocação do bebê no colo da mãe, na posição canguru (contato pele-a-pele) (Carvalho & Prochnik, 2001)

oferecer apoio e educação à mulheres com relação a qualquer dúvida que apresentem quanto ao parto em si e quanto ao atendimento pré e pós-natal (Folha on Line, maio de 2001; [www.abong.org.br/perfis/curumin.htm](http://www.abong.org.br/perfis/curumin.htm), acessado em set/2003).

De maneira semelhante, mas com caráter pioneiro, a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) foi criada em 17 de outubro de 1993, formada por diversos segmentos dissidentes, entre eles profissionais de saúde (médicos(as), enfermeiros(as) e parteiras); formuladores de políticas; diretores de serviços; grupo de mulheres; pesquisadores; acadêmicos; movimento popular de saúde; centros de práticas alternativas e etc. Pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e executores das políticas de saúde para:

- \* mostrar os riscos à saúde de mães e bebês frente às práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas;

- \* resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;

- \* revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao parto e nascimento;

- \* incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;

- \* aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência a partos e nascimentos.

Estas e outras propostas da ReHuNa são sintonizadas de acordo com as Recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência ao parto normal, de 1985 e 1996 (<http://www.amigasdoparto.com.br/rehuna.html>, acessado em out/2003; Diniz, 2001).

Adicionalmente, existe vários sites na rede eletrônica que possibilitam a compreensão do tema por parte das mulheres gestantes ou de qualquer outro interessado na discussão sobre a humanização do parto. O website "Amigas do Parto" ([www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br)) é um exemplo, onde pode-se encontrar boas referências bibliográfica e indicação de instituições nacionais onde o parto humanizado ocorre e é a filosofia de atendimento.

Com relação às ONG's que possuem projetos na área de treinamento de parteiras, o Grupo Curumim Gestão e Parto de Pernambuco destaca-se pela sua experiência desde 1989 trabalhando também na articulação, organização, incentivo à

autonomia de parteiras e incentivo ao parto domiciliar, entre outros objetivos, na zona rural do PE, no Norte e Nordeste do país. A organização vêm atualmente trabalhando de maneira integrada com o governo e, no ano 2000, recebeu prêmio junto com o Ministério da Saúde pelo programa “Trabalhando com Parceiras Tradicionais” da Escola Nacional de Administração Pública, Ministério do Planejamento e gestão e pelo Instituto Hélio Brandão. O programa foi reconhecido como de caráter inovativo para a gestão pública<sup>14</sup>.

Outro projeto de destaque é o Projeto Midwifery, desenvolvido em Natal/RN desde 1997, através da colaboração da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, do Projeto Pró-Natal e das University of Bristol e University of England da Inglaterra. O projeto segue a linha de assistência humanizada se baseando em novos conceitos e habilidades de atenção à saúde da gestante, parturiente e puérpera, tanto em nível institucional quanto em ações básicas de saúde, incentivando enfermeiros e docentes para a prática humanizada e contribuindo para a redução da mortalidade materna e perinatal no estado (Davim e Menezes, 2001).

O tema da violência e violação dos direitos das mulheres na cena do parto vem sido abordado de forma pioneira em muitos trabalhos do Grupo Ceres de Goiás, fundado em 1981 (Diniz, 2001).

Além do trabalho que vem sido desenvolvido por ONG's como as acima mencionadas, deve-se destacar a importância do acontecimento de eventos como seminários, congressos e encontros como um importante mecanismo de divulgação do tema da humanização e da importância de seus atores. São eventos realizados com o fim de proporcionar maior conscientização e conhecimento dos direitos das mulheres; do papel das parteiras e doulas; das enfermeiras; do tema humanização em si; da importância de exemplos como instituições que aderiram o novo paradigma de assistência de maneira completa ou crescente e etc. Somente para citar alguns, temos no âmbito nacional: Seminário Vitrine da Humanização, 1999; Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 1999; Seminário Parto e Nascimento na Cidade do Rio de Janeiro, 1999; entre muitos outros (Diniz, 2001);

Enfim, de acordo com Diniz (2001), tem-se um amplo leque de reações às propostas de mudanças na assistência, positivas ou até mesmo negativas, por parte de vários setores envolvidos na humanização. Todas essas mudanças trazem um conjunto

---

<sup>14</sup> Além de grupos como o acima mencionado, destaca-se a presença de associações no caso das parteiras responsáveis pela defesa de seus interesses, seu treinamento e possibilitam a união das profissionais. Exemplos: Associação da Parteira Tradicional de Trindade (PE) e Associação de Parteiros tradicionais do Agreste, em Caruaru (PE).

de questionamentos a cada um dos vários organismos ou atores envolvidos, muitas delas ainda nem mesmo respondidas. De qualquer maneira, trata-se de um processo de adaptação em que as organizações não-governamentais vêm tentando se adaptar e aprender, sempre integrando a sociedade e os demais que estejam interessados.

## 2.6. Órgãos e agências internacionais / Governo

Particularmente desde 1985, ano de realização da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto, realizada em Fortaleza(CE) - sob o oferecimento e patrocínio da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) - os cuidados oferecidos à gestante e sua família durante o processo do parto têm sido objeto de ampla discussão no cenário internacional (Santos & Siebert, 2001).

Em 1987 surgiu a Iniciativa Maternidade Segura (Safe Motherhood Initiative) por parte da OMS, UNICEF, FNUAP (Fundo das Nações Unidas para Infância e para Assuntos de População), Banco Mundial e outras organizações com objetivo de preocupar-se com a saúde materna, focando a mortalidade materna como principal alvo da saúde pública internacional. A iniciativa levou a significantes melhoras no conhecimento e deu grande visibilidade à desigualdade presente através das doenças maternas. Tal programa daria continuidade e contribuição no acordo estabelecido entre OMS/UNICEF/FNUAP/BANCO MUNDIAL, em 1999, referente à redução da mortalidade materna (WHO, 2000).

Em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, desenvolveu o conceito de saúde reprodutiva, definido-a como um completo bem-estar físico, mental e social, não apenas uma mera ausência de doença ou enfermidade no que diz respeito ao sistema reprodutivo ou todas suas funções e processos. Uma grande evolução da CIPD foi trazer a saúde reprodutiva à evidência, de forma que várias políticas de eliminação de pobreza e desenvolvimento nacionais agora incluem aspectos de saúde reprodutiva nos seus planos.

Outro importante e conceituado agente atuante de forma constante através de vários estudos, programas e congressos no mundo a respeito da saúde feminina é Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), fundada em 1954 e constituída por mais de 100 membros internacionais. Entre as publicações oficiais da federação, destaca-se o *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, um dos

poucos jornais especializados no estudo da saúde feminina que também inclui estudos sobre países em desenvolvimento. Desde 1982, a FIGO e a OMS trabalham em colaboração mútua para avançar o quadro da saúde da mulher em países em desenvolvimento. Em 1998, a colaboração da FIGO com outros organismos se estendeu, incluindo trabalhos com a UNICEF, o FNUAP e o Banco Mundial (Seppälä, 2000).

De acordo com Diniz (2001), mais recentemente, a discussão sobre humanização e direitos humanos tem ocupado espaço relevante no cenário internacional. Em novembro de 2000, na cidade de Fortaleza/CE, a UNICEF e a FNUAP realizaram uma *Conferência Internacional sobre Humanização do Parto* que teve como objetivo discutir a maternidade segura, incluindo o conceito de humanização do parto. Dessa forma, a busca por uma assistência humanizada ao parto vem sido um tema de interesse crescente.

É comum organizações ou fundos de doação internacional se envolverem e influenciarem o conteúdo e direcionamento de serviços de saúde em países em desenvolvimento, o que pode provocar muitas críticas e discussões no meio acadêmico e político. A realidade, portanto, é complexa e muitas vezes torna-se bastante difícil a prática de recomendações ou de programas desenvolvidos por essas agências e órgãos internacionais, não apenas por razões políticas mas também por questões econômicas e sociais.

Em países em desenvolvimento como o Brasil, além de velhos problemas relativos à oferta básica de saúde<sup>15</sup> e de qualidade (Kamal, 1998; Segovia, 1998), especificamente no que diz respeito à saúde feminina, encontram-se novos desafios à melhora da oferta de serviços de saúde reprodutiva feminina, como doenças sexualmente transmissíveis que mais atingem as mulheres e prevenção de câncer cervical. (Segovia, 1998).

Muitas vezes, portanto, esses países apresentam limitados recursos para investir na criação de um bom e eficiente sistema de saúde. O fato de existir limitações desse gênero, demanda-se que os poucos recursos consigam aplicados de forma eficaz e sem desperdícios (Garner et al, 1998).

Esse é um dos motivos pelo qual o atual sistema de saúde brasileiro (mais especificamente a administração do Sistema Único de Saúde) vem passando por reformas

---

<sup>15</sup> De acordo com dados no Ministério da Saúde, em 2000, o gasto público médio em saúde no Brasil foi de R\$201 por habitante. A despesa pública em ações e serviços de saúde foram da ordem de R\$34 bilhões pelos governos Federal, Estaduais e Municipais. No que se refere às despesas do Ministério da Saúde, essas alcançaram R\$26,1 bilhões em 2000.

de caráter descentralizante, implementadas pelo governo desde 1996, com o objetivo de torná-lo mais eficiente e regulado por esferas locais do poder executivo (com colaboração técnica e financeira dos Estados e da Federação).

