

PRÁTICAS EM OBSTETRÍCIA: PERSPECTIVAS E TRANSFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA.

Gislanne Stéphanne Estevam da Silva; Vivianny Beatriz Silva Costa; Dany Geraldo Kramer Cavalcanti e Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, campus Santa Cruz-RN, gislanne.rcc@gmail.com

Resumo: Este estudo foi desenvolvido a partir da reflexão dos autores quanto às transformações relacionadas ao parto e nascimento levando-se em consideração os procedimentos adotados na assistência obstétrica através dos anos. Por meio da pesquisa bibliográfica do período de 1992 a 2017, objetivou-se avaliar como se deu a evolução da parturição frente às mudanças no modelo assistencial, é reconhecido que o cuidado direcionado ao binômio mãe-filho no momento do nascimento sofreu grandes transformações historicamente, decorrente entre outras coisas de sua institucionalização, medicalização, inserção tecnológica e da medicina, que somados tornaram este processo mecanizado e impessoal. O que vem sendo mudado com a adoção da humanização do parto, que busca promover assistência menos intervencionista, promovendo o emponderamento materno e garantindo a mulher sua autonomia e preservando seus direitos.

Palavras-chave: história, parto, mulher, obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Até meados da década de 1980 as políticas de saúde voltadas para a mulher eram precárias, englobando-a apenas na sua função de reprodutora e mãe, deixando um grande abismo no que se referia a outras questões de saúde.¹

Durante muitos anos o Brasil se manteve imparcial quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A política vigente voltada para essa população se baseava no Programa Materno-infantil criado em 1977, que se restringia à prevenção da gestação de alto risco, não levando em conta outros aspectos relevantes.²

Só em 1983, com a fundação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), o sistema de saúde passou a contemplar um modelo de assistência baseado nos princípios de equidade e integralidade, os quais abrangem as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os seus ciclos vitais.³

Essa mudança no modelo assistencial foi essencial para o estabelecimento de melhorias refletido nos indicadores epidemiológicos referentes à condição da mulher no Brasil, adquirido graças à luta dos movimentos feministas.⁴

Na perspectiva de continuar avançando politicamente, a saúde da mulher no Brasil deixa de ser norteadada por um programa de governo e passa a ser regida por uma política de Estado e, assim, surge em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).⁴

Entre os eixos temáticos da PNAISM encontram-se o incentivo a promoção da saúde, além do incentivo a assistência humanizada. Nesse sentido, surge em 2000, o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), apresentando como metas o atendimento humanizado e integral à gestante nos serviços públicos de saúde, visando qualificar o cuidado e diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal.⁴

Neste contexto, verifica-se que, com o passar do tempo, as políticas de saúde suscitaram transformações acerca da percepção do ciclo gravídico-puerperal, os profissionais de saúde tomaram o lugar da educação passada de geração para geração, porém, com tanta informação disponível e o suposto ‘melhor’ acompanhamento dessas grávidas, o que se tem visto é que grande parte desta assistência não é cumprida plenamente.

A relação de gênero é geralmente transformada em desigualdades que tornam o ser mulher vulnerável à invisibilização e à exclusão social. O atendimento à mulher durante a gestação e o parto expressa claramente as relações sociais e políticas que dizem respeito à interação assimétrica e hierárquica entre desiguais, já que parte do princípio de que o corpo feminino é normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica e dá sustentação à relação entre poder e gênero que acontece nas cenas da assistência ao pré-natal.⁵

Se anteriormente, a gestação e o parto transcorriam em família, sob fortes vínculos afetivos, atualmente, ocorrem, em sua maioria, em hospitais que transformaram os vínculos em contatos superficiais. A obstetrícia firmou-se como matéria médica na formação profissional e institucionalizou-se, assim, o parto hospitalar intensificando sua intervenção.²

Esse crescente aumento de submissão feminina ao parto hospitalar, fez com que a mulher, aos poucos, deixasse para trás seu instinto natural, perdendo assim sua autonomia para viver a gestação e assumindo um papel passivo durante o momento do parto.⁵

A violência da imposição de rotinas, da posição da mulher no trabalho de parto e parto, bem como as interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres percebam a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor.⁶

Durante muito tempo a mudança no contexto referente ao parto e nascimento se deu de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade sobre a inversão de papéis entre a mulher e a equipe médica. Porém, com o passar do tempo, foi se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e

nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade.

Baseado neste princípio este estudo tem como objetivo avaliar como se deu a evolução da parturição frente às mudanças no modelo assistencial, assim como reconhecer historicamente as transformações que o cuidado direcionado ao binômio mãe-filho vem sofrendo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa bibliográfica exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, abrangendo obras do período de 1992 a 2017, tendo como eixo condutor o conhecimento da evolução histórica a premissa do conceito de assistência ao parto.

