



Parto Humanizado: Alguns apontamentos a partir da bioética

Caroline Gomes Charqueiro¹

Resumo

O principal objetivo da pesquisa é realizar um resgate sobre a história e evolução do parto no acidente, identificando as principais formas de violência obstétrica contra as mulheres, bem como as tentativas de solucioná-las (especialmente por meio da humanização do parto). Para tanto, são estudados, primeiramente, os dados históricos relativos ao parto e seus procedimentos médico-obstétricos. Posteriormente, passemos à análise da episiotomia e da cesáreas, como formas de violência obstétrica, quando praticadas desnecessariamente. Após, vamos ao estudo do parto humanizado e das tentativas (inclusive legislativas) de solucionar ou amenizar a violência que vem sendo empregada contra as parturientes.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, desenvolvida através de uma abordagem qualitativa, empregando o método dedutivo. Concluímos que, embora os inegáveis avanços, especialmente desde a década de 1990, o Brasil (e os países ocidentais, de forma geral) ainda tem muito o que aprimorar, especialmente no que se refere à formação dos profissionais da área da saúde, muitas vezes despreparados para lidar com as novas demandas e exigências sociais.

Sumário

- 1 Origens históricas da expressão “parto humanizado” ou “humanização do parto”
- 2 A episiotomia e a cesárea como formas de violência obstétrica
- 3 A humanização do parto no mundo: Uma breve análise histórica
- 4 Conclusão

Introdução

A ideia de que o parto deve ser humanizado, ou seja, deve ser uma experiência com o mínimo de traumas e intervenções médico-cirúrgicas possíveis, e com respeito às vontades da mulher, é tema que se mantém atual e relevante.

A discussão perpassa, inquestionavelmente, a questão da bioética, já que leva a uma reflexão sobre o papel da medicina, dos hospitais e das equipes obstétricas durante o pré-parto, parto e pós-parto.

¹ Graduada pela Universidade Federal de Pelotas/RS no curso de Direito; Especialista em Direito Público pela Fundação Superior Escola do Ministério Público/RS; Advogada; Professora de Direito Civil da Faculdade Anhanguera de Pelotas/RS; Mestranda em Direito e Justiça Social pela Universidade Federal do Rio Grande; e-mail: carolcharqueiro@hotmail.com.



O objetivo do presente ensaio é exatamente analisar, em um primeiro momento, as origens históricas da expressão “parto humanizado” ou “humanização do parto”. Após, busca-se analisar duas formas recorrentes de violência obstétrica, quais sejam a cesárea e a episiotomia (quando desnecessárias).

Por fim, em um terceiro momento, estudamos a evolução, no ocidente, das práticas humanizadas de assistência à parturiente, com um enfoque especial nas medidas e práticas adotadas pelo Brasil, bem como na legislação brasileira produzida nesse sentido.

Em relação à metodologia empregada para a realização do trabalho, trata-se de uma pesquisa descritiva, desenvolvida através de uma abordagem qualitativa, empregando o método dedutivo.

Quanto às fontes, serão utilizadas as escritas, tais como livros, artigos, trabalhos acadêmicos e outras fontes formais disponíveis na internet.

Os dados serão registrados em fichas, organizados por assunto, autor, ano e data. A análise e interpretação observará a estratégia proposta por Lakatos e Marconi (2009).

1. Origens históricas da expressão “parto humanizado” ou humanização do parto”

A expressão “parto humanizado” ou “humanização do parto” é utilizada há diversas décadas, com os mais variados sentidos (Diniz, 2005, p. 628). Já foi empregada, por exemplo, no início do século 20, por Fernando Magalhães, considerado o “pai” da obstetrícia brasileira, e também pelo professor Jorge de Rezende, na segunda metade do mesmo século (Diniz, 2005, p. 628). Na época, entendiam os profissionais da área médica que “[...] a narcose e o uso de fórceps vieram a humanizar o parto (Diniz, 2005, p. 628)”. E tal ideia era reproduzida não somente em território nacional, mas também internacionalmente (Diniz, 2005, p. 628).

Como bem nos lembra Simone Diniz (2005, p. 628), partimos de um modelo idealizado e fortemente ligado à igreja católica, segundo o qual o sofrimento no parto era visto como “[...] como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto”. A dor, isolamento e maus tratos sofridos pela parturiente, portanto, nesse período, eram absolutamente aceitos e tidos como naturais, ou seja, como punição (e consequência lógica) do ato sexual praticado pela mulher.