É inegável que o atendimento à mulher trata-se de um caso de saúde pública e que deva envolver tanto políticas reprodutivas quanto de planejamento familiar por parte do governo. A qualidade de serviço oferecido é um fator de grande importância para decisão da mulher na hora de procurar atendimento. No Brasil, pelo menos 2.403.885 partos em 2002 (de um total oficial e contabilizado de cerca de 3.250.000 partos) foram realizados através do Sistema Único de Saúde (SUS) na rede pública e privada de atendimento (conveniada). No ano de 2001, de acordo com dados do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)), a razão de mortalidade materna das capitais brasileiras foi de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos.

“A melhora da saúde da mulher necessariamente requer um intenso e sustentável compromisso governamental, atuando através de um ambiente de políticas públicas e com recursos objetivamente direcionados. Melhoras a longo prazo na educação e maiores oportunidades de emprego para mulheres terão impactos positivos na saúde dessas mulheres e de sua família. No curto prazo, significativo progresso pode ser atingido através do reforço e abrangimento nas condições de oferta de saúde para as mulheres, incrementando políticas, e promovendo atitudes e comportamentos mais positivos na saúde da mulher” (Tinker, 2000; pg. 156).

Até certo ponto, tem sido demonstrado a formuladores de políticas públicas, de acordo com Kamal (1998), que serviços básicos de atendimento à maternidade, quando bem planejados e implementados, podem ser acessíveis à comunidade sem grandes custos para o governo. É o caso do incentivo do acesso às parteiras; campanhas de conscientização da mulher quanto à opção e possibilidade de realizar o parto em domicílio ou em casas de parto; ações que incentivem a prática de procedimentos não-intervencionistas nos hospitais, pois esses são de maior acesso financeiro aos clientes e etc, como visto em subitens acima.

Se tomarmos como exemplo o caso das parteiras, vários países no mundo já perceberam ser inútil tentar impedir a existência dessas ajudantes na cena do parto e na comunidade carente através de medidas legislativas ou reguladoras, de forma a reconhecer que a presença da prática dessas mulheres ainda se dará por muito tempo.

Dessa forma, formuladores de políticas de países como o Chile compreenderam que o uso desse recurso humano, grande provedor de serviços à comunidade, pode ser de grande ajuda e eficiência ao sistema de saúde nacional (Segovia, 1998).

De maneira semelhante, é de responsabilidade do governo certificar-se de que haja a devida divulgação de informações à mulheres grávidas, para que essa possam estar à par de seus direitos e possam atuar de forma mais decisória e confiante no nascimento de seus filhos(as). O mesmo é válido com relação aos formuladores de políticas atuarem de forma direta, através de regulamentações ou legislação, para que a evidência científica médica ocorra na prática dentro das instituições ou clínicas (Garner et al, 1998).

No Brasil e na América Latina, desde os anos 1970, o atendimento pré-natal e obstétrico nos segmentos mais carentes da população tem sido alvo de diversos programas oficiais de saúde. Muitos programas, no entanto, não alcançaram o objetivo pretendido, uma vez que as taxas de mortalidade e morbidade materna e infantil permanecem altas, intervenções cirúrgicas no parto (cesáreas) e nascimentos prematuros ainda ocorrem de maneira elevada (Carvalho et al, 1998).

A imensa mortalidade materna e perinatal começou então a preocupar a esfera pública, da mesma forma que os altos índices de cirurgias cesáreas, por terem caráter políticas e econômicas. Na década de 1980, o governo brasileiro criou um programa que introduziu a perspectiva da atenção à mulher em todas as fases de sua vida, considerando sua individualidade, necessidades e direitos, denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O programa propôs ao setor de saúde que assumisse sua responsabilidade na promoção da qualidade de vida da mulher, na ampliação de seu conhecimento sobre o próprio corpo e sexualidade. O desafio da implantação do PAISM em todo território nacional, no entanto, ainda é grande e existente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, na década de 80 também ocorreram novas iniciativas locais com o objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil. O projeto desenvolvido pelo Professor Galba de Araújo<sup>16</sup> no Ceará - existente até hoje e transformado recentemente em prêmio de incentivo à instituições empenhadas no atendimento humanizado ao parto oferecido pelo Ministério da Saúde - surgiu neste contexto e teve como foco melhorar a assistência local à mulher através da incorporação

---

<sup>16</sup> Galba Araújo foi um reconhecido obstetra e professor humanista da Universidade Federal do Ceará na década de 1970 e 1980 (Diniz, 2001).

do trabalho de parteiras ao sistema de saúde, reduzindo os riscos do parto e respeitando a cultural local (Sato & Brito, 2002).

O prêmio Galba de Araújo, concedido em âmbito local, regional e nacional, tornou-se responsável pela mobilização considerável dos hospitais e inaugurou um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde, com projetos como “Humanização do Atendimento ao pré-natal e nascimento” e “Humanização de Hospitais” lançados em 2000 durante a gestão de José Serra no Ministério (Diniz, 2001).

O “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento” foi instituído em 2000 com o objetivo de melhorar o acesso à cobertura e à qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Um projeto que alcançou grande destaque no tema do parto humanizado foi o Projeto Luz, implementado em Fortaleza/CE através do Ministério da Saúde, Governo do Estado do Ceará e do Projeto JICA<sup>17</sup>, ou seja, com colaboração do governo japonês, entre 1996 e 2000, com o objetivo de melhorar as condições de saúde da região Nordeste no Brasil possibilitando às mulheres o conhecimento de circunstâncias onde ela possa optar pela gravidez, evitar complicações na gestação e ter acesso correto e cuidadoso na assistência e emergências obstétricas. Além disso, o Projeto Luz também teve como propósito melhorar o quadro de mortalidade morbidade materna e infantil no Ceará reforçando e reorganizando o serviço neonatal e materno no estado através do treinamento de pessoas tanto em âmbito institucional quanto comunitário e melhora do sistema de informação de saúde. (Davim & Menezes, 2001; Misago et al, 2001).

Outro projeto de âmbito governamental de sucesso e que serve para exemplificar a importância da atuação governamental, foi o criado pelo Governo do Estado do Amapá em 1995, denominado Programa de Parteiras Tradicionais do Amapá, com objetivo de treinar e dar atenção ao trabalho das parteiras, apoiando a formação de associações, organizando cursos e distribuindo material de trabalho às parteiras. Com o êxito da atitude do governo estadual do Amapá, o Ministério da Saúde despertou para o assunto e elaborou o Livro da Parteira e o manual trabalhando com Prateiras Tradicionais, destinado às equipes de saúde. Um passo importante, mas de acordo com Isa Paula Abreu, técnica do ministério, uma atitude ainda considerada tímida (Revista Sem Fronteiras on line, 2003).

---

<sup>17</sup> Sigla de Japanese International Cooperation Agency.

Diniz (2001), ademais, lembra que do ponto de vista dos planejadores de políticas de saúde, a vantagem da redução de custos aparece como um elemento definidor da adesão ao modelo humanizado de atendimento ao parto, sobretudo em sua relação custo-benefício. Eventualmente esse é um importante argumento favorável à definição de políticas governamentais que estimulem a humanização do parto e vão ao encontro das necessidades institucionais de financiamento do setor público, muitas vezes chamando mais a atenção dos formuladores do que vantagens técnicas, afetivas ou sociais que a humanização apresente.

Como pode ser evidenciado, portanto, a prática governamental na área da humanização do parto é recente e ocorre com a colaboração de vários outros atores sociais, como instituições de saúde, a comunidade e até mesmo universidades. Embora não deva-se ser ignorado o fato de que algumas medidas vêm sendo de fato realizadas, muito ainda precisa ser feito no sistema através de ações que não tenham caráter isolado.

Alem disso, o governo, como ator de importância reguladora e idealizadora de políticas de âmbito nacional e de saúde pública, deve saber guiar mudanças que enfrentem paradigmas antigos e conflitos de interesse. Muitas questões relativas ao desenvolvimento desse modelo precisam ser discutidas e resolvidas pelos formuladores de políticas sociais, como a influência de diferenças regionais e a atuação da comunidade médica no assunto, entre outros.

## 2.7. Considerações finais

A atuação de cada ator social, como visto acima, vai além de seu escopo próprio e muitas vezes envolve-se de forma direta com os demais atores, de forma complementar, uma vez que o parto é um evento social e complexo e sua humanização envolve muitos interesses e a importante atuação de seus participantes diretos e indiretos.

A importância e o papel de cada ator adquire forma diferenciada se analisarmos o contexto social, econômico e cultural de cada país, assim como os fatores que os determinam. No Brasil, a discussão sobre o tema ainda é recente para vários atores,

enquanto outros já possuem certo conhecimento e experiência na luta pela realização de um evento mais humano e esclarecido.

O que amarra cada um desses participantes e os mantém dispostos a provocar mudanças, além do objetivo em comum da humanização do nascimento, é o fato de acreditarem naquilo que defendem e estarem cientes que um trabalho eficiente e em conjunto pode provocar o efeito merecido e benéfico. Como esclarece Diniz (2001), a disseminação passiva das evidências científicas a favor da humanização não é suficiente. A prática dessas evidências só é possibilitada pelo grande esforço e trabalho de cada um desses atores sociais, cada um com sua especialidade.

A incorporação de novas medidas dentro do contexto histórico de um sistema de atendimento medicalizante que atualmente adotamos exige muito esforço e trabalho por parte de cada um, sendo ainda necessária muita discussão e difusão das novas idéias a serem postas em prática.

