

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

**SAMANTA BLASCKIEWICZ PINTO**

**Evolução da Obstetrícia:  
repercussões na humanização do nascimento**

**São Leopoldo  
2011**

**SAMANTA BLASCKIEWICZ PINTO**

**Evolução da Obstetrícia:  
repercussões na humanização do nascimento**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientadora: Leila Regina Rabelo

**São Leopoldo**

**2011**

Dedico esta conquista a todos aqueles que confiaram em mim. Aos meus pais, aos mestres, à equipe do Amparo Maternal de São Paulo, a minha amiga e Enfermeira Obstétrica, Lúcia Chaves Pfitscher e a orientadora deste trabalho Leila Regina Rabello como forma de agradecimento pelo aprendizado recebido e confiança depositada.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado a graça de realizar mais este sonho.

Aos meus pais, Martha e Wilson, pelo apoio, amor incondicional e compreensão nos momentos de ausência.

À minha família e amigos, pela ajuda, presença constante ao meu lado durante todo o curso e confiança de que eu venceria.

Às professoras que fazem parte do curso de Especialização em Obstetrícia desta Universidade.

À Enfermeira Obstetra Lúcia Chaves Pfitscher, pelo carinho e confiança durante toda minha trajetória acadêmica.

À Leila Regina Rabelo, minha orientadora, pelo carinho, oportunidade de convivência, apoio, compreensão e paciência durante todo o curso de especialização, em especial na realização deste trabalho.

A todos que de alguma maneira participaram comigo deste sonho, hoje transformado em realidade.

## RESUMO

Na obstetrícia atual, entende-se o movimento de humanização como uma tentativa de resgate do nascimento como um acontecimento normal e fisiológico na vida da mulher. A desmedicalização e desospitalização desta prática vêm sendo defendida por profissionais da saúde e por mulheres que cada vez mais demonstram o desejo de ter o controle sobre o seu corpo na hora do nascimento de seus filhos. Por isso, este trabalho teve como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre a evolução da Obstetrícia e suas repercussões nas políticas públicas de humanização para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, realizado através de pesquisa bibliográfica, abrangendo todas as fases necessárias para o seu desenvolvimento. O cenário atual de assistência ao parto, com excesso de intervenções, repercute na escolha da mulher pela cesariana. Por isso, a proposta do Ministério da Saúde nos crescentes movimentos em prol da humanização do atendimento ao parto tem o intuito de resgatar o nascimento no seu contexto mais natural. Para isso, o desenvolvimento profissional precisa ser constantemente buscado, atualizado e repensado para que seja evitado a rotinização e banalização do cuidado dispensado.

**Descritores:** Parto, Humanização, Nascimento.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2</b>	<b>Fases do estudo .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3</b>	<b>Local do estudo .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS .....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
<b>5.1</b>	<b>Parto e aspectos emocionais envolvidos .....</b>	<b>12</b>
<b>5.2</b>	<b>Obstetrícia no Mundo e no Brasil .....</b>	<b>12</b>
<b>5.2.1</b>	<b>Assistência Obstétrica atual .....</b>	<b>20</b>
<b>5.3</b>	<b>Humanização no atendimento às mulheres .....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente fala-se muito em humanização no cuidado ao paciente. Na obstetrícia entende-se este movimento como uma tentativa de resgate do nascimento como um acontecimento normal e fisiológico na vida da mulher. A desmedicalização e desospitalização desta prática vêm sendo defendida por profissionais da saúde e por mulheres que cada vez mais demonstram o desejo de ter o controle sobre o seu corpo na hora do nascimento de seus filhos.

Durante a evolução da obstetrícia, nota-se um retrocesso no que diz respeito às relações humanas. A invasão tecnológica passa a tratar a gestação com uma patologia, sobrepondo-se à fisiologia feminina. O cuidado medicalizado, a valorização de riscos e perigos, subestimando a capacidade da mulher de dar a luz, acrescidas, muitas vezes, de atitudes ultrajantes que depreciam e descaracterizam a mulher, acabaram por torná-la impotente e vulnerável para enfrentar os desafios inerentes ao parto.

A partir do século XVIII, a presença da parteira no atendimento ao parto começa a ser substituída pela presença do homem como cuidador na figura do médico. E a partir deste momento a prática obstétrica introduz novas tecnologias, como o fórceps e a cesariana, que visam combater os altos índices de mortalidade materna e perinatal (DIAS; DESLANDES, 2006).

O modelo de parto tecnológico, que privilegia o prático, cômodo, rápido e lucrativo em substituição ao imprevisível e incoercível, esvazia os significados afetivos e existenciais que permeiam o parto. Na atualidade, o lógico caracteriza-se pela não submissão às forças da natureza, mas sim ao controle tecnológico, compatível com o que é considerado bem-estar, ou seja, a capacidade de consumir e programar todas as coisas (JAKOBI, 2001).

No intuito de resgatar o nascimento de forma natural, o Ministério da Saúde propõe políticas públicas que promovem a capacitação de profissionais para o atendimento a estas mulheres de forma humanizada e competente. A formação de enfermeiros obstetras é uma das estratégias deste órgão, que visa à redução das taxas de cesarianas e a fundamentação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002).

A capacitação destes profissionais se contrapõe ao atendimento medicalizado e intervencionista hoje conhecidamente dispensado as parturientes. O atendimento

humanizado ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstetras é reconhecido pela utilização de métodos não invasivos, como por exemplo, os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, respeito à mulher e pelo cuidado holísticos realizados por estes profissionais.

A idéia para o desenvolvimento deste estudo originou-se das experiências vivenciadas durante o curso de graduação e de especialização em enfermagem obstétrica. Nessas experiências evidenciou-se a descaracterização da gestação e do nascimento, sendo estes abordados como uma patologia. A realidade presenciada de banalização e utilização de práticas altamente intervencionistas no parto se contrapõe a ideologia dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica que primam por uma assistência encontrada nas origens do nascimento, de quando a mulher era protagonista de seu parto. Notou-se que ao longo da história, crianças não deixaram de nascer, mas a forma de nascimento foi muito modificada.

Por isso mesmo, este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre a evolução histórica da obstetrícia e suas repercussões sobre as políticas públicas de humanização para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

## **2 OBJETIVO**

Realizar um levantamento bibliográfico sobre a evolução histórica da obstetrícia e suas repercussões sobre as políticas públicas de humanização para o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, realizado através de pesquisa bibliográfica.

Estudo qualitativo para Minayo (1996) é uma tentativa de desvendar o número de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que estão relacionados a um espaço mais profundos das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a pesquisa qualitativa está fundamentada no modelo naturalista relacionado com o aspecto da complexidade humana, ressaltando a compreensão da experiência da maneira como é vivenciada, sendo subjetivamente analisada.

Os estudos exploratórios, conforme Gil (1989) objetivam familiarizar o pesquisador com o problema, visando torná-lo explícito, ou seja, aprimorar idéias. Pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002), é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído por livros, artigos científicos, teses e dissertações.