Ocorre que, com o passar do tempo, a obstetrícia médica surge com força no cenário médico e começa a reclamar a sua presença no contexto da realização (e humanização) dos partos. Na verdade,



A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há séculos a tradição vem atribuindo a hora bendita da maternidade (Magalhães apud Diniz, 2005, p. 628).

A mulher, então, passa da condição de culpada (pela prática do “pecado original”) à condição de vítima de vítima de sua condição natural (Diniz, 2005, p. 628). Não é mais vista como aquela que deve padecer, a fim de expiar os seus pecados, mas como aquela que deve ser “salva” ou “resgatada” pelo médico obstetra. O parto, então, é entendido como

[...] uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno ‘fisiologicamente patogênico’; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria portanto patológico (Rotham apud Diniz, 2005, p. 628). A maternidade se inauguraria como a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (Diniz, 2005, p. 628).

Diante de tal visão do parto, compreende-se porque, na época, por meio da pelvimetria, considerada a “base da ciência obstétrica”, “[...] a pélvis feminina é esquadrihada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos (Diniz, 2005, p. 628)”. Ainda, no mesmo período foram desenvolvidos diversos instrumentos cirúrgicos obstétricos, entre eles os “[...] fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos (Diniz, 2005, p. 628)”, hoje todos considerados ultrapassados.

A verdade é que, diante desta noção do parto como evento pavoroso, e de extremo sofrimento por parte da parturiente, a obstetrícia cirúrgica, dominada por homens na época, “[...] reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto (Diniz, 2005, p. 628)”, sob o argumento de estar oferecendo “[...] solidariedade humanitária e científica (Diniz, 2005, p. 628)”.

A obstetrícia médica, então, sob o pretexto de aliviar a dor e a experiência traumatizante do parto, passa a oferecer um “apagamento da experiência (Diniz, 2005, p. 628)”. Com efeito, para mulheres de classe média e alta, foi prática adotada, durante várias décadas do século XX, o parto sob sedação total, denominado de “sono crepuscular” ou “*twiligh sleep*”, ou seja, as mulheres davam à luz inconscientes (Diniz, 2005, p. 628). É o que descreve, com perfeição, Simone Diniz (2005, p. 628), razão pela qual transcrevemos a seguinte passagem de seu artigo:

O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou *twiligh sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e à vezes terminavam o parto



cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz apud Diniz, 2005, p. 628)².

Embora pareça inacreditável, o modelo de assistência médica ao parto acima descrito (de sedação completa da parturiente combinada com parto instrumental) perdurou por diversas décadas, tendo sido abandonado apenas em razão das altíssimas taxas de mortalidade materna e dos recém-nascidos (Diniz, 2005, p. 628). Entretanto, ao que parece, tal forma de pensar o parto não foi completamente abandonada até hoje.

Explicamos.

A verdade é que, tanto no Brasil, como na maior parte do mundo ocidental, o modelo de assistência médica, “[...] com a mulher sendo ‘processada’ em várias estações de trabalho (pré-parto, parto e pós-parto), como em uma linha de montagem (Martin, 1987 apud (Diniz, 2005, p. 628))”, permanece, embora com a utilização de formas de anestesia mais responsáveis e seguras. O modelo hospitalar, “Inicialmente restrito às elites e às indigentes que acorriam às maternidades-escola [...] (Diniz, 2005, p. 628)”, foi expandido e aceito de forma incontestada, passando a ser, assim, o “padrão de assistência nas áreas urbanas (Diniz, 2005, p. 628)”. Vale ressaltar, entretanto, que, como nos lembra Simone Diniz (2005, p. 628), não existem dados científicos que comprovem a maior eficácia do parto hospitalar (no controle de doenças ou da mortalidade), em relação ao parto domiciliar ou em casas de parto. Nesse sentido (Diniz, 2005, p. 628-629):

Na metade do século 20, o processo de *hospitalização* do parto estava instalada em muitos países, mesmo *sem* que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Tew apud Diniz, 2005, p. 628).

E cabe destacar, de outra parte, que o modelo hospitalar de assistência ao parto não diminuiu a violência perpetrada contra as parturientes, assim como não passou a respeitar seus anseios, desejos e vontades (como a escolha pela posição em que deseja dar à luz, por exemplo).

Ao contrário,

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada ‘cascata de procedimentos’ (Mold e Stein apud Diniz, 2005, p. 628).