### **CAPÍTULO 3: Cesárea: o símbolo da falta de humanização no parto**

#### **3.1. O parto cesáreo não justificado clinicamente**

Cesáreas são intervenções cirúrgicas originalmente concebidas para aliviar condições de risco para a gestante e/ou para o feto durante o desenrolar do parto (Rattner, 1996). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa máxima de cesárea recomendável dentre o total de partos realizados na sociedade de um país é 15%.<sup>18</sup>

Um crescente aumento mundial na taxa de cesáreas tem sido preocupante, principalmente nas últimas décadas, em países em desenvolvimento como o Brasil (Belizán et al, 1999; Lo, 2003; Rattner, 1996).

Existe evidência científica que comprova existência de maiores riscos associados à cesárea tanto para a saúde das gestantes quanto para a de seus bebês (Rattner, 1996)<sup>19</sup>, além do fato de apresentar efeitos sobre a comunidade com um todo, elevando o custo da assistência à saúde em comparação aos partos considerados naturais (Belizán et al, 1999; Wagner, 2001).

“O principal símbolo da falta de humanização no parto e medicalização do mesmo pode ser expresso pelo parto cesáreo desnecessário e pelas altas taxas de cesárea, no qual o cirurgião torna-se o centro da situação e a mulher não mais possui o controle do parto” (Wagner, 2001; pg.S30).

Por parto cesáreo desnecessário entende-se aquele tipo de parto realizado sem a existência de razões clínicas ou biológicas que justifiquem sua prática para diminuir riscos ou complicações causado à saúde da gestante e/ou da criança.

Para Wagner (2001), a partir do momento que a assistência à maternidade é controlada pelo médico e parteiras são marginalizadas do processo do parto, cria-se um

---

<sup>18</sup> Há certa arbitrariedade na forma como essa taxa foi estipulada pela OMS em 1985, o que acaba por criar certas dúvidas quanto até que ponto pode-se dizer que esse valor realmente define o limite mais saudável.

<sup>19</sup> Riscos à saúde e complicações para a mãe como lacerações acidentais, hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, ileo paralítico, e reações indesejáveis à anestesia; e complicações para o recém-nascido como frequência maior de síndrome de angústia respiratória e prematuridade iatrogênica. Ademais, por causa da separação da mãe e do filho no pós-parto, isso acaba interferindo no estabelecimento do vínculo entre os dois e na instalação precoce e bem-sucedida da amamentação.

ambiente propício para a disseminação de maiores taxas de cesárea<sup>20</sup>. Tem sido demonstrado freqüentemente que médicos possuem postura centralizante de decisões não apenas com relação a assistência médica de pacientes, mas também com relação ao conteúdo de cirurgias programadas, como o parto cesáreo. A assimetria de informações entre pacientes e médicos influenciam esse quadro (Lo, 2003).

Muitas são as razões por detrás da escolha por um parto cesáreo não clinicamente indicado. O debate, entretanto, quando aos motivos da escolha e ao direito de opção pela mulher a realizá-lo vem se intensificando ultimamente.

De acordo com Faúndes & Ceccatti (1991), médicos tendem a preferir cesáreas considerando-os mais convenientes, uma vez que eles temem sofrer acusações referentes à erros ou diante à uma eventual incapacidade ao conduzir um parto vaginal complicado, e porque demanda menos tempo para realizar-se um parto cesáreo<sup>21</sup>.

De maneira semelhante a Faúndes & Cecatti (1991), Wagner (2000) e Lo(2003) explicam que uma das vantagens por qual os médicos optam por cesárea está na questão defensiva que eles adotam, ou seja, na forma encontrada para eles se defenderem contra litigação e acusações de negligência no parto vaginal. Quando o resultado de um parto vaginal é prejudicial e negativo, médicos são freqüentemente processados e criticados. Ao mesmo tempo, há poucos ou nenhum caso de médicos acusados e criticados por realizarem intervenções cirúrgicas sem necessidade. Evidencia-se assim, para os autores, a utilização da prática médica por medo, ao mesmo tempo que o profissional culpa familiares, advogados e o sistema legal por tanta litigação e por induzi-lo a tal prática intervencionista, caracterizando-se como vítima do sistema. O resultado, no entanto, é que na realidade mesmo com a prática da obstetrícia defensiva não tem havido queda no número de litigações.

A par destes fatores, a demanda médica por tempo de lazer e descanso e a existência de limitações hospitalares muitas vezes também interferem na determinação de operações cesáreas (Lo, 2003). Estudos comprovam menor incidência de parto por cesáreas durante os fins de semana<sup>22</sup>, assim como a maior ocorrência de cesáreas

---

<sup>20</sup> Estudos de autores como Wagner (1998) têm mostrado que a presença de parteiras ou de uma segunda opinião médica diminui as taxas de intervenções cirúrgicas no parto.

<sup>21</sup> Um parto cesáreo leva aproximadamente 20 minutos para ser realizado, enquanto que um parto vaginal pode exigir presença do médico por até mais de 12 horas no hospital em média (Wagner, 2000).

<sup>22</sup> Burns et al (1995).

durante o dia, evidenciando a possibilidade do obstetra poder marcar um horário para a cirurgia de acordo com sua maior conveniência de tempo<sup>23</sup>.

Ademais, ao realizar uma operação cesárea, o *status* e a satisfação de pôr em prática habilidades cirúrgicas aprendidas por anos de estudos e treinamentos também influenciam o médico a realizar a prática. Uma vez que tanto o médico quanto a gestante tenham concordado com a realização de uma cesárea, o médico passa a ter completo controle da situação, podendo, assim, exercer as atividades que o sistema o treina por tanto tempo nas escolas e espera que ele ponha em prática ao trabalhar (Wagner, 2000).

Existe até mesmo evidências da existência de relação entre parto cesáreo e os benefícios de sua ocorrência à hospitais e à indústria. De acordo com Wagner (2000), hospitais particulares recebem consideráveis benefícios da cesárea, na maioria das vezes incrementando sua renda. Hospitais privados costumam competir por pacientes e acabam desencorajando partos realizados fora do ambiente do hospital. Ao mesmo tempo, interesses comerciais precisam promover partos que exigem o máximo uso de equipamentos e tecnologia. Altas taxas de cesáreas significam aumento nos lucros para a indústria farmacêutica, médicos, hospital e tecnologia médica.

Uma cesárea realizada desnecessariamente, ou seja, sem indicação médica e apenas por opção da mulher, envolve uma questão de custos e alocação de profissionais e recursos, pois envolve pelo menos um cirurgião, possivelmente um segundo médico para acompanhar a cirurgia, um anestesiológico, enfermeiras cirúrgicas, equipamentos, um ambiente operatório, sangue à disposição para transfusão se necessário, uma estadia mais longa no hospital e etc. (Wagner, 2001; Rattner, 1996). “Tudo isso custa uma grande quantia de dinheiro e, igualmente importante, uma grande equipe treinada, muitas vezes cara e às custas do governo, até mesmo se uma cesárea é realizada em um hospital privado” (Wagner, 2001). Se uma mulher demanda uma cesárea apenas por preferência própria, conseqüentemente haverá menos recursos financeiros e humanos para as demais assistências à saúde.

A conveniência para a mulher e sua família também são possíveis razões que influenciam na opção por parto cesáreo, uma vez que essa permite marcar horário e data para sua realização (Wagner, 2001). Questões estéticas e sexuais, como a referente à

---

<sup>23</sup> Estudos americanos e ingleses não apenas demonstram a maior ocorrência de todos os tipos de partos mais comumente entre segundas e sextas-feiras durante o dia, mas também, surpreendentemente, que até mesmo cesáreas por emergência tendem a ser realizadas com mais freqüência a favor dos fins-de-semana durante o dia (Wagner, 2000). De acordo com Barros et al. (1991), no entanto, os hospitais continuaram a receber cerca de duas vezes mais pela prática de cesáreas do que partos vaginais, pois eles cobram separadamente por acomodações de pacientes e cuidados médicos.

manutenção do tamanho da vagina da mulher são outros motivos que podem influenciar as decisões de muitas mulheres na sua opção.

Em países como a China, fatores não-clínicos vêm influenciando a escolha por cirurgias cesáreas. Na China, como destaca Lo (2003), é comum a família e as mulheres assumirem posição determinante quanto à escolha por cesárea, baseado na crença cultural de que determinados dias do ano são os mais adequados para certos eventos da vida. Muitos chineses acreditam que o destino de uma pessoa é determinado pela hora, o dia e o ano em que ela nasce. Sendo assim, se a situação permite, os chineses preferem marcar a data e hora do nascimento, freqüentemente optando pela cesárea. Isso vem aumentando a demanda por partos cesáreos naquele país.

Por outro lado, de acordo com Faúndes & Ceccatti (1991) para as mulheres o parto cesáreo costuma ser associado à idéia de menos dor e medo, além do fato de algumas acreditarem ser esse um tipo de parto que oferece menos risco para o bebê. Mello e Souza (1994) argumentam, no entanto, que os médicos costumam se utilizar do medo da dor das mulheres para convencê-las das vantagens e do uso da cesárea, o que, portanto, põe em evidência que a decisão da mulher à favor da cirurgia não pode ser superenfaticada.

De maneira semelhante, Osis et al (2001) e Hopkins (2000)<sup>24</sup>, esclarecem que a relevância dada à preferência das mulheres para explicar a opção por parto cesáreo e suas altas taxas têm sido cada vez mais refutada e questionada, como será visto mais abaixo no caso brasileiro.