#### **3.2 Fases do estudo**

De acordo com Gil (1989) para se produzir uma pesquisa bibliográfica o estudo deve abranger as seguintes fases:

a) Determinação do objetivo: o primeiro procedimento da pesquisa foi formular claramente o objetivo. Isto foi realizado para que as fases posteriores pudessem prosseguir de maneira satisfatória, com a obtenção de informações acerca de técnicas de coleta, obtenção dos dados em resposta ao problema formulado e interpretação dos resultados;

b) Elaboração do plano de trabalho: Após a definição clara do objetivo foi definido o plano de trabalho que seguiu de orientação para o desenvolvimento do tema proposto.

c) Identificação das fontes: consistiu na identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto;

d) Localização das fontes e obtenção do material: nesta fase da pesquisa procedeu-se a localização das obras, realizada através de fichários das bibliotecas e de sites de busca de dados com a utilização da internet;

e) Leitura do material: estando de posse do material iniciou-se a fase da leitura deste, atentando para a identificação de informações e dados, estabelecimento de relações entre as informações e os dados obtidos com o problema proposto, bem como a análise da consistência das informações e dados apresentados pelos autores. A classificação dos tipos de leitura propostos por Gil (1989) considera cinco tipos de leituras, cuja ocorrência se dá em função do avanço da pesquisa sendo elas: a leitura exploratória; a leitura seletiva; a leitura analítica e, por fim, a leitura interpretativa;

f) Tomada de apontamentos: para uma tomada de notas eficiente, foi realizada levando em consideração o problema da pesquisa, uma vez sabido que a retenção do que é lido apenas parte fica gravado na memória;

g) Redação do trabalho: esta foi a última etapa da pesquisa bibliográfica, que é constituída da redação do trabalho, tendo como base o plano definido e o confronto com os apontamentos dos documentos (GIL, 1989).

### **3.3 Local do estudo**

Para se obter as informações realizou-se um levantamento bibliográfico, utilizando-se critérios de seleção/inclusão tais como: periódicos, livros do acervo das bibliotecas da UNISINOS, revistas científicas, banco de dados virtuais, dentre eles, periódicos CAPES, CNPq, ABEN, MEDLINE, LILACS, BIREME, entre outros, produzidos/publicados não havendo dada limite de publicação.

#### **4 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS**

Considerou-se respeito à autoria das fontes utilizadas para a revisão, referenciando as idéias dos autores citados no texto e nas referências conforme normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, respeitando a lei dos direitos autorais de número 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

A pesquisadora comprometeu-se em realizar a adequada citação dos autores consultados, que segundo Goldim e Francesconi (2005), é um dos pressupostos éticos da produção científica.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo buscou subsídios na literatura para contemplar o objetivo proposto pelo estudo.

### 5.1 Parto e aspectos emocionais envolvidos

Segundo Saunders (2002) a gestação é uma crise maturacional que envolve reestruturação de identidade e redefinição de papéis, onde a mulher passa a ser vista e a se ver de maneiras diferentes.

É um período de intensas alterações corporais, comportamentais e de condição social. Acontecem as modificações psicossociais na mulher e nos membros da família, quando enfrentam alterações importantes não só no papel desempenhado por eles, mas também no estilo de vida (RICCI, 2008).

A gestante apresenta labilidade emocional diante das mudanças físicas, hormonais e psicológicas que ocorrem durante a gestação no organismo materno. A insegurança e o medo de ser mãe acompanham a mulher grávida até os momentos finais do ciclo gestacional (MALDONADO, 1997).

De acordo com Houaiss (2001) a definição de parto provém do latim partus: fruto do ventre, criança, feto, barrigada (dos animais), ninhada; ato ou efeito de parir. Em obstetrícia se define como um conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam a expulsão do feto e de seus anexos do corpo da mãe.

Em um consenso comum entre os pesquisadores da área, a definição deste momento se dá por uma seqüência de fenômenos involuntários nos quais as contrações uterinas regulares e rítmicas provocam o apagamento e dilatação do colo uterino, que em conjunto com o esforço abdominal voluntário resultam na expulsão via vaginal do concepto (WAGNER, 2004).

Lowdermilk (2002) traduz em outras palavras que parto só é possível graças às contrações uterinas que dilatam a cérvix e o colo uterino, e em uma segunda fase as contrações dos músculos abdominais e do diafragma, que provocam a expulsão do feto.

De acordo com Ricci (2008) o trabalho de parto é dividido em 4 estágios de diferentes durações sendo estes o estágio de dilatação, expulsão, placentário e de estabelecimento.

O estágio, ou período, de dilatação é dividido em 3 fases: fase latente, mais longa com início das contrações regulares com pouca duração, intensidade leve e pouco apagamento do colo uterino; a fase ativa é considerada o trabalho de parto propriamente dito, inicia com as contrações mais freqüentes, mais fortes chegando a fase de transição, onde a dilatação e apagamento do colo são completados (MARTINS-COSTA et al., 2006; RICCI, 2008).

O estágio de expulsão começa com a dilatação e apagamento completos da cérvix e termina com a expulsão total do feto, seguida pelo estágio placentário, ou de dequitação, que envolve a saída completa da placenta e seus anexos. Com a saída da placenta inicia-se o estágio de restabelecimento, 1 à 4h após o nascimento, quando ocorrem os reajustes fisiológicos materno (MARTINS-COSTA et al., 2006; RICCI, 2008).

O ato de parir é importante para o processo da maternidade. Embora seja fisiológico, compreende também um momento de emoções, relações e sensações, sendo vivenciado não só pela mãe, mas pelo casal inserido em um contexto cultural e ambiental. O casal torna-se biologicamente e culturalmente capaz de receber e cuidar de um novo ser humano através de seu conhecimento cultural e sociológico (WEISSHEIMER, 2002).

A equipe que está prestando cuidados a estas mulheres deve ter em mente as diferenças que existem entre elas no que diz respeito a sua história pessoal, suas crenças, culturas, diferenças sócio-econômicas, planejamento e investimento emocional na concretização da gestação (ESPÍRITO SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005).

A vivência pessoal do processo de parturição abrange a história de vida, experiências anteriores, personalidade, nível de informação, cultura e o simbolismo próprio de parto e filho. Cada mulher ou homem reagirá a sua maneira durante as contrações no trabalho de parto, no parto, puerpério e no nascimento de um filho (ÁVILA, 1998).

O autor ainda ressalta que, apesar do avanço tecnológico em obstetrícia, o medo do parto para muitas mulheres continua como o de décadas atrás, mesmo com a diminuição dos riscos de morte e atenuação das dores do processo de parturição (ÁVILA, 1998).

O momento do parto transforma a mulher em mãe, dando continuidade a interação com o filho já existente durante a gravidez, e acrescenta outra qualidade

em sua vida. Na ocorrência do nascimento, a criança passa por um momento de vulnerabilidade que marcará toda sua vida e depende de como será processada esta assistência a ambos (ODENT, 2000).

A qualidade da assistência prestada ajuda na diminuição de riscos materno-fetais e exige um esforço cuidadoso e individualizado da equipe de saúde. Orientar, comunicar e estreitar o vínculo com a cliente e sua família, é um processo integrado de manejos que favorecem uma ampla percepção da promoção da saúde, permitindo ao casal a tomada de decisões mais adequadas, criando uma consciência sobre o cuidado de sua própria saúde, individual e coletiva (AGNES; ZÁCHIA; REICHELT, 2006)

## **5.2 Obstetrícia no mundo e no Brasil**

Estar grávida e dar à luz são como cruzar uma ponte estreita. As pessoas podem acompanhar você até a ponte. Podem saudar você do outro lado. Mas você atravessa a ponte sozinha... (RICCI, 2008, p. 4)

A origem da obstetrícia está no conhecimento acumulado pelas parteiras, mulheres que dominavam os cuidados ao parto.

No período pré-histórico, o ato de parir era um momento solitário, partindo das próprias mulheres a iniciativa de auxiliarem umas as outras com conselhos e práticas diversas. A observação da desenvoltura do corpo feminino sempre esteve ligada a parturição. Além da magia da reprodução, a ocorrência repetida de sintomas comuns produziu um sentimento de familiaridade com os processos de parto e aborto, ciclos menstruais e da ausência desses durante a gravidez. Supõe-se dessa forma que o ato de partejar, sob a condução da parteira, esteja ligado desde os primórdios com o evento do parto e conseqüentemente com a perpetuação da espécie humana (DINIZ, 1996).