² Segundo Carmem Simone Diniz (2005, p. 628), no Brasil, um dos maiores expoentes desse tipo de prática médica foi Magalhães. Isso porque “[...] ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: ‘Lucina’, um dos nomes da deusa Juno.”



No Brasil, estima-se que 96,5% dos nascimentos acontecem em hospitais (Diniz; Chacham, 2006, p. 81). Isso, entretanto, como bem colocado por Simone Diniz e Alessandra Chacham (2006, p. 81) “[...] não significa que as mulheres brasileiras recebam assistência de qualidade”. Com efeito,

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna em 2002 foi de 74,8 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, enquanto a estimativa do Relatório de Desenvolvimento 2003 do PNUD, uma taxa contestada no Brasil, registra 260 por 100.000 (Diniz; Chacham, 2006, p. 81).

Além disso, práticas desnecessárias e invasivas, como a episiotomia, “consistente na abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (Diniz, 2005, p.629)”, a extração do bebê com fórceps e a própria cesárea, são consideradas rotineiras em nosso país (Diniz, 2005, p. 629). Tais procedimentos (quando desnecessários, vale ressaltar) podem ser considerados como violência obstétrica.

2. A episiotomia e a cesárea como formas de violência obstétrica

Extremamente interessante o posicionamento adotado por Simone Diniz e Alexandra Chacham, no artigo intitulado “O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo” . identificam as autoras, em tal trabalho, duas formas diversas de violência em desfavor da mulher parturiente: a) o abuso das cesáreas em detrimento ao parto natural (que ocorre principalmente na rede privada de saúde); e b) o abuso das episiotomias, procedimento controverso, que sequer encontra amparo na literatura médica.

Iniciemos pela cesárea, que as autoras referem como o “corte por cima”.

Com relação a tal procedimento médico, dados apontam que “A cesárea é praticada em mais de dois terços dos nascimentos do setor privado de saúde do Brasil onde, teoricamente, as mulheres tem mais escolha (Diniz; Chacham, 2006, p. 84)”. Sendo um procedimento invasivo, que oferece maiores riscos, e exige uma recuperação mais prolongada, como regra geral, da parturiente e do recém-nascido, poderia restar o questionamento no seguinte sentido: Porque as mulheres, especialmente na rede privada, optam por tal tipo de procedimento cirúrgico? A resposta a tal questionamento apresenta diversas variáveis.

Primeiramente, vale apontar que

Vários estudos, que procuram entender se e por que as mulheres brasileiras preferem o parto cesáreo ao parto vaginal, mostram que a maioria das mulheres declara preferência pelo parto vaginal. No entanto, através de processos como a estimativa exagerada de risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência da cesárea, bem como a consideração de suas agendas e conveniências, os médicos acabam decidindo pela cesárea apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado. Um outro fator que parece promover a crença dos profissionais na



superioridade da cesária é a preocupação de preservar a genitália feminina (Diniz; Chacham, 2006, p. 84).

Assim, ao que parece, existem sérias questões a serem consideradas. Uma delas é o pouco (ou nenhum) controle do índice de cesáreas no setor privado (Diniz; Chacham, 2006, p. 84)³. Outra é a pressão que as mulheres sofrem por parte dos profissionais da área da saúde, sob o argumento de que o parto natural “desfiguraria” a genitália feminina e prejudicaria vida sexual das mulheres (especialmente no que diz respeito ao prazer masculino, seja do marido, companheiro ou parceiro sexual). Além disso, existe a questão da “agenda” dos médicos, ou seja, muitos profissionais preferem saber exatamente o dia e duração do parto, ao invés de ficarem “disponíveis” para o atendimento e acompanhamento de suas pacientes.

A episiotomia, de outra parte, “[...] vem sendo usada como rotina desde meados do século XX na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher (Diniz; Chacham, 2006, p. 84)³”. Entretanto, como bem apontado por diversos estudiosos da matéria, não existe comprovação científica de que o procedimento seja necessário em todas as circunstâncias. Ao contrário,

“[...] desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina. Seu uso hoje é recomendado, no máximo, entre 15 e 30% dos casos, ou menos, quando houver evidência de sofrimento fetal ou materno, ou para conseguir progresso quando o períneo é responsável pelo progresso inadequado (Diniz; Chacham, 2006, p. 85)”.