A discussão quanto à prática da cesárea injustificável cientificamente vem recebendo outro rumo nos últimos anos. Vêm-se discutindo o papel da mulher diante da escolha por parto cesáreo e qual a importância de sua opção pela cirurgia.

Por qualquer que seja a razão pelo qual as mulheres optam por cesárea, poucas são realmente informadas quanto ao risco de complicações e morte. Tanto cesáreas eletivas quanto as emergenciais apresentam o mesmo grau de risco, significando que a mulher que opta por cesárea põe o bebê em risco desnecessariamente.

Autores como Paterson-Brown (1998) argumentam positivamente à favor do direito das mulheres serem as responsáveis pela opção quanto ao tipo de parto que desejam. De acordo com a autora, as gestantes possuem o direito de optar pelo parto cesáreo se assim preferirem, desde que sejam o pivô no parto e estejam plenamente

---

<sup>24</sup> Ver item 3.2 deste trabalho mais abaixo.

conscientes de sua opção e dos riscos que uma cesárea oferece. Não cabe aos profissionais da saúde ditar o que as mulheres devem pensar ou escolher, nem tão pouco julgar sua opção; cabe ao médico se tornar companheiro de decisão no processo de escolha junto com a paciente.

De forma semelhante, Amu et al (1998) enfatiza o direito de autonomia das pacientes. A escolha, na opinião dos autores, contudo, necessita ser informada. Profissionais da saúde precisam estar cientes da importância e conseqüências da decisão sobre o tipo de parto, uma vez que nenhum tipo está livre de riscos. Aceitar a escolha materna como o determinante maior quanto à realização do tipo de parto significa um desserviço e pode representar falta de responsabilidade profissional. Mulheres com necessidades particulares ou opiniões sobre tratamentos deveriam, para os autores, ser oferecidas com maiores informações a respeito de métodos alternativos. Médicos, parteiras e profissionais da saúde materna devem possuir papel ativo, dar conselho honesto e integral baseado na disponibilidade de informação, sempre persuadindo, nunca coagindo as gestantes. Junto com a participação ativa desses profissionais, as pacientes devem ser encorajadas a chegar a uma decisão segura e lógica.

Deve-se chamar atenção, no entanto, para a interessante relação entre a promoção do direito da escolha da mulher por um certo tipo de procedimento obstétrico e o grau no qual o procedimento defende interesses médicos (Wagner, 2000).

### 3.2. O parto cesáreo no Brasil

Nas sociedades ocidentais industriais e modernas o parto se tornou um evento institucionalizado e medicalizado, ao contrário do seu caráter social e doméstico do século passado, transformando-se numa atividade médica que faz uso intensivo de tecnologia, traduzida pelo uso saturado de monitorização e cesárea. Após certo nível, no entanto, essa tecnologia deixa de ser benéfica, atuando sobre a morbi-mortalidade materna e perinatal e passa a atuar negativamente (Rattner, 1996).

Dados científicos sugerem que o aumento da mortalidade materna em países como Estados Unidos e Brasil pode ser explicado pelo aumento na taxa de partos cesáreos (Wagner, 2001).

As últimas décadas têm presenciado um aumento preocupante nessas taxas nos países em desenvolvimento. O Brasil se inclui nesse perfil, com um crescimento iniciado principalmente a partir da década de 1970. Em muitos países centrais, embora a taxa de cesárea ainda apresente um elevado nível, bastante têm sido feito para diminuir a incidência de cirurgias não justificadas clinicamente, ao contrário do que ocorre em países como o Brasil (Belizán et al, 1999).

Os EUA admitem que uma grande proporção desse tipo de parto realizado no país (cuja taxa de cesárea é de aproximadamente 25%) é desnecessária e alguns serviços de fato conseguiram reduzir suas taxas para cerca de 12% sem que outros indicadores fossem afetados negativamente, como a mortalidade infantil. Seu sistema de assistência à saúde individualista e baseado no seguro-saúde, com características de economia de mercado e competitividade, evidencia um quadro diferente de países como Holanda e França. Juntamente com outras nações européias, nesses países a oferta de saúde a seus cidadãos se dá através de um modelo de sistema público de assistência, universal e acessível, caracterizando-se por baixas taxas de cesárea.

Para Wagner (2000), países em desenvolvimento como o Brasil sofrem muito mais com as elevadas taxas de cesárea do que países como os EUA - que inclusive exportam seu sistema de assistência materna a nações como a nossa. O impacto do aumento nas taxas de cesárea recai de maneira bastante intensa sobre os limitados recursos financeiros e humanos de países em desenvolvimento, desviando-os dentro do setor de saúde e causando conseqüências mais sérias, como aumento na desigualdade da assistência à saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde para o ano de 2000, o Brasil realizou nesse ano 1.197.074 partos cesáreos, o que representa uma taxa de aproximadamente 39% partos cesáreos com relação ao total de partos realizados no país, taxa essa, portanto, muito além do nível de 15% estipulado pela OMS. Em regiões como o Sudeste, essa taxa chegou a atingir cerca de 47%, merecendo destaque os Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, com taxas de 49,3% e 48,8%. São dados, portanto, que representam a gravidade da situação (Tabela 3.1).

**Tabela 3.1: Proporção de partos cesáreo no Brasil**

Período: 2000

Região e UF	% partos cesáreos	Núm. partos cesáreos	Núm. partos considerados	Partos hospitalar
<b>TOTAL</b>	<b>38,88</b>	<b>1.197.074</b>	<b>3.078.534</b>	<b>3.093.977</b>
<b>Região Norte</b>	<b>29,61</b>	<b>78.033</b>	<b>263.514</b>	<b>264.025</b>
<b>Região Nordeste</b>	<b>26,7</b>	<b>229.514</b>	<b>859.752</b>	<b>863.374</b>
<b>Região Sudeste</b>	<b>46,91</b>	<b>600.116</b>	<b>1.279.181</b>	<b>1.289.882</b>
.. Minas Gerais	41,03	121.689	296.593	297.623
.. Espírito Santo	43,8	25.330	57.827	57.944
.. Rio de Janeiro	49,33	125.015	253.447	254.126
.. São Paulo	48,87	328.082	671.314	680.189
<b>Região Sul</b>	<b>42,35</b>	<b>188.653</b>	<b>445.435</b>	<b>445.700</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>43,68</b>	<b>100.758</b>	<b>230.652</b>	<b>230.996</b>

Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/CENEPI - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Nota: Não estão considerados os partos ocorridos em outros estabelecimentos de saúde, mesmo que cesáreos.

Entre 19 países investigados na América Latina, de acordo com estudo de Belizán et al (1999), 12 apresentaram taxas de cesárea acima de 15%, variando 16,8% a 40%. Esses 12 países representam 81% do total de partos realizados na região. Mais concretamente, entre o total de cerca de 2,2 milhões de cesáreas realizadas na região, 850.000 cesáreas são consideradas desnecessárias, pondo em risco, portanto, tanto a vida das mães quanto dos bebês (Tabela 3.2).

**Tabela 3.2: Número anual estimado de cirurgias cesáreas na América Latina e número de cesáreas acima do limite de 15% sugerido pela OMS**

Países	tx de cesárea %	No. anual de cesáreas *	No. anual de cesáreas acima de 15%
Colombia	16,8	146.664	15.715
Panama	18,2	11.284	1.984
Equador	18,5	57.165	10.815
Costa Rica	20,8	18.096	5.046
Venezuela	21,0	120.120	34.320
Uruguay	21,9	11.826	3.726
Cuba	23,0	33.350	11.600
México	24,1	561.120	212.752
Argentina	25,4	181.356	74.256
República Dominicana	25,9	51.023	21.473
<b>Brasil</b>	<b>27,1</b>	<b>869.910</b>	<b>388.410</b>
Chile	40,0	116.800	73.000
<b>TOTAL</b>		<b>2178714</b>	<b>853097</b>

Fonte: Belizán et al (1999)

\* Baseado no número médio anual de partos entre 1995-2000.

Essa cultura da cesárea brasileira apresenta razões complexas e, conforme Nuttall (2000), está intensamente relacionada, entre outros, com fatores como a história da obstetrícia nacional e outras questões de caráter social. Entre eles o *status* criado pelo procedimento na sociedade, pelo seu caráter tecnológico e moderno. Behágue et al (2002) argumentam de maneira semelhante, explicitando que no Brasil muitas mulheres chegam a preferir cesárea porque a consideram sinônimo de bom atendimento médico. Mulheres de alta classe social são reconhecidamente mais inclinadas a optarem por cirurgias cesáreas apoiando a noção de que a intervenção cirúrgica representa tratamento clínico de maior qualidade.

Também para Nuttall (2000), a cultura do papel católico e materno no Brasil tornou-se sobreposta à objetualização sexual do corpo da mulher. A maioria dos partos é realizada por obstetras, muito freqüentemente pouco treinados para realizar partos vaginais razoavelmente difíceis, e que, embora recebam o mesmo na prática da cesárea ou do parto vaginal, não estão preparados para esperar horas para realizar um trabalho que poderiam fazer em uma hora.

Além dos os fatores sociais envolvidos nas razões da prática da cesárea, sublinhe-se o caráter econômico do sistema de saúde como explicação para o aumento no número de cesáreas no Brasil, mais especificamente o financiamento das operações nos setores público (que cobre cerca de 120 milhões de pessoas no país) e privado (com cobertura de cerca de 40 milhões).