No capítulo inicial da Bíblia, Gênesis, o verso “Em meio das dores do parto, disse-lhe a parteira: Não temas, pois ainda terás este filho.”, já existe alusão ao parto, o nascimento e às parteiras (GÊNESIS 35, 17).

As concepções a respeito do determinismo do parto orientavam e justificavam as condutas em relação à mãe e ao bebê. A idéia de parto como um momento decorrente da vontade divina, transformou a assistência a parturição como algo eminentemente beneficente. As anomalias do ciclo grávido-puerperal refletiam a vontade de Deus. Se o trabalho de parto transcorria sem problemas era porque assim era a vontade de Deus, no entanto caso houvesse complicações era porque Deus estava castigando a mulher por seus pecados cometidos (WAGNER, 2004).

As mulheres mais velhas eram quem sempre atendiam o parto e ajudavam nas curas, às vezes recomendando poções curadoras e, quando não tinham apoio dos senhores da Igreja, eram freqüentemente castigadas por suas imperícias, e não raras às vezes eram queimadas nas fogueiras para purificarem sua alma. O ato de partejar, a reprodução e a perpetuação da vida no mundo ocidental sempre estiveram ligadas a ascensão do poder da Igreja Católica.

Na fase denominada pré-hipocrática, que se estendeu até o século V a.C., há o predomínio do chamado parto místico, no qual deuses eram invocados para que o nascimento fosse bem sucedido. O papel da parteira era representado por amigas, vizinhas ou mulheres mais experientes que tinham conhecimentos leigos cujas experiências eram passadas entre as gerações e variavam de acordo com sua cultura (GENARI; GENARI, 1999).

Na fase hipocrática (séc. V a.C. até o séc. III d.C.), têm-se o destaque da figura de Hipócrates, na Grécia, que foi responsável por importantes evoluções obstétricas. Intervenções cirúrgicas nos partos e utilização de embriotomias (retirada de fetos mortos) marcam a investigação de fenômenos diretamente na natureza e questionam sua origem mágica (GENARI; GENARI, 1999; DELASCIO; GUARIENTO, 1994).

A fase pós-hipocrática estendeu-se até o séc. VII, sendo marcada pela pouca evolução nas teorias obstétricas (GENARI; GENARI, 1999).

Entre os séculos VII e XV, as práticas mágicas de atendimento ao parto são fortalecidas. O conhecimento desenvolvido até então estava concentrado na mão de sacerdotes, que se recusavam a realizar exames manuais nas gestantes (GENARI; GENARI, 1999; DELASCIO; GUARIENTO, 1994).

As manifestações fisiológicas do corpo feminino, ligadas à maternidade e à sexualidade, o medo das secreções femininas, do sangue menstrual, dos lóquios, enfim, de todas as manifestações fisiológicas inerentes a mulher foram mitificadas

transformando-se em empecilhos para política vigente da sociedade medieval, pois o modelo filosófico era de aversão as mulheres, cuja vida social girava em torno do Teocentrismo (COSTA, 2002).

No final da Idade Média a arte de partejar, acumulada pelas parteiras durante séculos, transformou-se em uma arma poderosa contras elas próprias. As práticas de partejar foram associadas à heresia e fatalmente levaram milhares de parteiras a serem queimadas nas fogueiras. A obra dos inquisidores Heinrich Kramer e James Sprenger, escrita em 1484, *Malleus Maleficarum* – O Martelo das Feiticeiras deixa claras as razões pelas quais, segundo os autores, as parteiras deveriam ser torturadas e mortas. “Ora, [...] os maiores males são perpetuados pelas parteiras, são elas que mais ofendem a fé na sua heresia diabólica.” (COSTA, 2002, p. 24).

Grande parte dos conhecimentos acumulados pelas parteiras durante o período renascentista foi sendo desarticulado pela conjuntura política e pela Igreja, através da inquisição ainda aliada a uma clara intervenção do estado em controlar e fiscalizar a fertilidade feminina, mesmo com as mudanças na forma de pensamento, das regras éticas, econômicas, jurídicas e sociais da nova classe burguesa. Todas essas modificações permitiram um esfacelamento do papel da mulher no domínio público, brotando quatro séculos de terror e morte, onde o ato de cuidar das mulheres no momento de renovação da espécie humana foi transformado em cinzas, juntamente com as mulheres que foram queimadas nas fogueiras (COSTA 2002).

A participação masculina durante o parto foi pouco freqüente até o final do século XVII. Obstáculos morais pertinentes a época impediam a entrada de homens aos aposentos das mulheres no momento de dar a luz. A concepção de que o parto é um evento natural e comandado pela vontade do feto, contribuía para manter a medicina longe da parturiente. Poucos eram os homens que conheciam a fisiologia da mulher e em especial o parto, e quando eram convocados para atender ao parto estavam mais preocupados com a hemostasia, a sutura e os outros problemas (OSAVA, 1997).

Legalmente, a cesariana era somente permitida em casos de morte materna, vigorando essa proibição por muitos séculos. A recomendação era de que o cirurgião agisse com urgência para salvar o bebê e deveria assegurar-se de que a mulher havia realmente morrido. Seguindo essas leis, em muitos casos o médico-cirurgião atendia aos partos acompanhados de padres para prestarem a extrema

unção caso a cesariana fosse necessária. Tal exigência retardava o procedimento, e as chances de vida do feto eram mínimas (OSAVA, 1997).

O advento que trouxe definitivamente a participação masculina no parto, o fórceps, foi inventado em 1580 por Peter Chamberlen que o manteve em segredo de família por mais de um século, pois nesta época os médicos no momento do parto apalpavam as genitais femininas sem que fossem vistas, pois as imposições pregadas pela igreja obrigavam os homens a prestarem uma assistência literalmente por *baixo de panos* (OSAVA, 1997).

O fórceps foi paulatinamente substituindo a embriotomia no século XVI. Popularmente chamado de *mãos de ferro*, propiciou uma maior influência na aceitação da obstetrícia com disciplina técnica e científica. Alterando os preceitos de cuidar da parturiente, essa nova técnica passou a interferir no curso do nascimento, até então entregue à vontade de Deus, desafiando a noção do nascimento como um ato comandado pelo destino. Provocou dessa forma uma luta do homem contra a natureza, iniciando uma materialização do conceito de parto como um ato comandado, não mais pela natureza, mas sim pela vontade humana (OSAVA, 1997).

Em se tratando de uma sociedade com aversão as mulheres, consideradas intelectualmente inferiores aos homens, o uso do fórceps por elas foi proibido, trazendo com isto mudanças importantes à assistência obstétrica, estabelecendo a exclusão da profissão de parteira (RHODES, 1985; MOSSA, 1992; OSAVA, 1997).

Os séculos de transição para a modernidade, os progressos na área da medicina e a mudança no modelo de assistência à parturiente, passa a ser de responsabilidade médica. A partir da segunda metade do século XVIII, o atendimento por um médico homem vira moda. A preferência por pagar os honorários médicos era no sentido de mostrar que podiam dar os melhores cuidados para suas mulheres (KITZINGER, 1978).

Segundo Progianti (2001, p. 46):

A arte de partejar fora milenarmente constituída como saber-poder-fazer feminino, rico em conhecimentos populares, orientado pela instituição e pela experiência vivida no cotidiano. Não obstante, no contexto do processo de medicalização da sociedade, tal prática foi transformada em saber-poder-fazer masculino. Segundo a lógica da ciência vigente, o saber feminino, foi considerado um falso conhecimento, que precisava ser rompido por um saber masculino, rico em conhecimentos bio-tecnológicos, seguindo os métodos da ciência racional.