Inexistem motivos (dados científicos), assim, para a realização da episiotomia como procedimento padrão, embora, ainda hoje, ela seja feita na maior parte dos casos. Quanto ao assunto, vale colacionar os dados coletados por Diniz e Chamcham (2006, p. 85):

Um estudo conduzido na América Latina entre 1995 e 1998 mostrou que nove entre dez primíparas com parti vaginal hospitalar foram submetidas à episiotomia. No Brasil, a taxa foi de 94,2%. Esta proporção foi semelhante para hospitais públicos e privados, hospitais gerais e de referência, e também para ao atendimento por médicos ou obstetizes.

Cabe destacar que, além de inútil na maior parcela das vezes (o que gera um gasto desnecessário para o sistema de saúde, o procedimento “[...] aumenta a necessidade de sutura de sutura do períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários (Diniz; Chacham, 2006, p. 85)”.

³ Com efeito, “[...] Desde 1998, uma medida governamental condicionou o reembolso de custos com parto a uma taxa de 30% de cesárias no setor público, provocando um impacto sobre os índices oficiais dos serviços do SUS. No entanto, num estudo multicêntrico do Ministério da Saúde, realizado em 2001 em cinco estados, foram comparados os dados sobre o tipo de nascimento do sistema nacional de nascidos vivos (SINASC) com os índices fornecidos por hospitais sobre o número de partos vaginais, chegando-se apenas a um índice de 49,3%. Iniciativas para redução do índice de cesáreas parece ter sido bem mais aceitas pelos mentores das políticas de saúde pública do que pelos diretores de hospitais e médicos obstetras (Diniz; Chacham, 2006, p. 84-85)”.



Diante de todo o exposto, então, resta a indagação: porque os profissionais da área da saúde continuam a realizar episiotomias desnecessárias?

Ao que parece, temos dois principais fatores que podem ser apontados como determinantes para a escolha de tal procedimento.

O primeiro é o próprio costume dos médicos obstetras, bem como as orientações que a literatura clássica (especialmente os manuais) fornecem aos profissionais quando em formação (Diniz; Chacham, 2006, p. 86). Soma-se a isso a ideia de que a episiotomia (assim como a cesárea de rotina) poupariam os músculos vaginais da mulher da flacidez, preservando, portanto, os seus atrativos sexuais após o parto (Diniz; Chacham, 2006, p. 86). Tais concepções, por óbvio, hoje não encontram amparo na literatura médica moderna.

Na realidade, como muito bem colocado por Diniz e Chacham (2006, p. 87):

Os médicos não fazem a episiotomia de rotina por serem indiferentes ao sofrimento feminino, ou por ignorarem as evidências científicas. Trata-se de uma questão de crenças. Se eles acreditam que a vulva e a vagina são passivas, fica difícil compreender que esses tecidos são capazes de se distender para o parto e depois se contrair. Assim, através da episiotomia, os médicos desconstroem e reconstroem a vagina, de acordo com suas crenças culturais.

Dessa forma, tais crenças culturais, sem qualquer amparo científico, é que devem ser desconstruídas, juntamente com a ideia de que o parto é um evento “medonho”, “[...] percebido como estupro (Diniz; Chacham, 2006, p. 87)” sendo “[...] o bebê o causador de um dano definitivo à função sexual da mulher, e esta como tendo de ser restituída ao seu ‘estado virginal (Diniz; Chacham, 2006, p. 87)’”. Além disso, deve-se acabar com o discurso médico, no sentido de que “[...] após a passagem do bebê, o pênis do parceiro seria pequeno demais para estimular ou ser estimulado pela vagina, agora distendida (Diniz; Chacham, 2006, p. 87)”.

4

Somente na América Latina, estima-se que “[...] a rotina desnecessária de episiotomia vem desperdiçando cerca de US\$ 134 milhões anualmente, somente com o procedimento, sem contar com os custos adicionais das complicações que dela decorrem. Não há dados oficiais do SUS, mas a episiotomia está incluída no pacote de assistência ao parto como parte do atendimento padrão (Diniz; Chacham, 2006, p. 85-86)”.



Pelo panorama apresentado até o presente momento, pode-se identificar, com certa facilidade, que os dois procedimentos (cesárea e episiotomia), quando injustificados medicamente, constituem formas de violência velada à mulher, aos seus direitos reprodutivos e à sua dignidade. Assim,

[...] trazer à tona a discussão sobre o parto parece ser, portanto, denunciar a violação de direitos humanos quando da adoção de certos procedimentos que escapam às políticas públicas já direcionadas à saúde reprodutiva e sexual da mulher (políticas referentes à cesariana, ao aborto, à morte materna, ao câncer de colo uterino, de mama, etc.), como por exemplo, os casos de negligência médica, violência física. Violência verbal e violência sexual que parecem ocorrer dentro dos hospitais durante os partos (Pulhez, 2013, p. 546).