No caso do setor público, os hospitais não contam com incentivos que induzam seus médicos à prática de procedimentos que incrementem sua renda, uma vez que o setor não se caracteriza pela lógica captação e racionamento de serviços<sup>25</sup>. Se o hospital deseja receber verbas, então necessita oferecer serviços de saúde; a prática da cesárea não recebe incentivos financeiros extras através do seu aumento de consumo.

Ao contrário, o setor privado não conta com amplos mecanismos de prática de repartição de custos, motivo pelo qual enfrentam problemas com relação ao aumento dos mesmos. Dessa forma, a maioria dos médicos e profissionais de serviços de saúde

---

<sup>25</sup> Em 1980, o INAMPS, agência governamental responsável pelo reembolso de cuidados médicos no setor público, temendo a influência de incentivos econômicos acarretando um aumento na taxa de cirurgias cesáreas no país, definiu que ambos os tipos de partos adquirissem o mesmo valor de reembolso para os médicos responsáveis pelo procedimento obstétrico (Hopkins, 2000). Até 1999, no entanto, os hospitais afiliados com o sistema público continuavam a receber maior pagamento por procedimentos de cesáreas do que por parto vaginal. A medida governamental, portanto, não incluiu o reembolso para os hospitais, apenas para os profissionais, proporcionando com isso poucas mudanças no quadro de tentativa de queda do número de cesáreas nos setores público e privado (Barros et al., 1991; Potter & Caetano, *no prelo*).

privados de caráter lucrativo são pagos por cada serviço realizado através de mecanismo de taxas de convênio (Rojas-Hinoja, 2000).

Diniz (2001) lembra que o abuso da cesárea no Brasil tem um enorme impacto adicional sobre as contas do setor público e até mesmo privado de saúde, impacto esse resultante das complicações infecciosas e anestésicas ou da simples internação das mulheres por mais dias nos reduzidos leitos obstétricos públicos.

Sob um enfoque de saúde reprodutiva, Potter (1999) correlaciona o aumento e consolidação da prática de cesáreas com o método contraceptivo da esterilização num fenômeno de reforço mútuo. De acordo com o autor, a correlação é positiva entre os dois eventos, ou seja, o aumento nas taxas de cesárea acaba ocasionando as altas taxas de esterilização realizadas durante o procedimento cirúrgico, evidenciando o a difusão do método contraceptivos mais comum no país<sup>26</sup>. O autor menciona a dificuldade em compreender-se até que ponto o aumento das taxas de cesáreas no país nos últimos 30 anos foi motivada pelo desejo das mulheres obterem esterilização, e até que ponto o aumento no uso de esterilização foi motivado pela cultura da cesárea. Existe evidência em ambas as linhas de explicação.

"Não apenas a ocorrência de uma cirurgia cesárea cria oportunidades para a realização de uma esterilização, como o fato de a mulher ter passado por várias cirurgias cesáreas torna-se uma justificativa e motivação para a esterilização" (Potter, 1999; pg. 728. *Tradução livre*).

Ademais, Potter (1999) lembra que grande parte do aumento em ambos eventos ocorreu muito tempo depois dos incentivos financeiros favorecendo a cesárea terem sido extintos e a política nacional ter instituído a promoção do uso de métodos alternativos de contracepção.

Entre abril de 1998 e junho de 1999 cinco instituições e órgãos brasileiros e americanos<sup>27</sup> realizaram um estudo multicêntrico (com dados qualitativos e quantitativos) sobre saúde reprodutiva com 1.612 mulheres (entre 18 e 49 anos de idade) em quatro cidades do Brasil: Belo Horizonte, Natal, Porto Alegre e São Paulo. O objetivo do estudo

---

<sup>26</sup> De acordo com dados de 1996 da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, cerca de 60% dos procedimentos de esterilização realizados entre 1990 e 1995 no país se deram durante cirurgias de cesáreas.

<sup>27</sup> Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR / UFMG), Grupo de Estudos Demográficos (GED / UFRN), Núcleo de Estudos de População (NEPO/Unicamp), Núcleo de Pesquisas em

foi poder comparar e analisar as preferências de mulheres grávidas quanto ao tipo de parto realizado tanto em hospitais públicos quanto privados. Três entrevistas foram realizadas com as participantes, sendo a primeira tendo ocorrido nos primeiros meses da gravidez, a segunda um mês antes da data esperada do parto e a terceira um mês após a data prevista do parto. 1.136 mulheres<sup>28</sup> terminaram as três entrevistas (perdeu-se contato com 476 mulheres).

Quanto à pergunta formulada às mulheres nas duas primeiras entrevistas - "Qual o tipo de parto que a senhora(ita) gostaria de ter?" -, 40 categorias de justificativas mais freqüentes foram desenvolvidas para catalogar as respostas das mulheres quanto ao tipo de parto que dizem ter optado. Tanto as justificativas de decisão a favor do parto vaginal quanto a favor do cesáreo foram classificados de maneira a focar os fatores positivos e negativos de cada tipo (Quadro 3.1).

Na primeira entrevista, a principal característica a favor do parto normal foi com relação à rápida e melhor recuperação que essas mulheres acreditam que o parto oferece, sendo citada em 49,3% das respostas. Na segunda entrevista, essa justificativa também alcançou a maior freqüência de citações: 43,9%.

De maneira também bastante freqüente em ambas as entrevistas, as justificativas a favor do fato do parto vaginal ser melhor para a saúde tanto da mãe quanto do bebê e por ser um parto mais natural e menos agressivo foram muito mencionadas, atingindo respectivamente 18,3% e 17,5% na primeira entrevista e 43,9% e 26,6% na segunda. (Quadro 3.2).

Uma possível explicação a esse resultado pode ser encontrada ao se analisar os resultados das justificativas mais mencionadas nas duas primeiras entrevistas. Tanto na primeira quanto na segunda entrevista, a presença do grande número de citações a favor das vantagens do parto vaginal ou contra as desvantagens da cesárea na opinião das entrevistadas é forte indicador da forma como essas mulheres conhecem os benefícios do parto vaginal.

Como pode ser notado no Quadro 3.2, o argumento por parte das mulheres relacionado às maiores dores que o parto vaginal apresenta ou que a cesárea menos propicia no momento do parto, em nenhuma das duas entrevistas apareceu como uma das dez mais citadas justificativas para preferência de parto. Isso pode provavelmente

---

Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS / UFRGS) e Population Research Center (PRC / University of Texas at Austin, USA).

<sup>28</sup> 717 (66%) mulheres no setor público e 419 (81%) no setor privado.

representar que o fator “dor” tenha sido mais enfatizado pela crença popular do que de fato ele se apresenta como argumento de grande importância na hora da opção.

### Quadro 3.1

#### Categorias criadas para justificar a preferência quanto ao tipo de parto

		<i>Justificativa da opção</i>	
<b>Tipo</b>		<b>PARTO NORMAL</b>	<b>PARTO CESAREO</b>
V a n t a g e n s	1	pn-v: recuperacao mais rapida/melhor	cs-v: possibilidade de ligadura
	2	pn-v: experiencia positiva	cs-v: experiencia positiva
	3	pn-v: nao e cirurgia/sem corte/ sem anestesia	cs-v: parto/internação mais rápida/fácil/simples
	4	pn-v: menos dor/sofrimento parto	cs-v: menos dor
	5	pn-v: processo/parto mais rápido/fácil/simples	cs-v: possibilidade de programacao
	6	pn-v: melhor para saude mae/bebê/ mais saudável	cs-v: outros
	7	pn-v: menor risco	
	8	pn-v: mais natural/mais certo/ menos agressivo	
	9	pn-v: maior praticidade	
	10	pn-v: ; melhor sensacao/mais mãe/ pai e mãe participa	
	11	pn-v: aleitamento mais rápido/maior proximidade mae/bebê	
	12	pn-v: dor só na hora	
	13	pn-v: melhor esteticamente/sem cicatriz/ sem pontos	
	14	pn-v: outros	
D e s v a n t a g e n s	1	pn-d: Mais dor no parto/contrações	cs-d: recuperação mais lenta/cuidadosa/ complicada
	2	pn-d: experiencia negativa	cs-d: experiencia negativa
	3	pn-d: medo/ não suporta PN/ medo de rompimento e morrer	cs-d: maior risco
	4	pn-d: outros	cs-d: dor durante e/ou depois
	5		cs-d: medo cirurgia/anestesia/corte do corpo
	6		cs-d: deixa cicatriz / pontos
	7		cs-d: menor praticidade
	8		cs-d: é cirurgia/ tem anestesia
	9		cs-d: muito forçado/agressivo/artificial/complicado
	10		cs-d: outros
O u t r a s	1	O: medico quem sabe/não sabe/tanto faz/depende	
	2	O: curiosidade/ dica de pessoas	
	3	O: por necessidade médica	
	4	O: nunca tentou outro/quer fazer igual a antes	
	5	O: medo da dor	
	6	O: outros outros	

Fonte: Population Research Center, University of Texas at Austin, EUA. 2003

**Quadro 3.2****Dez justificativas mais mencionadas pelas mulheres nas duas primeiras entrevistas \***

Justificativa para preferência		Primeira entrevista	
		No. citações	%
1	pn-v: recuperação mais rápida/melhor	794	49,3
2	pn-v: melhor para saúde mãe/bebê/ mais saudável	295	18,3
3	pn-v: mais natural/mais certo/ menos agressivo	282	17,5
4	pn-v: não é cirurgia/sem corte/ sem anestesia	177	11
5	cs-d: recuperação mais lenta/cuidadosa/ complicada	177	11
6	O: nunca tentou outro/quer fazer igual a antes	174	10,8
7	O: nunca tentou outro/quer fazer igual a antes	159	9,9
8	pn-v: menor risco	156	9,7
9	cs-v: possibilidade de ligadura	136	8,4
10	pn-v: processo/parto mais rápido/fácil/simples	124	7,7
Justificativa para preferência		Segunda entrevista	
		No. citações	%
1	pn-v: recuperação mais rápida/melhor	707	43,9
2	pn-v: melhor para saúde mãe/bebê/ mais saudável	254	15,8
3	pn-v: mais natural/mais certo/ menos agressivo	205	12,7
4	O: nunca tentou outro/quer fazer igual a antes	116	7,2
5	cs-v: possibilidade de ligadura	108	6,7
6	pn-v: não é cirurgia/sem corte/ sem anestesia	106	6,6
7	O: nunca tentou outro/quer fazer igual a antes	106	6,6
8	pn-v: maior praticidade	96	6
9	pn-v: processo/parto mais rápido/fácil/simples	95	5,9
10	pn-v: menor risco	93	5,8

Fonte: Population Research Center, University of Texas at Austin, EUA. 2003

\* De um total de 40 justificativas. No total houve 1.612 citações, número maior que o número de mulheres que responderam ao questionário devido à possibilidade de múltiplas justificativas para explicar a razão de opção do parto.