A prática médica, estando ligada estritamente aos conventos e mosteiros, herda os privilégios didáticos do clero, sendo favorecida pela criação das cátedras de Medicina, exigindo dessa maneira a formação universitária para o exercício da medicina e criando leis e estatutos que regem o status social da categoria (GEOVANINI, 2002).

Com a preferência do atendimento médico ao atendimento das parteiras, surge o termo *obstetra* que provém do latim e significa ficar a frente (RICCI, 2008).

Durante o século XIX, foram estudadas diversas hipóteses para resolver a participação das parteiras, sendo tais práticas subjugadas aos domínios da medicina. Na Inglaterra, uma proposta foi a de concentrar as mulheres médicas na prática obstétrica, o que não foi possível devido ao baixo índice de mulheres médicas e ainda pelo fato de que nem todas queriam seguir a obstetrícia. Outra proposta foi à fundação de cursos para a formação de enfermeiras que atuassem como uma espécie de subordinada dos médicos, prestando cuidados às gestantes sob suas ordens. Esta idéia também não floresceu, uma vez que não era do consenso da classe médica a necessidade de tal profissional. Para os cirurgiões, existia um perigo potencial em toda gravidez e parto, sendo uma razão considerada suficiente para ter um médico nessas ocasiões, contudo os médicos clínicos discordavam da participação masculina no parto considerando um intolerável atentado ao pudor (WAGNER, 2004).

Outra proposta para resolver o problema foi a capacitação de mulheres para atuarem no parto, o ensino das parteiras, ao lado dos cursos de medicina e ministrado por médicos. Às mulheres cabia a assistência ao parto e a outros fenômenos reprodutivos, enquanto aos homens cabiam-lhes as atividades de médicos e de farmacêuticos (BRANDÃO, 1998).

No início do século XX, a reedição da caça as parteiras foi marcada por dois fatos de grande repercussão nos modelos de assistência ao parto. Na Inglaterra, a promoção da lei das parteiras, o *Midwives' Act* de 1902, reconhecia as parteiras como profissionais, incorporando dessa forma, a profissão de parteira ao sistema de saúde oficial naquele país. Em contrapartida nos Estados Unidos, as elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, responsabilizavam as parteiras por tais problemas, ficando conhecido o episódio como *Midwives Problem*, culminado na marginalização do trabalho das parteiras, e no desenvolvimento da assistência ao parto exclusivamente por médicos (OSAVA, 1997).

Neste período de ascensão do capitalismo, a prática médica ganha destaque com o advento da medicina política e social nascida das articulações da esfera produtiva pelas aquisições científico-tecnológicas, geradas pela revolução industrial. A importância política da categoria dos médicos se destaca a medida que os seus membros passam a fazer parte da elite econômica, reforçando com isso o poder dos médicos (GEOVANINI, 2002).

Com o surgimento da enfermagem como profissão independente e vinculada à publicidade dos excelentes trabalhos que estavam sendo desenvolvidos por Florence Nightingale na Guerra da Crimeia (1854 – 1856), à medida que a profissão de parteira declinava, a de enfermeira ascendia, identificando-se com os valores de feminilidade da sociedade (OSAVA, 1997).

No Brasil, a escala da medicalização do parto teve início com a chegada da corte portuguesa ao país, no século XIX, quando foi estabelecido o ensino oficial da medicina. O médico era sempre o último recurso a ser procurado, e no caso de parto a parteira era a primeira a ser procurada (BRENES, 1991).

A estratégia médica para conquistar a atenção ao parto, durante o séc. XIX foi de construir uma imagem que inspirasse confiança, enquanto que a imagem atribuída às curiosas e as comadres era associada ao infanticídio a ao aborto (BRENES, 1991). Evidenciada também pela iniciativa, em 1832, de ensinar às mulheres a obstetrícia sob o domínio das escolas médicas. Esta iniciativa foi estrategicamente planejada para manter as parteiras diplomadas dentro dos limites impostos pela medicina, enfatizando a formação prática e garantindo o domínio médico sobre o raciocínio clínico e as decisões terapêuticas (PIRES, 1989).

Após a Segunda Guerra Mundial, já se encontra o predomínio do parto hospitalar no Brasil, evidenciando o poder médico e o “fim da feminização do parto”, conforme Osava (1997, p. 29). A autora conclui: “o ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva para a mulher e para a família, transformou-se, no hospital, em momento privilegiado para treinamento de médicos” (OSAVA, 1997, P. 29-30).

Com a preferência por atendimento masculino, maternidades começam a ser construídas. Nestes locais as mulheres mais pobres também poderiam ter seus filhos e ao mesmo tempo, tornar-se objeto de estudo clínico dos médicos e estudantes. Outra característica das maternidades é que cada vez mais as mulheres passam a ser atendidas nos hospitais, onde a parteira não tem mais acesso, sendo

a parturiente atendida pelos médicos homens e auxiliada pelas enfermeiras (WAGNER, 2004).

A formação de parteiras por escolas de parto, no Brasil, não teve um impacto significativo na assistência materna, uma vez que o número de mulheres que se formavam nestes cursos era insignificante, e as que se formavam, atuavam quase que exclusivamente nos grandes centros urbanos. No período de 1833 a 1876, não foi conferido mais de dez diplomas a parteiras pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (BRANDÃO, 1998). A inclusão da obstetrícia como área acadêmica médica a partir da metade do século XIX, fez com que a assistência prestada por parteiras mulheres durante o ciclo gestacional e puerperal perdesse grande parte de seu campo de atuação. Neste período têm-se o início de uma longa disputa entre médicos e parteiras no que diz respeito à assistência a mulher no parto e nascimento, passando a mulher de protagonista a um objeto de estudo da nova ciência médica.

O declínio da feminilização, com a expulsão das parteiras no cenário do parto, o aumento da masculinização do parto, com a entrada dos médicos e seus instrumentos, coloca em segundo plano, à margem da comunidade feminina, os acontecimentos que marcavam o nascimento. No século XX, passa a predominar o parto hospitalar. A mudança criou as condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático (DINIZ, 1996).

Com a criação das maternidades no Brasil, as parteiras diplomadas passaram a atuar nestes estabelecimentos, sob uma forma subordinada à autoridade médica. Em 1925, por um decreto federal, é extinto o curso de formação de parteiras, sendo substituído pelas escolas de formação de enfermeiras de maternidades, como uma forma de acompanhar o processo de institucionalização do parto, sendo que estes cursos, como era de praxe, permaneceriam com anexos as faculdades de medicina (BRANDÃO, 1998).

### 5.2.1 Assistência obstétrica atual

A assistência ao parto vaginal e fisiológico no século XX passou por muitas transformações, com grandes variações entre os diversos países e serviços,

acompanhando os mais diversos e estranhos modismos teóricos e técnicos (DINIZ, 1996).

O contexto atual de assistência obstétrica caracteriza-se pelo parto hospitalar dirigido com excesso de intervenções e rotinas desnecessárias ou sem evidências científicas, impessoalidade no atendimento, medicalização, falta de autonomia da mulher e taxas elevadas de cesareanas.

O modelo de assistência ao parto e nascimento, no Brasil, é extremamente intervencionista sendo tratado como evento eminentemente médico, penalizando a mulher e sua família ao ignorar a fisiologia e os aspectos sócio-culturais envolvidos na parturição (DIAS; DOMINGUES, 2005).

O uso indiscriminado da tecnologia transformou o parto num acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe a autonomia e privacidade, fazendo muitas vezes com que este evento fisiológico se transforme em um momento traumatizante para a gestante (BRUGGEMAN, 2001).

Segundo Silva, Serrano e Christoffel (2006) práticas já condenadas cientificamente, ou que sua utilização deveria ser cautelosa, são ainda rotina em muitas instituições, tais como o uso de ocitocina, a amniotomia precoce, a adoção da posição litotômica para a mulher no momento da expulsão e a episiotomia.