Diante de tais abusos (além de vários outros perpetrados contra a mulher no pré-parto, parto e pós-parto) é que surgiu o movimento pela humanização do parto, com o objetivo de extinguir (ou ao menos minorar) as práticas desumanas e inadequadas, adotadas especialmente pela equipe médica obstétrica.

Passamos, portanto, ao estudo da humanização do parto.

3. A humanização do parto no mundo: Uma breve análise histórica

Com o passar do tempo, o modelo médico assistencialista descrito nos tópicos anteriores começa a ser alvo de críticas, pelos mais variados motivos. Na década de 1950, por exemplo, podemos identificar o “[...] movimento pelo *parto sem dor* na Europa, os ativistas do método Dick-Read e o *parto sem medo*, e posteriormente os do método Kamaze e Leboyer (*parto sem violência*) (Diniz, 2005, p. 629)”. Podemos apontar, ainda, a vertente do “[...] parto natural do movimento hippie e da contracultura, cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como The Farm nos Eua (Gaskin apud Diniz, 2005, p. 628)”.

O feminismo, segundo Diniz (2005, p. 628), também possui papel central na luta pela humanização do parto, sendo possível identificar “[...] o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres ⁵”.

Na área das ciências sociais, na década de 1970, surgem questionamentos ao método médico intervencionista, com o emprego da expressão “humanização da assistência (Diniz,

5

Vale lembrar que “As edições do clássico *Ourbodies, Ourselves*, assim como outros livros feministas das décadas de 1960 a 1980, reforçam estas críticas com extensas narrativas, contribuindo para a sensibilização e inspiração de profissionais e ativistas no campo, denunciando a irracionalidade das práticas (Diniz, Salgado, Andrezzo, De Carvalho, Carvalho, Aguiar e Niy, 2015, p.2).”



2005, p. 629)”. Nas ciências da saúde, entretanto houve maior resistência, e a “[...] crítica à assistência foi relegada à condição de marginal até a década de 1970, quando é publicado *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, de Roberto Caldeyro Barcia (1979) (Diniz, 2005, p. 630)”. Tal obra traça uma crítica justamente “[...] à representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como ‘normalmente patológico’, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstetra (Diniz, 2005, p. 629)”.

As críticas ao modelo até então vigente se intensifica no Ano Internacional da Criança (1979), ocasião em que surge o Comitê Europeu “[...] para estudar as intervenções e reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente (Diniz, 2005, p. 630)”. Começou, assim, uma organização internacional, com a colaboração dos mais diversos setores (profissionais da saúde, epidemiologistas, sociólogos, parteiras e usuárias), com o objetivo de promover um revisão dos métodos e procedimentos empregados para assistir as parturientes. Segundo Diniz (2005, p. 628), identifica-se, nesse período, “[...] os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências”, que, posteriormente, se ramificou e diversificou.

Posteriormente, e como reação da grande colaboração acima descrita, no ano de 1985

[...] a OPAS e os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada o parto. Esse encontro foi um marco, com forte apelo de saúde pública e de defesa dos direitos das mulheres, assim como a resultante Carta de Fortaleza, texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança (Who, 1985 apud Diniz, 2005, p. 630). Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10%-15%. Publicado no prestigioso Lancet, o texto provocou reações indignadas por parte de entidades médicas (Wagner apud Diniz, 2005, p. 630).

Então, no ano de 1989, foi publicada

[...] uma revisão exaustiva dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde em 1996, sendo desde então conhecidas como as Recomendações da OMS. Uma coletânea bastante completa dessas revisões, em uma versão popular dirigida a profissionais e usuárias foi coordenada pela Canadense Murray Enkin (Diniz, 2005, p. 630).

