

REALIDADE OBSTÉTRICA DO BRASIL: PANORAMA TEÓRICO E BIBLIOGRÁFICO ACERCA DAS PROBLEMÁTICAS ENVOLVIDAS

Adriana Navarro Romagnolo¹ (✉ adriananavarro.psicologia@gmail.com), Bruna Setin Januário¹, Vivian Brandão de Freitas¹, Neliane Lazarini de Sousa², & Miria Benincasa Gomes¹

¹ Universidade Metodista de São Paulo, Brasil; ² Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Brasil

Entre as décadas de setenta e oitenta do século passado houve uma mobilização internacional no sentido de avaliar a assistência ao parto em âmbito mundial. Os principais assuntos em pauta eram os elevados índices de cesárea e a excessiva medicalização do processo de parto sem evidências científicas em vários lugares do mundo. Pontos importantes considerando que há bem pouco tempo o parto era um processo fisiológico normal (WHO, 2010). Em 1985 realizou-se a *Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto*, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1985). Essa reunião foi considerada um marco tanto para a saúde pública quanto para a defesa dos direitos da mulher e do bebê. A partir de então, estudos como este vêm sendo realizados no sentido de desenvolver uma assistência obstétrica que envolva as melhores práticas, priorizando o bem-estar da mãe e do bebê, de maneira integral (Patah & Malik, 2011).

A *Carta de Fortaleza*, documento desenvolvido nesse mesmo encontro, preconiza a liberdade da mulher para escolher a melhor posição no trabalho de parto e no momento do nascimento; a opção de ter acompanhante durante o parto e todo o trabalho de parto; o fim de alguns procedimentos médicos que, além de não apresentarem benefícios, podem gerar prejuízos quando aplicados rotineiramente. Esta reunião configurou o início de mudanças no cenário obstétrico daquele momento (ANS, 2008; Diniz, 2005).

No que se refere à realidade brasileira, observa-se a reprodução do padrão mundial. As mulheres com gestação de baixo risco são desnecessariamente expostas às situações adversas e iatrogênicas que o excesso de

tecnologia impõe, independentemente de sua situação socioeconômica (Andreucci & Cecatti, 2011). Esta realidade gera impacto em outras áreas da vida que se estendem para além do momento do nascimento. Estudos longitudinais mostram implicações da via de parto, por exemplo, na amamentação. As pesquisas indicam que a cesárea eletiva, em comparação com a cesárea de emergência ou o parto normal, gera um início tardio da amamentação e oferece pelo menos três vezes mais risco da interrupção da amamentação no primeiro mês de vida (Pereira, Fonseca, Oliveira, Souza, & Mello, 2013; Priror et al., 2012; Weiderpass, Barros, Victora, Tomasi, & Halpern 1998; Zanardo et al., 2010).

O objetivo do estudo é analisar a realidade obstétrica brasileira visando obter um panorama teórico e bibliográfico acerca das problemáticas envolvidas nesse tema, principalmente no que se refere a aspectos emocionais relacionados ao ciclo gravídico-puerperal.

MÉTODO

O presente estudo foi realizado com o método qualitativo do tipo bibliográfico. Segundo Gil (1996), esse método de pesquisa bibliográfica é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Foi realizado um levantamento teórico utilizando livros com autores associados ao tema escolhido, bem como bases de dados online, entre elas SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde Pública), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe) e Colaboração Cochrane. Também foram utilizadas apostilas disponíveis em sites do Ministério do Brasil e dados da Organização Mundial de Saúde.

RESULTADOS

O cenário obstétrico brasileiro atual divide-se em três grandes polos, são eles: o parto com assistência humanizada, cirurgias cesarianas eletivas e partos com violências obstétricas, os quais definimos abaixo.

Parto com assistência humanizada

O conceito de atenção humanizada do parto envolve o entendimento de que ele é um evento no qual a díade mãe-bebê são protagonistas em detrimento da equipe de saúde, que, em um momento de tamanha importância e repleto de significados que é o parto-nascimento, deve se colocar ao lado da mulher e da família, em uma posição de quem escuta e apoia antes da que intervém (Brasil, 2001, 2010; Rede Saúde, 2002).