O atendimento hospitalar ao parto na forma de linha de montagem exige rapidez, ou seja, ficar por pouco tempo com as pacientes. Para isto o parto deve ser rápido, induzido, o que aumenta as dores, e com o uso de rotina do fórceps e da episiotomia que, segundo Diniz (1996), o popularmente chamado corte da vulva é realizado sob a justificativa de proteger o feto da rigidez dos tecidos maternos e preservar os genitais da passagem do feto, "devolvendo à mulher a condição virginal".

Embora as evidências demonstrem insistentemente sua inutilidade, seja reprodutiva ou sexual, a episiotomia tornou-se a marca rotineira da obstetrícia médica no parto vaginal atualmente.

As mulheres que procuram por assistência ao parto na rede pública ainda iniciam sua peregrinação com a busca por uma vaga, quando conseguem são separadas da família na internação, permanecem em pré-partos com outras mulheres, perdem sua privacidade e atenção as suas necessidades particulares (DIAS; DOMINGUES, 2005).

O relativo aumento de profissionais médicos na assistência ao nascimento e a incorporação de novas tecnologias como anestesia, antibioticoterapia, hemoterapia e antiseptia, tornaram o parto mais seguro e valorizado pelos procedimentos invasivos e pela possibilidade do controle cirúrgico e clínico (RICCI, 2008).

A ampliação da rede hospitalar e a sofisticação tecnológica, sem os serviços de apoio ao parto domiciliar, gera na população a necessidade do parto institucionalizado, pois o parto hospitalar oferece mais segurança e redução da mortalidade materna e perinatal, o que define que as políticas de saúde implementadas preconizam o parto institucional (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

As mudanças na assistência ao parto colaboraram para a desumanização do atendimento. A partir da década de 80, movimentos passam a criticar a assistência ao parto, a utilização de tecnologias agressivas, invasivas e potencialmente perigosas. Questionam o modelo médico centrado numa concepção do feminino como condição essencialmente defeituosa considerando o parto como evento patológico e arriscado, o que suprime e ignora as dimensões sexuais, sociais e espirituais do parto e do nascimento (DINIZ, 1996).

De acordo com Dias e Domingues (2005, p. 700) embora existam evidências científicas para a modificação do modelo assistencial médico vigente de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica na perda do poder médico. O abandono de rotinas que adéquam o trabalho de parto ao modo funcional hospitalar e a adoção de outras técnicas que privilegiem o acompanhamento fisiológico, seria perder o controle do processo de parturição e “modificar as referências do papel do médico neste contexto de assistência”

Nota-se, neste contexto, que ao ser objeto deste modelo a mulher perde sua autonomia, cabendo ao profissional a escolha sobre qual conduta seguir. Assim são inúmeros procedimentos tecnocráticos que foram incorporados como rotina na assistência ao parto constituindo uma prática mecanizada, como o são os procedimentos de tricotomia da região genital, a enteróclise, a episiotomia, a indução com ocitocina e a anestesia (SEIBERT, 2010).

Não é incomum ver mulheres sendo submetidas a procedimentos de rotina sem a informação necessária e nem mesmo o direito de escolha ou opinião. “Uma vez que ela está lá e está pagando o profissional, fica subentendido que ele recebeu a autoridade para fazer tudo (ou quase) o que ele (com sua formação, cultura, hábitos e crenças) julgar necessário” (SILVA, 2004, p.34).

Todo este processo de medicalização que caracteriza o modelo hoje hegemônico no Brasil acabou por transformar o país em um dos campeões mundiais de cirurgias cesarianas, elevando os custos hospitalares, e aumentando os riscos para mães e bebês (BRASIL, 2003).

Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, e em outras áreas afins, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. As indicações se multiplicaram e essa abundância de oportunidades, juntamente com o advento da anestesia, deu aos obstetras a possibilidade de executar a cirurgia com menos pressa, propiciando a experimentação e a inovação técnica (BRASIL, 2003).

Tais progressos tecnológicos associados a segurança do procedimento, tornaram sua indicação em situações de compromisso das condições de vitalidade, tanto fetais quanto maternas, responsável por uma grande melhoria dos resultados obstétricos. Desde o momento em que a morbidade e mortalidade associadas a cesáreas diminuíram, as indicações começaram a aumentar rapidamente e os médicos seguidamente passaram a encontrar cada vez mais razões para justificar a realização de operação cesareana (BRASIL, 2003).

Esta premissa médica enfatiza ainda que os altos índices de cesáreas são motivados pelas próprias mulheres, que a solicitam por temerem o processo do parto, seus riscos, dores e seqüelas, desestimulando os obstetras a tentarem um parto vaginal. O medo da dor, o medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina e a crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea está entre os fatores sócio-culturais que influenciam a preferência das mulheres pelo parto abdominal. Esse tipo de parto seria também mais eficaz para lidar com a ansiedade da família, já que oferece um resultado rápido e razoavelmente seguro (DINIZ, 1996).

A freqüência da cesárea é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo, mas em nenhum país a curva de aumento foi tão acentuada nem as taxas alcançam níveis tão altos como no Brasil. Essa elevação nas taxas de cesariana chega a ser considerado uma epidemia, visto que somos campeões mundiais na realização de parto cesareana. Assim a Organização Mundial de Saúde, recomenda como limite superior para sua aplicação o valor de 15% do total de parto (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

Este tipo de parto em regiões inteiras ficam acima de 70%. Em alguns serviços mantêm-se acima de 90%, onde se diz que, quando os partos normais acontecem, é porque os bebês “pregaram uma peça no médico, foram mais rápidos do que eles” (DINIZ, 2001, p. 12).

As taxas de cesáreas são indicadores de qualidade da assistência quando significam garantia de cuidados obstétricos essenciais para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. É um recurso que tem sido amplamente utilizado para salvar vidas, mas como qualquer ato cirúrgico está sujeito a risco e morte, tendo um impacto adicional sobre a saúde das mulheres e crianças. (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

Segundo Rezende (1998) no Brasil, há também uma relação específica com a formação dos médicos obstetras e a cultura médica neste campo. A cesárea a pedido é indicada pelos mais importantes professores e formadores de opinião como tratamento da neurose de ansiedade que o parto pode despertar ou ainda como preventiva das supostas lesões genitais do parto, em muitos serviços foi assumida como regra, como rotina de boa técnica.

Desde 1998, tem havido um conjunto de iniciativas governamentais no sentido de reduzir as taxas de cesárea, entre elas o apoio a que o parto sem complicações seja atendido pela enfermeira obstetriz, o pagamento da anestesia de parto nos serviços públicos de saúde e a criação de um limite percentual para a cesárea em cada serviço. Esta iniciativa tem contribuído para estabilizar ou reduzir as taxas antes ascendentes, pelo menos nos serviços públicos e em seus conveniados, ao contrário da realidade dos serviços privados, onde estas taxas aumentaram, chegando algumas localidades a atingir um percentual de 98% (BRASIL, 2003).

A prevenção da mortalidade materna deve estar aliada ao conhecimento, tecnologia disponível e a vontade política dos governantes em programar ações de saúde como acesso aos métodos de planejamento familiar, atenção pré-natal e ao pré-natal de alto risco, assegurando assistência obstétrica básica e o direito a maternidade sem riscos (BARROS; MARIN; ABRÃO, 2002).

A generalização do recurso ao parto cesáreo, tornando a medicina um apanhado empresarial em um mercado de livre controle, favorece a predominância das cesarianas nas instituições privadas e nos níveis de renda mais elevados da população.