A alteração de pensamento na assistência ao parto, promovida pela MBE (medicina baseada em evidências) é substancial. Com efeito, o organismo feminino, antes visto como



inapto para dar à luz e objeto a ser resgatado, passa a ser visualizado como capaz. Dessa forma, a intervenção durante o parto começa a ser percebida como medida excepcional (e não como regra geral). A concepção do nascimento e do parto também é alterada, passando a ser considerado como uma “[...] experiência altamente pessoal, sexual e familiar (Who, 1986 apud Diniz, 2005, p. 628)”. Os familiares, assim, e em especial os pais, “[...] são convidados à cena do parto (Diniz, 2005, p. 630)⁴”, saindo da posição passiva, de telespectadores, para uma posição ativa e de participação.

No Brasil, a expressão “humanização do parto” “[...] refere-se [...] ao respeito e promoção dos direitos da mãe e da criança à assistência baseada em evidências, incluindo segurança, eficácia e satisfação (Diniz; Chacham, 2006, p. 88).” A ideia geral é que, mulheres informadas não se submetem a procedimentos dolorosos, perigosos e desnecessários. Nesse sentido, em nosso país, as “Recomendações da OMS” e o “livro do Enkin”

[...] tornaram-se grande referências para os defensores da humanização do parto. Alguns desses temas viraram bandeiras políticas para campanhas no Brasil, como o direito a acompanhantes no SUS (tornado lei em alguns municípios, estados e agora nacional) (Diniz, 2005, p. 631).

Ainda, desde 1993, podemos contar com uma Rede Nacional para a Humanização do Parto (Rehuna), composta por “[...] profissionais de saúde progressistas, elaboradores de políticas de saúde, feministas, terapeutas alternativos, obstetrias e grupos organizados de usuários do serviço de saúde (Diniz; Chacham, 2006, p. 88)”. O Rehuna defende a “[...] visão de uma maternidade voluntária, prazerosa, segura e apoiada pela sociedade (Diniz; Chacham, 2006, p. 88)” e, para tanto, com a finalidade de auxiliar as parturientes, “[...] mantêm diversas listas telefônicas, fóruns, sites e blogs, incluindo o dinâmico ‘Amigas do Parto (Diniz; Chacham, 2006, p. 88)’.”

As recomendações da OMS, por sua vez, “[...] foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, sob o título *Assistência ao Parto Normal- Um Guia Prático*, e enviada a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetrias do país em 2000 (Diniz, 2005, p. 631)”. O livro tem o objetivo de apontar as práticas equivocadas dos médicos obstetras, bem como os meios e procedimentos para melhorar a assistência obstétrica em nosso país, priorizando o conhecimento técnico-científico, em detrimento da cultura enraizada em nossos médicos.

⁶ Quanto ao assunto, vale registrar que, segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*, “A grande maioria das mulheres considerou ter um acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento ‘foi muito útil’ ou ‘útil’, para ter uma experiência mais melhor e mais calma no parto (Diniz, D’Orsi, Domingues, Torres, Dias, Schneck, Lansky, Teixeira, Rance, Sandall, 2014, p. 144)”.



Acompanhando a orientação internacional, e afim de garantir a efetividade de políticas públicas de saúde que assegurem um parto humanizado, o Brasil elaborou uma série de disposições legislativas. O quadro abaixo busca, de forma resumida, sistematizá-las⁷:

Norma Legal	Ano
Constituição Federal	1988
Criação do prêmio Dr. Galba da Araújo pelo Ministério da Saúde	1998
Portaria 985/1999: Criação de Casas de Parto	1999
Distribuição, pelo Ministério da Saúde, da versão em português do guia <i>Assistência ao Parto Normal- Um Guia Prático</i> , elaborado pela OMS.	2000
Portaria 569/2000: Programa da Humanização no Pré-Natal e Nascimento	2000
Portaria 466/2000: Estabelece a competência dos Estados e do Distrito Federal para a determinação do limite percentual de cesarianas, bem como medidas para a redução do número de cirurgias.	2000
Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	2004
Lei nº 11.108/2005: Garante o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.	2005

⁷

Tabela elaborada com base nos dados extraídos do artigo intitulado “Direito à Saúde e Inserção Internacional Brasileira: O Caso Da Atenção Obstétrica Entre 1995 e 2014”, devidamente referenciado ao final do presentes estudo.