A literatura aponta que, ao considerar a humanização relacionada ao parto, alguns cuidados merecem especial consideração: o acolhimento e cuidado pela equipe de saúde; o empoderamento da mulher para o trabalho de parto e o parto; a inclusão da mulher na tomada de decisões; e a concepção da gravidez e do nascimento como processos saudáveis e fisiológicos (ANS, 2008; Brasil, 2014; Ciello et al., 2012; Diniz, 2005; Wolff & Waldow, 2008).

Quanto às indicações atuais da OMS e Ministério da Saúde, os protocolos de trabalho de parto envolvem o fornecimento de bebidas isotônicas, a adoção da posição vertical ou liberdade de movimento, e o uso de métodos não-farmacológicos para aliviar a dor – como massagem, banho de chuveiro ou de imersão em água morna para aumentar o conforto materno e facilitar o trabalho de parto. Essas técnicas são acessíveis e de baixo custo, podendo ser fornecidas tanto nos serviços de saúde públicos quanto privados (Brasil, 2014; Diniz, 2003, 2005; WHO, 2010).

Violência Obstétrica (VO)

A VO é tipificada em alguns países, como é o caso da Venezuela e da Argentina. De acordo com as definições dadas pelas leis desses países, a VO é caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, ou seja, de sua saúde sexual e reprodutiva, pelos profissionais de saúde (servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições de saúde públicas ou privadas), por meio do tratamento desumano (abuso da medicalização ou negação desta quando necessária) e patologização dos processos fisiológicos, gerando perda da autonomia e capacidade de decidir sobre seus corpos e sexualidade de maneira livre (Belli, 2013; Ciello et al., 2012).

Estudo recente da FIOCRUZ (2014) mostra que uma entre quatro mulheres brasileiras relata ter passado por violência obstétrica. Há a hipótese de esses índices terem sido subestimados, pois uma quantidade significativa de mulheres não tem consciência de que não receber esclarecimentos sobre o que será feito com seu corpo, não dar consentimentos sobre determinadas intervenções, ter seu parto acelerado por conveniência profissional ou receber indicação de cesárea eletiva são, também, violências obstétricas (Andrade & Lima, 2014; ANS, 2008).

As intervenções mais usadas como rotina no Brasil em mulheres de baixo risco, apesar de não terem evidências médicas para essa prática são: episiotomia (observada em mais de 50% das mulheres é a única cirurgia feita sem o consentimento da mulher e sem que ela seja informada sobre suas indicações e contraindicações); posição litotômica (utilizada em 90% das mulheres); gotejamento de ocitocina, “dilatação” e ruptura artificial de membrana amniótica (utilizado em 40% das mulheres); e a manobra de Kristeller (ACOG, 2014; Amorim & Katz, 2008; Carvalho et al., 2010; Ciello et al., 2012; Leal et al., 2014; WHO, 2009).

Quanto à violência obstétrica relacionada ao tratamento desumano dos profissionais e técnicos, pesquisas recentes assinalam: tratar uma mulher em trabalho de parto de maneira a fazê-la se sentir inadequada, humilhada, inferiorizada, incapaz; impedir ou dificultar que a mulher tenha um acompanhante de sua escolha durante todo o seu parto e trabalho de parto (esse direito, apesar de comumente negligenciado, é resguardado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005); exigir que a mulher se submeta a procedimentos desnecessários e, muitas vezes dolorosos, como raspar os pelos pubianos, realizar lavagem intestinal, receber exames de toque com a porta aberta, manter-se em posição ginecológica com portas abertas; discriminar ou ridicularizar a mulher por alguma característica ou condição pessoal; submeter a mulher a vários exames de toque realizados por vários profissionais diferentes sem seu consentimento prévio, mesmo que para o processo de aprendizagem da prática médica etc. (Belli, 2013; Bowser & Hill, 2010; Brasil, 2014; Ciello et al., 2012; Diniz, 2005; Leal et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008).