### 5.3 Humanização no atendimento às mulheres

O processo de implementação de políticas de atendimento a saúde da mulher tem início a partir da década de 40. Neste período e até o início da década de 60, a preocupação dos governantes brasileiros e da classe médica com a saúde materna restringia-se à assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e juntamente com a criação dos centros de saúde, iniciam-se os programas de acompanhamento pré-natal, com o objetivo principal de diminuir os índices de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2003).

No entanto, este programa de saúde materna não compreendia uma política de investimentos que facilitasse a integralização da assistência. As modificações nos modelos de assistência a mulher a partir da década de 80 no Brasil, tiveram seu marco inicial na VII Conferência Nacional. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) constituiu-se em uma das mais fortes políticas públicas, estabelecendo uma linha de ação e estratégias num modelo de assistência, incluindo em seu contexto a integralidade e equidade (SCHIRMER, 2001).

Este programa tem como estratégia de ação a atenção à saúde da mulher em todas as fases de desenvolvimento: adolescência, planejamento familiar, ciclo gravídico-puerperal, prevenção e tratamento de doenças ginecológicas, das doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e mamário e assistência no período do climatério. As atividades básicas deste programa formaram um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnoses, tratamento e/ou recuperação da saúde, pretendendo melhorar assim a saúde da população feminina (SCHIRMER, 2001).

A promulgação da Constituição Federal, em 1988, reiterou as premissas do PAISM. No artigo 196 há a definição que - a saúde é direito de todos e dever do estado. E as conhecidas leis orgânicas, que asseguram o direito à saúde são as leis 8080/90 e 8142/90 e institucionalizam o Sistema Único de Saúde – SUS (SCHIRMER, 2001).

Em 1984, inúmeras iniciativas foram sendo desenvolvidas para dar conta da proposta de assistência a saúde das mulheres, entre elas, a iniciativa Maternidade Segura, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Quênia, em 1987. Adotada pelo Brasil em 1995, tem o objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção ginecológica e obstétrica para aumentar a eficácia da

assistência prestada pelos serviços de saúde e reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 1996; WHO, 1996).

Dentre os oito passos para a maternidade segura e mobilização de todas as instâncias do SUS para adoção e implementação destas metas está o incentivo ao parto normal e humanizado (BRASIL, 1995).

De acordo com Diniz (2001), o parto institucionalizado praticado atualmente, emprega um papel passivo da mulher no cenário do nascimento, no qual é processada tecnicamente pelo profissional e pela instituição, transformando este modelo tecnocrático, em um dos mais importantes obstáculos à humanização da assistência. Como descrito por Deslandes (2004) as conseqüências são a “desumanização”, a “alienação” e a “coisificação” da parturiente.

Um modelo de oposição, na tentativa não só de humanizar o atendimento institucionalizado do parto, mas também de modificar este contexto, iniciou-se com as casas de parto, que inclui também a desmedicalização da atenção e a inserção do atendimento pela enfermeira obstétrica (BONILHA; ESPÍRITO SANTO, 2000).

O resgate à Maternidade Segura, proposto pela OMS pretendia até 2000 reduzir pela metade as mortes maternas, necessitando, para tanto, políticas públicas de impacto. Com o acompanhamento e análise dos indicadores de saúde materno-infantis disponíveis, iniciou-se um processo de implementação de medidas que tornassem possível o resgate da saúde reprodutiva das mulheres e a mudança do modelo de assistência obstétrica vigente. Modelo este, como visto anteriormente, construído ao longo da história com os avanços tecnológicos e dominação da medicina.

A partir da Carta de Campinas, de 1993, um importante movimento de humanização é a criação da REHUNA, a Rede de Humanização do Nascimento. É uma organização não governamental que tem o objetivo de evidenciar os riscos provocados pelas práticas intervencionistas e iatrogênicas à saúde das mães e bebês, resgatar e revalorizar o nascimento como evento existencial e sociocultural, humanizando as posturas e condutas frente ao parto (BONILHA; ESPÍRITO SANTO, 2000).

Para Diniz (2001) e Deslandes (2004) o conceito de humanização tem sido alvo de muitas disputas, entretanto o denominador comum entre as diferentes concepções apontadas é o questionamento do modelo tecnocrático e da “coisificação” que dele resulta.

Em um sentido amplo da palavra, Corbani, Brêtas e Matheus (2009, p.350) descrevem que:

Humanização e cuidado são indissociáveis. Entende-se por humano a natureza humana, bondosa, humanitária, que tem o mesmo sentido de humanidade, no qual se inclui benevolência, clemência, compaixão. Humanizar é a prática do humano. Logo, como humanos o que realizamos é humano, sendo, portanto, próprio ao ser humano visar o bem estar da humanidade, tanto individual como coletivamente, isso é o verdadeiro sentido de humanizar.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, no âmbito do nascimento, o sentido de atenção humanizada é amplo e constituiu-se de um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que almejam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Tem seu início no pré-natal e busca a garantia da realização de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e para o bebê, evitando as intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2003).

Subsidiado nas análises de atenção específicas à gestante, ao recém nascido e à mãe no período puerperal foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento através da Portaria nº 569/00/GM, com o objetivo de assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

Este programa faz parte da composição de um elenco de medidas que vem sendo adotadas para resgatar um débito de mais de duas décadas com as mulheres brasileiras, que são parte integrante de um grupo com alto risco de morte em consequência da gravidez, parto e puerpério. Agregada a isto, são vítimas de um modelo de assistência obstétrica intervencionista, medicalizado e instituído de forma taylorista num padrão de organização industrial, baseado na produção em série (SCHIRMER, 2001).

Segundo Tornquist (2003), há o surgimento de um ideário de atendimento humanizado no parto, mesmo em grandes maternidades, constituídos de estímulo ao aleitamento materno precoce e a presença de um acompanhante durante o parto.

Aos profissionais que assistem estas mulheres cabe o cuidado para estas iniciativas humanizadoras do parto não se tornem rotineiras à medida que se institucionalizam. Segundo o Ministério da Saúde à medida que reconhecemos a

individualidade do próximo estamos humanizando o conhecimento, o que permite a formação de vínculo do profissional com a paciente e percepção de suas necessidades e capacidade de lidar com o processo de parturição (BRASIL, 2003). Por isso a humanização depende da competência do profissional de saúde em avaliar individualmente cada parturiente e agir de acordo com sua concepção, questionando o modelo de parto institucionalizado (RABELO, 2006).

A política de estimular o ingresso da enfermeira obstétrica no mercado de trabalho, para atendimento ao parto, foi uma estratégia do Ministério da Saúde em resposta aos questionamentos em relação ao parto institucionalizado e elevado número de cesarianas. Com o objetivo de capacitar novas enfermeiras obstétricas para atuarem no pré-natal, parto e puerpério, em 1999 um programa oferecido como pós-graduação *latu sensu* foi criado com um currículo específico, voltado para as necessidades atuais de humanização do parto que orientava os cursos de especialização em enfermagem obstétrica (RABELO, 2006).

Os movimentos da comunidade científica visam o resgate do parto fisiológico e humanizado, a inserção da enfermeira obstétrica e a substituição do parto dirigido, praticado nos hospitais, pelo parto natural, praticado em casas de parto. Neste contexto a enfermeira obstétrica é quem acompanha o parto normal sem distócia, o que não ocorre nas instituições, quando o médico tem o monopólio do atendimento.

São nestes locais alternativos que se busca uma oportunidade para as enfermeiras obstétricas exercerem seu papel com mais autonomia e centrado na parturiente, contrapondo-se ao atendimento hospitalar essencialmente intervencionista e medicalizado (OSAVA, 1997; CAPARROZ, 2003).

O conflito existente entre as categorias médica e de enfermagem pela atuação no parto, principalmente nas grandes instituições, requerem alternativas para a atuação da enfermeira obstétrica em prol do bem estar na paciente. A luta pelo direito ao acompanhante durante todo o processo de parturição e a utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto são práticas utilizadas e defendidas para a humanização no atendimento.