Ademais, de acordo com Potter et al.(2001), em ambos setores as opiniões quanto ao tipo de parto foi consistente entre a primeira e segunda entrevista. Uma grande proporção de mulheres declarou sua preferência pelo parto vaginal. Foi pequena a proporção de mulheres que mudou de idéia quanto ao tipo de parto desejado entre a primeira e segunda entrevista: apenas 10,2% no setor público e 10,45% no privado (Quadro 3.3).

### Quadro 3.3

Preferência das mulheres por tipo de parto nas duas primeiras entrevistas, por setor. Os dados são números (e percentagens) de mulheres.

Preferência (primeira/ segunda entrevista)*	Público (n=696)	Privado (n=392)
vaginal / vaginal	534 (76,6)	276 (70,4)
cesárea / cesárea	92 (13,2)	75 (19,1)
vaginal / cesárea	32 (4,6)	19 (4,8)
cesárea / vaginal	39 (5,6)	22 (5,6)

Fonte: Potter et al. (2001)

\*Exclui 47 mulheres que não souberam opinar ou não possuíam preferência por tipo de parto (2,8% dessa mulheres no setor público e 6,4% no privado).

Como um dos resultados da pesquisa, chegou-se à conclusão que as altas taxas de cesárea encontradas nos setores público e privado (31% e 72% respectivamente) são conseqüência da grande presença de cesáreas não desejadas ou provavelmente demandadas pelas gestantes por influência dos obstetras, ao acreditarem que a cesárea não apresenta tantos riscos para o bebê e ser mais cômoda para as mães; por causa da falta de experiência dos médicos ao lidar com as preferências das pacientes e assumir que elas desejam cesárea, ou por conveniência para os próprios profissionais ao exigir menos tempo de trabalho.

De maneira muito semelhante, Hopkins (2000), em estudo de caso realizado no Brasil entre 1995 e 1996, chegou à conclusão de que a maioria das mulheres brasileiras não prefere cesárea como tipo de parto para si mesmas<sup>29</sup>.

A grande maioria das mulheres em ambos setores da pesquisa disse não ter percebido inclinações médicas a favor de orientá-las a optarem por cesárea. Ao analisar procedimentos e partos, no entanto, a autora percebeu a indução dos médicos a levar as mulheres a decidir por partos cesáreos nos momentos do trabalho de parto. De acordo com Hopkins (2000), os profissionais podem estar interpretando de maneira equivocada e indutiva a opinião das gestantes ao argumentar que a dor que as pacientes dizem existir no parto vaginal necessariamente levam elas a ter medo desse tipo de parto e, conseqüentemente, demandar cesárea no momento do trabalho de parto.

<sup>29</sup> A maioria das mulheres de setores públicos e privados no estudo opinou de forma semelhante quanto às vantagens e desvantagens de ambos os tipos de parto, vaginal ou cesáreo. Em grande número de casos, opinaram de forma favorável ao parto vaginal e de forma desfavorável ao cesáreo.

Dessa forma, a conclusão da autora é que os obstetras brasileiros não apenas estão correspondendo ao desejo das pacientes por realizar cesárea. Ao contrário, estão agindo de forma muito ativa na construção da opinião da mulher e disseminação da cultura da cesárea no país.

Finalmente, Behague et al (2002) esclarece que no Brasil experiências traumáticas do parto são muitas vezes associadas pelas mulheres como resultado de um atendimento ruim por parte de profissionais e pelo ambiente hospitalar pobre; dois argumentos que favorecem a elas se sentirem marginalizadas da sociedade. Dessa forma, o que contribui ao medo delas eventualmente sentirem pelo parto vaginal não se refere a falta de informação e medo da "dor" em si próprio, mas às diferenças sociais refletidas no tipo de atendimento desigual que recebem em hospitais. Ou seja, muitos dos fatores que influenciam nas decisões das mulheres, tais como dor, ocorrem de maneira diferenciada entre status social e são envoltos por discriminação social.

Para os autores, seria incorreto e simplório demais pensar que a mera universalização do tipo de atendimento materno, propiciando maior igualdade de acesso a cirurgias cesáreas para qualquer classe social, resolveria o problema das diferenças de atendimento entre os setores de saúde e atendimento no Brasil.

### 3.3. Considerações finais

Ao longo dos últimos 30 anos a taxa de cesárea no país tem se elevado de maneira crescente e, embora tal evento seja reconhecido há anos por órgãos governamentais, poucas ações têm surtido o desejável efeito para amenizar a situação. O setor privado tem sido o principal palco desse quadro de aumento das taxas de cesáreas, acarretando conseqüências como a falta de humanização no parto.

A discussão quanto aos determinantes da disseminação da cultura da cesárea no Brasil é complexa e abrange vários aspectos, entre eles os clínicos e, cada vez mais, os não-clínicos, como motivos econômicos, financeiros, sociais e de política pública.

Nos últimos anos, vários autores vêm estudado e chamado atenção para fatores advindos do lado da oferta do procedimento cirúrgico, ou seja, o papel dos médicos e obstetras, assim como dos hospitais e empresas de seguro de saúde, que vêm influenciado na decisão das mulheres grávidas quanto ao tipo de parto a ser realizado. Ao contrário do que a opinião pública imagina, as mulheres de alta e média classes

sociais muitas vezes não possuem papel ativo e evidente ao optar pela cesárea como tipo de parto a ser realizado para o nascimento de seus filhos. Muitas delas chegam até mesmo a reconhecer os maiores benefícios que o parto normal trás à sua saúde e a de seus bebês e por isso preferem esse tipo de parto. Sendo assim, o lado da demanda pela cesárea vem perdendo significância quanto ao principal motivo na explicação das atuais taxas.

Portanto, enquanto na teoria médica a autonomia decisória e informação materna vem aumentando (principalmente para mulheres do setor privado e de maior escolaridade e classe social) e tenha grande importância, o que se percebe na prática e através de vários estudos é que o papel centralizador do médico ainda se sobressai na condução do parto. Quando não de forma evidente, a decisão da mulher muitas vezes é influenciada indiretamente pela maneira como o profissional da saúde guia seus temores e dúvidas quanto ao parto vaginal.

Ademais, há autores que chamam atenção para a necessidade de se considerar fatores econômicos e financeiros como grande responsáveis pelo atual quadro. Aqui entra a crítica quanto a maneira como o sistema de saúde no Brasil é regulado pelo governo e oferecido de maneira desigual à sociedade, assim como ao modelo clínico moderno e tecnológico importado de nações como os Estados Unidos e propagado através do ensino nas escolas médicas brasileiras.

O parto cesáreo está intimamente relacionado a índices de mortalidade e morbidade materna e infantil. Com essa realidade e tendo em vista a seriedade da situação nacional, demanda-se que a responsabilidade por cada ator envolvido na sua realização, principalmente os profissionais da área – por serem os mais informados sobre seus males – e o governo – por criar e instituir políticas públicas, oferecer serviços de saúde e ter o poder de regulamentar o funcionamento do sistema - seja arcada de maneira ética e social.

A situação, como relata Diniz (2001) chegou “a tal extremo que os próprios Conselhos Regionais e Federal de Medicina se lançaram em 1998, junto com atores sociais, em uma campanha pelo parto normal, incluindo eventos de lançamento, simpósio com profissionais, cartazes e mensagens na TV”. De forma semelhante, um outra medida adotada para reduzir o número de cesáreas tem sido o estímulo a criação das Casas de Parto (como mencionado no capítulo anterior) em contextos rurais ou até mesmo em grandes centros urbanos.

Têm crescido também algumas medidas de práticas realizadas pelo setor privado, através de grupos organizados de profissionais e serviços, buscando discutir os determinantes dos altos índices de cesárea e propondo alternativas para mudar o quadro (como é o caso do Grupo de Estudos Planejar). Entretanto, muitos profissionais dos serviços privados continuam a não acreditar em alternativas, pois a cultura da intervenção ainda é muito presente. (Diniz, 2001).