Cirurgia cesariana eletiva

De acordo com o Manual Merck Sharp & Dohme Corp (2009): A cesariana é o parto cirúrgico por meio de uma incisão feita no abdômen e no útero da mãe. Recorre-se a esse processo quando os médicos consideram

que é mais seguro do que o parto vaginal para a mãe, para o bebê ou para ambos.

Inicialmente, a cesariana era realizada em caso de óbito materno com o objetivo de salvar a vida do bebê. Posteriormente, foi ampliado seu uso, porém, ainda no sentido de salvar vidas, frequentemente em gestações de alto risco. Para a Organização Mundial de Saúde, não existem justificativas para índices superiores a 15% de cesarianas em qualquer região do mundo. Esse procedimento, contudo, vem sendo realizado em larga escala por vários motivos como: redução da sensação de dor, realização de laqueaduras, interesses médicos, receio de processos, conforto para mulher, entre outros. Observa-se, contudo, que o aumento dessa via de parto não é homogênea em todas as regiões. Em populações subdesenvolvidas e de baixa renda a cesárea vem sendo usada com escassez, deixando de salvar vidas pela precária disponibilidade de hospitais e profissionais de saúde aptos a realizá-la. Por outro lado, em populações economicamente privilegiadas o uso é excessivo, desnecessário e, muitas vezes, está associado a consequências negativas à mãe e ao bebê (Betrán et al., 2007; Chiavegatto, 2013; WHO, 2009, 2010).

A taxa de cesárea no Brasil é a mais alta do mundo segundo pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2014). Verifica-se que essas taxas chegam a 52% sendo que, na rede suplementar, 88% dos nascimentos foram cirúrgicos, sendo a grande maioria agendada para 36 a 38 semanas de gestação. Chiavegatto (2013), analisando as taxas de cesárea na cidade de São Paulo, identificou um aumento significativo dessa cirurgia em véspera de datas importantes (feriados e comemorações festivas), além da redução progressiva desses partos aos domingos. Considerando os partos vaginais, os autores verificaram homogeneidade entre os dias do ano. Estes dados sugerem conveniência médica na escolha de datas, evitando a interrupção do feriado para assistir a um parto e ferindo a bioética. Outra questão que se coloca aqui é que, com o agendamento antecipado, há grande chance de o bebê não estar suficientemente maduro para nascer (Chiavegatto, 2013; Ferrari, 2009; Leal et al., 2014; Patah & Malik, 2011; Uzcátegui & Cabrera, 2010).

DISCUSSÃO

No Brasil, as mulheres com níveis socioeconômicos mais elevados dão à luz em hospitais privados. Enquanto essas estão mais propensas a

receber uma cascata de intervenções e medicalização até chegar a uma cesariana, estão menos expostas ao tratamento desumano da violência obstétrica. Aquelas que utilizam o serviço público e, em sua maioria, vivenciam um parto normal, tendem a ser submetidas à episiotomia e tratamentos desumanos pelos profissionais de saúde (Leal et al., 2014).

No que se relaciona à melhoria da assistência obstétrica, o Ministério da Saúde tem desenvolvido um conjunto de estratégias a fim de reduzir a morbimortalidade materna e neonatal além de ampliar o acesso, a qualificação e a humanização da atenção nas mais diversas situações, como durante o pré-natal, ao parto, ao nascimento, ao puerpério, ao recém-nascido e à situação de abortamento. Na direção de qualificar a assistência ao parto, observa-se que a mulher em trabalho de parto e parto necessita receber um cuidado humanizado, o que envolve a possibilidade de acesso aos avanços científicos e principalmente, o exercício da cidadania, priorizando sua liberdade de escolha nos encaminhamentos durante as ações que permeiam o processo de parir (Brasil, 2001). Ainda assim, cabe ressaltar que mesmo com todas as cartilhas e diretrizes disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, muitas instituições ainda não adotam as recomendações exigidas.