Frentes defensoras da Humanização Obstétrica buscam encontrar estratégias para recuperar a atenção ao parto e nascimento através de comprovações científicas (PINTO *et al.*, 2003). Um grande passo a essa retomada de valores no Brasil foi a aprovação da Lei de nº 11.108 de 07 de abril de 2005 pelo Congresso Nacional que obriga os serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde

(SUS) proporcionar a presença de um acompanhante, da escolha da parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; BRASIL, 2006).

No sentido de unificar o atendimento dado às mulheres, o Ministério da Saúde periodicamente publica manuais que estão disponíveis para consulta pelos profissionais e que agregam condutas que devem ser aplicadas no atendimento.

A atenção humanizada envolve o conjunto de conhecimentos práticos e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento de forma saudável, desta maneira o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2003) descreve algumas práticas realizadas no parto normal que, por serem úteis e cientificamente comprovadas devem ser encorajadas e estimuladas. Entre outras práticas, destacam-se a utilização de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor (massagens, técnicas de relaxamento), liberdade de posição e movimentos durante o trabalho de parto, respeito à escolha da parturiente sobre seu acompanhante nesse momento.

Métodos não farmacológicos, segundo Weissheimer, (2005), são ações ensinadas a gestante ou ao casal geralmente durante o pré-natal para manejar a dor do trabalho de parto e parto que devem ser oferecidos e ensinados pela enfermeira. Branden (2000) ainda complementa a afirmação relatando que são medidas que devem visar o aumento do conforto para atenuar a dor e, que se tornam muito importantes à medida que o trabalho de parto avança.

Independentemente da mulher ou seu acompanhante terem recebido informações prévias sobre o assunto, a enfermagem pode ensinar ou reforçar as técnicas enquanto o trabalho de parto está evoluindo (BACHMAN, 2002).

Os métodos não-farmacológicos são grandes atrativos para as pacientes a medida que garantem a elas participação ativa e autonomia no controle da dor e, aos profissionais são importantes por serem métodos simples, que reduzem ansiedade e dor sem produzirem efeitos colaterais e por possuírem um baixo custo (O'HARA; SIMKIN, 2002; ALMEIDA *et al.*, 2005).

Estudos científicos, baseados em evidências, estão avaliando o uso dos métodos e seus benefícios durante o trabalho de parto. Brüggemann; Parpinelli e Osis (2005) constataram que, através da correta aplicação de suporte físico e emocional às parturientes, houve redução dos índices de cesarianas, redução da necessidade do uso de ocitócitos no trabalho de parto, redução da duração do

trabalho de parto, não houve necessidade de analgesias e medicamentos para alívio da dor, além de aumentar a satisfação materna com a experiência do nascimento. Porém os autores afirmam que esses benefícios se tornam bons e produtivos dependendo das características assistenciais do hospital, do tipo de provedor que irá efetuar o cuidado e do tempo de duração desse suporte.

As enfermeiras obstetras são altamente capacitadas para auxiliar essas mulheres a passar por esses períodos sem traumas, com o objetivo de retomar a visão do parto como um fenômeno fisiológico (DAVIM; BEZERRA, 2002) e, cabe a elas, o acolhimento da parturiente e seu acompanhante, a avaliação obstétrica, a prescrição de cuidados, bem como a orientação desses cuidados e as corretas informações sobre seus usos (PINTO *et al.*, 2003, BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005) respeitando sempre as necessidades, preferências e opiniões de cada uma (MACHADO; PRAÇA, 2006).

No modelo de parto praticado atualmente, a introdução da analgesia de parto no cenário do nascimento entre as maternidades públicas, foi no sentido de amenizar a dor e ansiedade sentidas pelas pacientes e assim proporcionar uma melhor experiência da parturição.

Dentre todas estas ações governamentais para o resgate do nascimento de forma segura e fisiológica, a mais recente é a Rede Cegonha, lançada em Belo Horizonte no dia 28 de março de 2011, que visa garantir a todas as mulheres brasileiras atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS, um atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, pré-natal e parto até os dois anos de vida da criança (BRASIL, 2011).

Este programa prevê também a qualificação dos profissionais de saúde que atenderão este público. Serão capacitados os profissionais que atuam tanto na atenção primária como em serviços de urgência obstétrica (BRASIL, 2011).

A qualificação do atendimento na rede hospitalar compreenderá a criação de novas estruturas de assistência e reforço da rede convencional para garantir que todas as gestantes e recém-nascidos tenham vaga nas unidades de saúde. Entre as novas estruturas estão as Casas da gestante e do Bebê, que darão assistências as gestantes de alto risco, e os Centros de Parto Normal, que atuarão em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento, ou seja, evitar intervenções desnecessárias (BRASIL, 2011).

Neste contexto de ações, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) define como um dos objetivos da assistência humanizada o resgate da mulher como protagonista de sua própria condição, desvinculando-a da insegurança e submissão aos profissionais da área. Aliar a assistência técnica competente com a assistência humanizada considerando a singularidade, as emoções e o significado transcendente do parto é uma necessidade do cenário atual para o atendimento das mulheres (SANTO; BERNI, 2006).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atendimento ao parto foi ao longo da história se modificando de acordo com a evolução da sociedade. Nota-se ao longo do estudo que o parto passou de um evento solitário a assistido, primeiramente por outra mulher e depois por um homem na figura do médico. Passou de fisiológico e natural, a intervencionista e medicalizado, e de domiciliar a institucionalizado.

À medida que mudanças foram ocorrendo no intuito de salvar vidas, diminuindo a mortalidade materna e perinatal, foi se descaracterizando um momento pessoal e íntimo dos atores envolvidos: mulher, bebê e família. O milagre da vida, a perpetuação da espécie foi se transformando em patologia, fonte de estudos e cientificação da natureza.

O acúmulo do conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico acelerado que se processaram neste último século afetaram todos os aspectos da vida das pessoas. De importância fundamental foi o modo que se desenvolveu o sistema de saúde e a forma de se prestar assistência a condição de vida das pessoas. Este impacto pode ser sentido na área da obstetrícia, em termos de indivíduo, de famílias e de comunidades que utilizam este serviço.

No atual modelo de organização da assistência ao parto, o médico, perturbado com os gritos da mulher e aterrorizado por não compreender a beleza natural e fisiológica deste evento, interfere cada vez mais. Não foi ao acaso que a obstetrícia nasceu sob a tutela cirúrgica e aperfeiçoou um paradigma de atenção ao parto fundamentalmente intervencionista.

Na condução do parto houve uma preocupação acentuada na construção de um sistema científico de certezas, dando pouca ênfase aos elementos sociais. A preocupação é com o procedimento médico eficiente e organizado do qual se eliminou a interferência de crenças e de práticas culturais.

Considera-se que, no parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos do parto, passando este a ser sinônimo de patologia, terror, impotência e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres desejem a cesárea por acreditar ser a melhor forma de dar à luz sem medo, sem risco e, principalmente, sem dor.

As frentes defensoras da humanização que se organizam em torno do tema da assistência ao parto no Brasil, juntamente com o Ministério da Saúde, criticam as circunstâncias de violência e constrangimento em que está inserida a mulher no cenário do nascimento, especialmente nas condições pouco humanas a que são submetidas.

Percebe-se nestes crescentes movimentos em prol da humanização do atendimento ao parto o intuito de resgatar o nascimento no seu contexto mais natural. A proposta do Ministério da Saúde para a construção de casas de parto no sentido de tornar o ambiente mais próximo possível do lar; a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras representando as parteiras; a utilização de práticas não invasivas como as utilizadas nas diferentes culturas antigamente; enfim, proporcionar um ambiente calmo e acolhedor no sentido de transformar o nascimento num momento único e inesquecível.