Portaria n° 1.067/2005: Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal	2005
Resolução n° 36/2008 da ANVISA: Regulamenta o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal	2008
Portaria 1.459/2011: Institui a Rede Cegonha	2011
Distribuição no Brasil da publicação “Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças”.	2011
Resolução n° 36/2013: Institui ações para a segurança dos pacientes em serviços de saúde, estipulando a criação de Núcleo de Segurança do Paciente nos órgãos de saúde.	2013
Resolução n° 338/2013 da Agência Nacional de Saúde Suplementar: Estipula os princípios da atenção à saúde na rede suplementar, entre eles o estímulo ao parto normal.	2013
Portaria n° 371/2014: Diretrizes para o atendimento integral e humanizado ao recém-nascido no âmbito do Sistema Único de Saúde.	2014



Conclusão

A partir do trabalho realizado, é possível extrair as seguintes conclusões:

1. Primeiramente, o parto era visto como um castigo, a ser enfrentado pela parturiente, pelo fato de ter se submetido à uma experiência sexual. Tal concepção tinha nítido viés religioso e era influenciada pela Igreja Católica;
2. Após, com a noção de que mulher precisava ser salva de sua natural condição, a medicina passou a reclamar seu papel nos procedimentos relativos ao parto. Surgem, então, os instrumentos cirúrgicos como o fórceps, bem como a realização dos partos sob sedação;
3. Devido à altíssima taxa de mortalidade de mulheres e recém-nascidos, os procedimentos de sedação e as práticas invasivas desnecessárias começaram a ser questionadas;
4. Tais questionamentos ocorrem primeiro nas ciências sociais e em movimentos feministas, por exemplo, chegando apenas depois às ciências médicas que, como é sabido, tendem a resistir às mudanças em seus procedimentos;
5. Entretanto, o movimento pela “humanização do parto” avançou e ganhou força no cenário internacional e nacional;
6. Nesse sentido, podemos apontar, em âmbito internacional, os documentos produzidos pela Organização Mundial de Saúde (como o guia “Atenção ao Parto Normal”, que data de 1996);
7. O Brasil se manteve atento ao cenário internacional, seguindo as medidas propostas pela OMS, e, ainda, elaborando todo um conjunto de normas, a fim de viabilizar a humanização do parto em nosso país;
8. Entretanto, embora os inegáveis avanços, especialmente desde a década de 1990, o Brasil (e os países ocidentais, de forma geral) ainda tem muito o que aprimorar, especialmente no que se refere à formação dos profissionais da área da saúde, muitas vezes despreparados para lidar com as novas demandas e exigências sociais.

Referências Bibliográficas



DINIZ, Carmem Simone Grilo; D'ORSI, Eleonora; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; TORRES, Jacqueline Alves; DIAS, Marcos Augusto Bastos; SCHNECK, Camila A.; LANSKY, Sônia; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; RANCE, Suzana; SANDALL, Jane. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nacer no Brasil.** Disponível em <<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>>. Data de acesso: 1.7.2018.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; SALGADO, Heloísa de Oliveira; ANDRESSO, Halana Faria de Aguiar; DE CARVALHO, Paula Gaudino Cardin; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláusia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO QUESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ORIGENS, DEFINIÇÕES, TIPOLOGIA, IMPACTOS SOBRE A SAÚDE MATERNA E PROPOSTAS PARA A SUA PREVENÇÃO.** Disponível em <<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>>. Data de acesso: 1.7.2018.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Data de acesso: 1.7.2018.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesárias e episiotomias em São Paulo. <<http://www.researchgate.net/publication/307211773> >. Data de acesso: 1.7.2018. MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA: BREVES CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS E DO RESPEITO ÀS MULHERES.** In: Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL). Curitiba-PR: Vo. 2, nº 25, JUL/DEZ 2016, p. 48-60.



MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA: BREVES CONSIDERAÇÕES A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS E DO RESPEITO ÀS MULHERES.** In: Cad. Esc. Dir. Rel. Int. (UNIBRASIL). Curitiba-PR: Vo. 2, nº 25, JUL/DEZ 2016, p. 48-60.

PULHEZ, Mariana Marques. **“Parem a violência obstétrica construção das noções de violência e vítima nas experiências de parto.** RBSE- Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, Vol. 12, nº 35, p. 544-564, Agosto de 2013.

SOARES, Hector Cury; ARAUJO, Gabrielle Caseira. Direito à Saúde e Inserção Internacional Brasileira: O Caso Da Atenção Obstétrica Entre 1995 e 2014. In: **Direito e Saúde: Construindo a Justiça Social.** Coordenado por JUNIOR, Marco Aurélio Serau; BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; COSTA, José Ricardo Caetano (coordenadores). São Paulo: Ltr, 2016, p. 30-46.

Rio Grande, sexta-feira, 6 de julho
de 2018.