Algumas atitudes têm sido realizadas por parte do governo para criar, guiar e regular uma política pública de orientação dos riscos do procedimento cesáreo para as mulheres e de limitação da atuação do setor privado de saúde ao conduzir o procedimento, no entanto, nem todas as medidas tomadas tiveram resultados integralmente suficientes. Nas últimas décadas, algumas decisões legislativas e políticas foram implementadas, mas nenhum soube dar continuidade a um processo integrado e de longo prazo, tendo até mesmo surgido de maneira a não surtir efeito da maneira desejada<sup>30</sup>.

Uma resposta da política pública foi oferecer mais educação às gestantes durante o processo do parto, incluindo explicação sobre riscos sobre cirurgias cesáreas, mas, de acordo com Behague et al (2002) esse enfoque não leva em consideração as razões pelo qual as mulheres que optam por cesárea, da mesma maneira que desconsidera a interdependência entre fatores biológicos, institucionais e sociais influenciando a escolha.

Sendo assim, medidas para reduzir a prática desnecessária da cesárea devem ser tomadas por parte do governo incluindo aspectos complementares às questões biológicas, ou seja, devem ser tomadas levando em consideração questões como a desigualdade econômica, a qualidade de atendimento à saúde e fatores sociais determinantes da decisão da gestante, como sugere Behague et al (2002).

De acordo com Diniz (2001) os resultados das políticas realizadas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos foram contraditórios. Desde 1998 tem havido uma série de medidas governamentais para evitar o abuso e aumento das taxas de cesáreas no país, tentando até mesmo reduzi-las. Entre essas medidas destacam-se o incentivo a que o parto sem complicações seja atendido não por obstetras e sim por enfermeiras obstetras; e a existência do pagamento da anestesia em partos realizados pelo SUS (negada pelos profissionais e serviços da saúde como atitude viável). Outra iniciativa foi referente à criação de um "teto" percentual decrescente para a cesárea em cada tipo de serviço ao longo dos anos, responsável por ter de fato reduzido as taxas ascendentes

---

<sup>30</sup> Como a lei criada em 1980 pelo INAMPS, vista em nota de rodapé acima.

pelo menos nos serviços do SUS e em seus conveniados, resultado não alcançado pelo setor privado.

Durante a gestão de José Serra no Ministério da Saúde, como recorda também Diniz (2001), medidas foram assumidas para a redução das taxas de cesáreas através de sanções financeiras para aqueles serviços que não reduzissem suas taxas e através de iniciativas de incentivo com a criação de prêmios destinados a serviços auto-definidos como humanizados (como o prêmio Galba de Araújo, citado em capítulo anterior).

Um quadro como o atual é reconhecidamente um problema que requer mudanças de mentalidade e de atuação que levam anos para surtirem efeito, dessa forma, medidas isoladas não produzem o efeito desejado.

Enquanto atitudes de escopo social e de caráter não-lucrativo não forem realizadas de maneira integrada e organizada com os mesmos objetivos (diminuir as taxas de cesárea e procurar corrigir suas causas), o quadro atual no Brasil e até mesmo na América Latina continuará a refletir a falta de compromisso médico, governamental e social para humanizar o parto. As vítimas da alarmante situação não são apenas as mães, mas inclui também todo o sistema de saúde nacional e à sociedade como um todo.

O alarmante número de cesáreas no Brasil nada mais reflete do que a falta de humanização na cena do parto. Para que haja mudanças a favor dessa humanização, medidas rigorosas devem ser necessariamente tomadas para que a prática da cesárea de forma desnecessária seja impedida de crescer e possam diminuir. Sem que isso ocorra, a humanização do parto estará encontrando sérios limites para seu efetivo acontecimento de forma plena.

Concluindo com as palavras de Riesco (2002), em artigo publicado no Dossiê do Parto Humanizado/Rede Feminista de Saúde (disponível em [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)):

“O modelo de assistência obstétrica encontrado no Brasil está diretamente relacionado ao rumo tomado pelo processo de medicalização da sociedade brasileira, principalmente após os anos 1960, quando se favoreceu a criação de um modelo intervencionista e curativo de assistência médica. Vários especialistas identificam este modelo como uma das principais causas da alta taxa de cesáreas no país. Mais do que simplesmente refletir a vontade das mulheres e/ou imposição dos médicos, o excessivo aumento nessas taxas brasileiras, em especial nos serviços privados de saúde, é consequência da própria lógica do modelo atual de atendimento médico ao parto. Sob este prisma, o abuso de cesáreas torna-se um problema muito difícil de contornar. Assim, é essencial desenvolver formas alternativas de atendimento ao parto no país, que dêem condições efetivas ao parto normal. Além de campanhas de conscientização de mulheres e médicos, a diminuição das taxas de cesárea depende de uma reorganização da assistência obstétrica, que possibilite que outros profissionais capacitados possam realizar partos normais”.

## **CAPÍTULO 4: Conclusão**

O atual modelo dominante de assistência ao parto adotado em países modernos e do ocidente, como o Brasil, é altamente medicalizante e considera o parto como um evento patológico a ser acompanhado através de profissionais altamente qualificados que muitas vezes adotam práticas intervencionistas desnecessários no nascimento. Trata-se de um modelo conservador e que privilegia a centralização das decisões na figura dos médicos e de instituições, que se recusam a informar de maneira consciente e esclarecedora a mulher (alvo e principal autora do evento) e continuam a perpetuar o caráter frio do evento.

O novo paradigma de assistência ao parto caracterizado como humanizado, foca a centralização da decisões informadas na figura da mãe, um relacionamento paciente-médico mais saudável e amigável e a adoção de métodos menos invasivos e intervencionistas, que permitem com que o parto ocorra de forma natural, vista como evento fisiológico e social. Esse modelo de atendimento reconhece a necessidade de trazer para a prática as evidências científicas que o modelo tecnocrático recusa-se a aceitar e adotar por defender interesses possuidores de diversos tipos de características.

De acordo com as palavras de Umenai et al.(2001):

“A humanização é um importante meio de encorajar e dar forças a indivíduos e grupos para se moverem em direção ao desenvolvimento de uma sociedade sustentável e à uma vida repleta de satisfação pessoal” (Umenai et al, 2001; p. S3).

A força dos atores sociais envolvida na oferta de um serviço de assistência à maternidade com qualidade contribui para que seu trabalho possa e precise que ser, muitas vezes, integrado, assim surgindo um resultado mais completo e efetivo (Page, 2001).

Limitações surgem, no entanto, quando se leva à tona a maneira que cada participante direto ou indireto do sistema de saúde conceitua, age e considera os componentes de cada modelo de assistência, aí, portanto, envolvendo as controvérsias entre os conceitos dos modelos tecnocrático e humanístico.

De acordo com Santos & Siebert (2001), em um relato do trabalho e mudanças realizado no tipo de atendimento do Hospital Universitário de Santa Catarina, “os desafios são muitos, com constante luta para a implementação e manutenção do paradigma

humanístico de atendimento, o que depende de um processo constante de educação e envolvimento por parte de todos os envolvidos”.

No Brasil, a discussão do novo modelo de assistência e suas recomendações, de acordo com Diniz (2001), vem sendo sistematicamente desconsideradas ou desconhecidas e, por isso, ainda estão longe de serem adotadas de forma completa. Existem mudanças que vêm sendo realizadas, mas ainda de maneira tímida. A evidência científica indicando procedimentos danosos à saúde da mulher e da criança continua longe de ser completamente evitada na prática. A autora relata que, se no meio profissional a prática de evidências científicas benéficas no cotidiano continua a estar ausente, mais problemática ainda é sua incorporação pelo aparelho formador, que menos ainda têm se modificado.

O Brasil, portanto, ainda apresenta um modelo altamente intervencionista de assistência ao parto e com pouco controle social e político por parte da comunidade e do governo. As altas e crescentes taxas de cesáreas é um dos principais reflexos das dificuldades que ainda precisam ser enfrentadas pelos atores favoráveis à humanização do parto para caminharem a um sistema mais eficiente e menos agressivo.

Muitas vezes, a resistência ao novo modelo passa por questões extra-técnicas, como valores sociais, econômicos, políticos ou culturais. As limitações, portanto, são muitas, mas como pôde ser estudado ao longo deste trabalho, não impossíveis de serem ultrapassadas. Alguns países no mundo vêm conseguindo alcançar mudanças em diversos fatores (como independência profissional de parteiras; regulamentações que evitam a existência de conflitos de interesse entre indústrias farmacêuticas e médicos; a crescente prática de partos em domicílio e etc.) e, embora cada caso seja um caso e qualquer exemplo deva ser cuidadosamente analisado para ser seguido dentro de outro contexto nacional, pode-se aprender que quando há seriedade, condições e esforço conjunto, bons resultados podem ser alcançados.

A prática das propostas de humanização passa por um processo de reorganização da cena do parto e de seus elementos extra-clínicos, como a atuação ativa de políticas governamentais de forma mais enfática e presente, principalmente em um país como o Brasil, onde o governo ainda atua de forma tímida e limitada no assunto.

Como lembra Diniz(2001), Goldman & Gleit (2003) e Santos & Siebert (2001) , no entanto, além da necessidade da ocorrência de muita mudança, tão importante quanto, torna-se o monitoramento e constante melhora na adoção de novas medidas.