Se ao longo da história no desenvolvimento da obstetrícia não houvesse intervenções desnecessárias e concepções contraditórias, não haveria necessidade de mudanças.

Sendo assim, a construção do estudo atingiu seu objetivo no sentido de aprofundar o conhecimento e, como profissional da área, entender porque se perdeu tanto o sentido natural da parturição. Concluo, portanto, que as concepções a respeito do nascimento vão além do saber técnico. Primeiramente como mulher e como enfermeira obstétrica, vejo que o desenvolvimento profissional precisa ser constantemente buscado, atualizado e repensado para que seja evitado a rotinização e banalização do cuidado dispensado.

## REFERÊNCIAS

AGNES, Mônica Beatriz; ZÁCHIA, Suzana de Azevedo; REICHELDT, Angela Jacob. Manual de orientação ao paciente. **Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto Alegre: HCPA, 2006.

ALMEIDA, N.A.M *et al.* Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p.52-58, jan./fev. 2005.

ÁVILA, A.A. **Socorro Doutor! Atrás da barriga tem gente!**. São Paulo: Atheneu Cultura, 1998.

BACHMAN, J.A. Manejo do desconforto. *In*: LOWDERMILK, D.L.; PERY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 314-35.

BARROS, S. M. O.; MARIN, A. C.; ABRÃO, F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**. São Paulo: Roca, 2002.

BONILHA, A.L.; ESPÍRITO SANTO, L.C. Humanização no parto e nascimento: revisando uma história recente. **Boletim Informativo da ABENFO – RS**, Porto Alegre, v. 6, n. 19, p. 4-6, dez. 2000.

BRANDÃO, N.S. **Da tesoura ao bisturi, o ofício das parteiras: 1897 – 1967**. 1998. 263 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em História do Brasil, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

BRANDEN, P.S. Conforto e apoio durante o trabalho de parto e o nascimento normal *In*: \_\_\_\_\_. **Enfermagem Materno-Infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro/RJ: Reichmann & Affonso, 2000b. p.219-240.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde**. Brasília, DF: 1995. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Federação Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia. UNICEF. **Plano Maternidade Segura**. Brasília, 1996. 20 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998**: Lei do Direito Autoral. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

BRASIL. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**: Humanização do pré-natal e nascimento. Brasília/DF. MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2003. 199 p.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005: altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Brasília, DF, 07 de abril de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cegonha conta com quase R\$ 9,4 bi para garantia da assistência segura e humanizada à mãe e ao bebê**. Disponível em: <portal.saude.gov.br>. Acesso em: 21 maio 2011.

BRENES, A.S. A história da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v7, 1991.

BRÜGGEMANN, O.M. Conhecendo as percepções da mulher sobre a assistência recebida na maternidade. In: OLIVEIRA, M.; ZAMPIERI, M.; BRÜGGEMANN, O. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p. p. 61 – 67.

BRÜGGEMANN, O.M; PARPINELLI, M. A.; M.J.D.OSIS. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v.21, n.5, p.1316-1327, set./out. 2005.

CAPARROZ, S. C. **O resgate do parto normal**: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville: Editora da Univille, 2003. 103 p.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 3, n. 62, p. 349-354, 2009.

COSTA, L.H.R. **Memórias de parteiras**: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

DAVIM, R.M.B, BEZERRA, L.G.M. Assistência a parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto midwifery : um relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.727-732, set./out. 2002.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. Evolução da obstetrícia. In: BRIQUET, R. **Obstetrícia normal**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. 495 p. il. P. 19.

DESLANDES, S.F. A humanização e a construção política do lugar de sujeito no processo comunicacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.25-29, 2004.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Humanização da Assistência ao Parto no serviço Público: Reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 351-369.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p.669-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gêneros**: elementos para a releitura médico-social. São Paulo: Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Medicina/USP, 1996.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto**: um dialogo entre a técnica e os direitos humanos. São Paulo: Tese de Doutorado pela Faculdade de Medicina/USP, 2001.

ESPÍRITO SANTO, L.C.; SANTOS, F.S.; MORETTO, V.L. In: OLIVEIRA, Dora Lúcia de. (Org). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: Ufrgs, 2005. p.61-78.

GENARI, J.L.; GENARI, M.C.S. **O início da vida**. São Paulo: Antônio Bellini, 1999. 120 p. il.

GÊNESIS *In: A Bíblia Sagrada*: antigo e novo testamento. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

GEOVANINI, T.; *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GIL, A.C.; **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GOLDIM, J.R.; FRANCESCONI, C.F. Ética aplicada à pesquisa em saúde. *In: CLOTET, J.; FEIJÓ, A.G.D.S.; OLIVEIRA, M.G.D. (Org.) Bioética: uma visão panorâmica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. 280 p.

HOUAISS, Antonio, et al.. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1 ed. Objetiva, Rio de Janeiro - RJ, 2001.

JAKOBI, H. R. **O parto natural e humanizado**. *In: Enfermagem online, 2001*. Disponível em: <<http://enfermagem.online.vilabol.uol.com.br>>. Acesso em: 14 set. de 2003.

KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Clivagem, 1978.

LOWDERMILK, D.L. Fatores e processos do parto e nascimento. *In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. O cuidado em enfermagem materna*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap 12, p.296-313.

MACHADO, N.X.S; PRAÇA, N.S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v.40, n.2, p. 274-279, 2006.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 228 p.

MARTINS-COSTA et al. Assistência ao trabalho de parto. *In*: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 19, p. 231-246.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.

MOSSA, A. **Fórcipe de Kielland**: morfologia e técnicas. São Paulo: Roca, 1992. 117 p.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

O'HARA, M.; SIMKIN, P.P. Non pharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** v. 186, S131-139, 2002.

OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 129 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PINTO, C.M.S. *et al.* O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 7, n.1, p.41-47, jan./jul. 2003.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**: Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

PROGIANTI, J. M. **Parteiras, Médicos e Enfermeiras**: A Disputada Arte de Partejar (Rio de Janeiro - 1934/1951). 2001. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

RABELO, L. R. **A competência das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal hospitalar**. 2006. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RHODES, P. **Introduccion a la história da medicina**. Zaragoza: Editorial Acribia, 1985.

SANTO, L.C.E; BERNI, N.I.O. Enfermagem em Obstetrícia. *In*: FREITAS *et al.*, **Rotinas em Obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 199-207.

SAUNDERS, R. B. Cuidado de enfermagem durante a gestação. *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 10, p. 219-268.

SCHIRMER, J. **Formação da enfermeira obstetra**: contribuição para o resgate da atuação na assistência ao parto e nascimento. 2001. 116 f. Tese (Livre – Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SEIBERT, S. L. **Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica**: critérios e efeitos esperados. 2010. 182 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, A. T. N. **A carne se faz verbo**: o parto de baixo risco visto pela ótica das mulheres. 2004. 297 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVA, L. R.; SERRANO, N. S.; CHRISTOFFEL, M. M. A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo assistencial. *Enfermeira Global*. **Rev. Eletrônica semestral de enfermeria**. n. 9, nov., 2006. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/307/358>>. Acesso em: 24 mar. 2011.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 419-427, 2003.

WAGNER, E. R. **Mudanças de paradigmas na assistência ao parto**: um levantamento histórico. 2004. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2004.

WEISSHEIMER, A.M. **O parto na cultura Teuto-Gaúcha**. 127f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

WEISSHEIMER, A.M. O manejo da dor em obstetrícia *In*: OLIVEIRA, D. L. (Org). **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: UFRGS, 2005. p.341-356.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO – **Revised 1990 estimates of maternal mortality**: a new approach by WHO and UNICEF. Geneva: 1996.