A humanização da assistência ao parto é um tema discutido há bastante tempo, porém, ainda de pouca repercussão e compreensão entre aqueles que não possuem contato com o assunto. Ainda assim, é uma discussão que tem ganhado força e que tem crescido bastante nos diferentes veículos de comunicação. Podemos observar grande importância no campo da Psicologia devido aos fortes impactos biológicos, psíquicos e sociais que a gestação, o parto, o puerpério e a maternidade representam não só na vida da mulher, mas de todos aqueles em seu convívio, bem como para a contribuição na construção de políticas públicas a fim de promover melhorias na realidade atual.

REFERÊNCIAS

ACOG – The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). *Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus*, n.º1.

- Disponível em <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, Ministério da Saúde (BR). (2008). *O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS.
- Amorim, M. M. R., & Katz, L. (2008). O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, 36(1), 47-54.
- Andrade, M. A. C., Lima, J. B. M. C., & BRASIL. Ministério da Saúde. (2014). O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento* (pp. 19-46). Brasília: Ministério da Saúde.
- Andreucci, C. B., & Cecatti, J. G. (2011). Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: Uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6), 1053-1064. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos [Obstetric violence: Another form of Human Rights violation]. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.
- Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., & Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 21(2), 98-113. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Harvard School of Public Health. University Research Co., LLC. Disponível em http://tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
- Brasil – Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. (2001). *Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil – Ministério da Saúde. (2014). *Humaniza SUS 4: Humanização do parto e do nascimento*. Disponível em http://www.abenfomg.com.br/site/arquivos/outros/107_Caderno_Humanizasus_v4_HUMANIZA%C3%87%C3%83O_PARTO_2014.pdf
- Carvalho, V. F. D., Kerber, N. P. D. C., Busanello, J., Costa, M. M. G. D., Gonçalves, B. G., & Quadros, V. F. D. (2010). Práticas prejudiciais ao parto:

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

- Relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11, 92-98.
- Chiavegatto, A. D. P. (2013). Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. *Ciência & Saúde coletiva*, 18(8), 2413-2420.
- Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L., & Santos, K. S. (2012). *Parto do Princípio. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Disponível em <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde coletiva*, 10(3), 627-37.
- Diniz, C. S. G. (2003). *O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto*. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina USP. Disponível em http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivaextensao_2_cartilhaparto.pdf
- Ferrari, J. (2009). A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Bioética*, 17(3), 473-495.
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. (2014). Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 30.
- Gil, A. C. (1996). *Como elaborar projetos de pesquisa*, São Paulo: Atlas.
- Leal, M. D. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., ... & Gama, S. G. N. D. (2014). Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de saúde pública*, 30, S17-S32. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- Merck Sharp & Dohme Corp. (2009). Complicações do Parto. In *Secção 22: Problemas de saúde da mulher*. Manual MSD. Portugal. Disponível em <http://www.manuaismsd.pt/?id=275&cn=2049&ss=>
- Patah, L. E. M., & Malik, A. M. (2011). Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 185-194. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>
- Pereira, C. R. V. R., Fonseca, V. D. M., Oliveira, M. I. C. D., Souza, I. E. D. O., & Mello, R. R. D. (2013). Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), 525-534. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>

- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), 1113-1135. doi: 10.3945/ajcn.111.030254
- Rede Saúde. (2002). *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.
- Uzcátegui, U. O., & Cabrera, C. (2010). Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 70(1), 47-52.
- Weiderpass, E., Barros, F. C., Victora, C. G., Tomasi, E., & Halpern, R. (1998). Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: Estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32(3), 225-231.
- WHO – World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.
- WHO – World Health Organization. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. Disponível em <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>
- WHO – World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, Mailman School of Public Health. (2009). *Monitoring emergency obstetric care: A handbook*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/obstetric_monitoring.pdf
- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: Mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e sociedade*, 17(3), 138-151.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275-279. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x