A humanização do parto é assunto complexo e, como tal, envolve a integração de seus atores de forma sempre presente e renovadora. Sua necessidade é imperativa se o objetivo é alterar o atual, agressivo e conservador modelo de assistência à saúde materna. Cada ator tem específica importância e colaboração e, no conjunto, o resultado só pode ser alcançado se perseguido de forma séria, harmoniosa e com constante aprendizado e trabalho. O Brasil ainda precisa colaborar muito com maior educação e controle social, ética profissional e institucional e atuação política, mas já existem alguns reconhecidos e importantes esforços sendo realizados. O primeiro passo já foi dado, torna-se agora imperativo que se expanda sua presença, para que no futuro o modelo alternativo de hoje torne-se mais evidente, porque não o paradigma hegemônico.

## **BIBLIOGRAFIA**

- AMU, O., RAJEDRAN, S. & BOLAJI, I.I. "Should doctors perform an elective caesarean section on request? Maternal choice should not determine method of delivery" *British Medical Journal* 1998; 137: 462-465.
- BANCO MUNDIAL. "A new agenda for women's health and nutrition: development in practice". Washington DC: The World Bank, 1994.
- BEHÄGUE, D. P., VICTORIA, C.G., BARROS, F.C. "Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods". *British Medical Journal* 2002; 324: 942.
- BELIZÄN, J.M., ALTHABE, F., BARROS, F.C., ALEXANDER, S. "Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study" [comentários de E SHOWALTER e A GRIFFIN; A CASTRO; H BASTIAN]. *British Medical Journal* 1999; 319: 1397-1400.
- CAMEY, X.C.; BARRIOS, C.G.; GUERRERO, X.R.; NUÑEZ-URQUIZA, M.; HERNANDEZ, D.G. & GLASS, A.L. "Traditional birth attendants in Mexico: Advantages and inadequacies of care for normal deliveries" *Social Science & Medicine* 1996; 43(2): 199-207.
- CANTILLON, P. & JONES, R. "Does continuing medical education in general practice make a difference?" *British Medical Journal* 1999; 318: 1276-9.
- CARVALHO, I.; CHACHAM, A.S.; VIANA, P. "Traditional birth attendants and their practices in the State of Pernambuco rural area, Brazil, 1996" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998; 63, Suppl. 1: S53-60.
- CARVALHO, M.R de & PROCHNIK, M. "Método mãe-canguru de atenção ao prematuro" Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 96 p.: il. – (BNDES Social; n.1).
- DAVIM, Rejane M.B., MENEZES, Rejane M.P. "Assistência ao parto normal no domicílio" *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Nov-dez 2001; 9(6):62-8. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)
- DAVIS-FLOYD, R. "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75:S5-S23.
- DINIZ, C.S.G. "Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização do parto" Faculdade de Medicina, USP. São Paulo. 2001 (Tese de Doutorado)
- FABRI, R.H., MURTA, E.F.C. "Socioeconomic factors and cesarean section rates" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2002; 76; 87-88.
- FOLHA DE SÃO PAULO on line. "Casas de parto são alternativa a hospitais" Edição de 30/05/2001. Acessado em: outubro/2003. [www.folha.com.br](http://www.folha.com.br).

- GARNER, P.; KALE, R.; DICKSON, R.; DANS, T. & SALINAS R. "Getting research findings into practice. Implementing research findings in developing countries" *British Medical Journal* 2003; 317: 531-535.
- GOLDMAN, N. & GLEI, D. A. "Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala" *Social Science & Medicine* 2003; 56: 685-700.
- GRUPO CURUMIM GESTÃO E PARTO website. Acessado em: abril/2003. <http://www.abong.org.br/perfis/curumim.htm>
- HOPKINS, K. "Are Brazilian women really choosing to deliver by caesarean?" *Social Science & Medicine* 2000; 51: 725-740.
- JORNAL DO COMÉRCIO on line "Exemplos de companheirismo e dedicação" Recife/PE. Edição de maio/1999. ([www2.uol.com.br/JC/\\_1999/1005/fa0905e.htm](http://www2.uol.com.br/JC/_1999/1005/fa0905e.htm)) Acessado em: abril/2003.
- JORNAL DA SOGESP on line "Maternidade do Hospital geral de Itapeçerica da Serra: referência no atendimento humanizado ganha prêmio nacional" Publicado em 2000; no.22. ([http://www.sogesp.com.br/jornal/22a\\_ed/hosp\\_servicos.htm](http://www.sogesp.com.br/jornal/22a_ed/hosp_servicos.htm)) Acessado em: outubro/2003.
- KAMAL, I.T. "The traditional birth attendant: a reality and a challenge" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998; 63, Suppl. 1: S43-S52.
- LO, J.C. "Patient's attitudes vs. physicians determination: implications for cesarean sections" *Social Science & Medicine* 2000; 57:91-96.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado: setembro de 2003.
- MISAGO, C.; KENDALL, C.; FREITAS, P.; HANEDA, K.; SILVEIRA, D.; ONUKI, D.; MORI, T.; SADAMORI, T.; UMENAI, T. "From the 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities on north-east Brazil" *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001; 75: S67-S72.
- MOYNIHAN, R. "Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement" *British Medical Journal* 2003; 326: 1189-92.
- MOTT, M.L. "O curso de partos: deve ou não haver parteiras?" *Cadernos de Pesquisa*, no. 108, p.133-160, nov/1999.
- NUTTALL, C., pesquisadora independente "The caesarean culture of Brazil" *British Medical Journal* 2000; 320: 1072
- OSIS, M.J.D., PÁDUA, K.S., DUARTE, G. A., SOUZA, T.R., FAÜNDES, A. "The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75: S59-S66.

- PAGE, L.. "Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75:S81-S88.
- PAGE, J.; HELLER, R.F.; KINLAY, S.; LIM, L.L-Y; QIAN, W.; SUPING, Z.; KINGPATANAKUL, S.; AKHTAR, M.; KHEDR, S. & MACHARIA, W. "Attitudes of developing world physicians to where medical research is performed and reported" *BMC Public Health* 2003; 3 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/6>)
- PETERSON-BROWN, S. "Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed" *British Medical Journal* 1998; 137; 462-465.
- POTTER, J.E. & CAETANO, A.C. "Politics and female sterilization in the Brazilian northeast" (no prelo).
- POTTER, J.E. "The outmoded contraceptive regimes: the cases of Mexico and Brazil" *Population and Development Review* 1999; 25(4): 703-739.
- POTTER, J.E., BERQUÓ, E., PERPÉTUO, I.H.O., LEAL, O.F., HOPKINS, K., SOUZA, M.R. & FORMIGA, M.C.C. "Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study" *British Medical Journal* 2001; 323: 1155-1158.
- RATTNER, D. "Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil" *Revista Saúde Pública*, 1996, vol.30, no.1, p.19-33. ISSN 0034-8910.
- REDE NACIONAL PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (ReHuNa). Website: <http://www.amigasdoparto.com.br/rehuna.html>. Acessado em: outubro/2003.
- REID, M. (1992) "Language verses reality in modern childbirth and maternity care" In: *The disappearance of homebirth. The disappearance of birth*. Retirado de: Mags Birthing Spirit website (<http://www.compleatmother.com/disappearance.htm>) Acessado em: outubro/2003.
- REVISTA ISTO É on line. "Nos braços dos pais" Por Monica Tarantino. Edição de 28/02/2001. Acessado em: outubro/2003. [www.revistaistoe.com.br](http://www.revistaistoe.com.br)
- REVISTA SEM FRONTEIRAS on line. "Brasil: Mãos de luz" Por Immaculada Lopez. Reportagem publicada em 09/11/2003. [www.semfronteirasweb.com.br](http://www.semfronteirasweb.com.br)
- RIESCO, M.L.G. "Da medicalização do parto ao movimento pela humanização". In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. "Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos" – São Paulo, 2002. Disponível em: [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br).
- ROJAS-HINOJOSA, J.M.D. "The economic factor underlying the caesarian outbreak in Brazil" *British Medical Journal* 2000; 320: 1072.

- SANTOS, O.M.B. & SIEBERT, E.R.C. "The humanization of birth at the University of Santa Catarina maternity hospital" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75; S73-S79.
- SATO, R. & BRITO, I.P.M. "Parto humanizado feito pela enfermeira obstetra" Website Brasil Medicina. Publicado em nov/2002. Acessado em: outubro/2003. (<http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgsearch.asp?ld=295411072002.asp>)
- SEGOVIA, I. "The midwife and her functions by level of care" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998; 63, Suppl. 1: S61-66.
- SEPPALA, M. "The role of FIGO in the advancement of women's health – in the year 2000" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 70: 175-182.
- SEPULVEDA, M.A.C. "Casas de Parto" Reportagem publicada em [www.hospvirt.org.br](http://www.hospvirt.org.br) Acessado: novembro de 2003.
- TINKER, A. "Women's health: the unfinished agenda" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 70: 149-158.
- VILLAR, J.; CARROLI, G.; GÜLMEZOĞLU, A .M. "The gap between evidence and practice in maternal healthcare" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75:S47-S54.
- WAGER, E. "How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctor's relations with drug companies" *British Medical Journal* 2003; 326: 1196-1198.
- WAGNER, M.D.M. "Choosing cesarean section" *The Lancet* 2000; 356; 1677-1680.
- WAGNER, M.D.M. "Fish can't see water: the need to humanize birth" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 75:S25-S37.
- WAGNER, M.D.M. "Midwifery in the industrialized world" *Journal of Social Obstetrics and Gynecology Canada*, 1998; 20: 1225-1234.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Appropriate Technology for Birth" *The Lancet*, 8452-ii, 436-437, 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) "Making Pregnancy Safer" Report by the Secretariat: Geneva. December 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. "World Health Day: Safe Motherhood" Geneva: WHO, 1998.