O levantamento bibliográfico pertinente ao tema foi consultado por meio de obras identificadas através das bases de dados nacionais, usando-se os descritores: mulher, parto, humanização. Posteriormente à triagem dos estudos, realizou-se a leitura na íntegra, a documentação e finalmente o fichamento dos materiais selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Parto: Perspectivas e transformações da assistência

Ao Analisar a histórica do parto a partir do século XX, vemos o quanto pequeno foi o espaço para tantas mudanças em sua forma de assistência. A parturição, antes apreendida como um momento íntimo e familiar, enfatizado no processo cultural, onde predominava um modelo de atenção feminina, passou a ser executada dentro do hospital, num modelo masculino de cuidado, mais preocupado com o domínio de práticas intervencionistas do que com as necessidades do corpo materno.⁷

Na cultura social mais antiga, o parto se mantinha como um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades, os cirurgiões-parteiros eram chamados a intervirem, mas essas intervenções eram tão ineficazes quanto às das parteiras e, normalmente, o papel dos mesmos era retirar um feto vivo de sua mãe morta.⁸

No fim do século XIX, os obstetras se empenharam para promover as transformações da assistência ao parto, passando a incentivar para que este fosse atendido nas maternidades, onde eles tinham autonomia e assim podiam controlá-lo. Convém destacar que os primeiros partos

hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais, as maternidades foram criadas apenas no século XX.⁷

É importante compreender que este domínio não foi fácil, a hospitalização do parto contou com a resistência brusca das mulheres, que se negavam a deixar suas casas para dar a luz em enfermarias de hospitais. A consolidação da presença do médico na cena do parto associa-se à criação de um instrumental próprio e de práticas cada vez mais intervencionistas, uma vez que a usavam para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade em relação às parteiras, que realizavam somente manobras e diagnósticos utilizando as mãos.⁹

É notório que esta perseguição às parteiras, sua desqualificação e seu banimento também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos.¹⁰

As que recorriam ao hospital para dar a luz eram, em sua maioria, aquelas que não tinham posição social, eram pobres e sozinhas, e procuravam a maternidade em último caso, até o início do século XX, o costume de chamar o médico para o atendimento domiciliar do parto permaneceu restrito as elites e classes médias urbanas.¹¹

Os hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XX, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento melhorava em qualidade e segurança, devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o trabalho de parto e as operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos.¹²

A obstetrícia moderna é caracterizada por três razões: Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto; segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente.¹²

A atuação da Enfermagem Obstétrica é um dos pilares do processo de humanização do parto. A assistência dessas profissionais durante o trabalho de parto está associada ao aumento dos índices de partos normais e redução das intervenções.¹⁵

Talvez a mudança mais perceptível na cena do parto, esteja ligada a posição da parturiente. A medicalização no momento do trabalho

de parto, fez com que a mulher ficasse deitada, permanecendo assim também no momento da expulsão do feto, onde a parturiente, influenciada pelo médico, adota a posição litotômica para que este possa visualizar melhor o canal vaginal, assim como, facilitar sua manipulação.

A adoção da posição horizontal fez com que várias outras intervenções fossem necessárias, por impedir o movimento da mulher, fazendo com que as dores sejam intensificadas, justificando-se assim a aplicação de anestesia, o que a impossibilita de participar ativamente do parto. Além disso, esta posição faz com que o músculo períneo não relaxe, contribuindo para o aumento das taxas de episiotomia. Ao deitar na cama, com as pernas para cima, a mulher se configura como coadjuvante e o médico torna-se o ator principal do parto.¹²

A Organização Mundial da Saúde recomenda que tanto no primeiro quanto no segundo período do parto as mulheres adotem a posição de sua preferência, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Os profissionais devem estimular a posição verticalizada que causa menos desconforto e dificuldade de puxos, menos dor durante o trabalho de parto e menos traumatismo vaginal ou perineal no expulsivo.¹⁶

No Brasil, o modelo de assistência ao parto se dá sob duas esferas institucionais: A pública e a privada. Enquanto os serviços públicos oferecem o parto normal traumático, os serviços privados apresentam as suas pacientes a cesariana, como marca de diferenciação e modernidade.¹

Alguns autores defendem que a hospitalização do parto não consegue lograr seu objetivo fundamental, qual seja minimizar os riscos do processo de parturição, porque via outros riscos para a mulher, como a violência verbal, a negligência, a imprudência, as intervenções desnecessárias e a iatrogênicas, a humilhação, as ameaças, o isolamento, a solidão e o medo. Na construção do sistema de saúde no Brasil, o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular.⁹

A mudança do modelo assistencial é, principalmente, uma alteração do ator principal da cena do parto, no modelo tecnocrático, o médico é o ator principal; a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto, no modelo humanístico, a gestante é a atriz principal e inúmeros outros atores são incluídos: a doula, o acompanhante e a enfermeira obstétrica, que apoiam e dão suporte ao trabalho de parto que é realizado pela própria mulher.¹⁰

O conceito de humanização é amplo e polissêmico, envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos, evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal.¹⁰

A Organização Mundial de Saúde (OMS) instituiu recomendações, que em 2000 foram publicadas no Brasil pelo MS, sob o título Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático, enviado para todos os médicos ginecologistas/obstetras e enfermeiras obstetras do país. As recomendações, resumidamente, dividem-se em quatro categorias: A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas; D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado. As “Recomendações da OMS” tornaram-se as grandes referências para os defensores da humanização do parto, e alguns desses temas viraram bandeiras políticas para campanhas no Brasil inclusive para a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).⁴

Desde a implantação do PHPN, a assistência a gestante no Brasil, baseia-se nos princípios da humanização. A portaria n. 1.067, de 6 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, afirma que:

“A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas”⁴

Esta atenção reafirma o que prioriza a OMS, que entre outras condutas estimula: a presença do acompanhante, a oferta de ingesta hídrica, o uso de técnicas não invasivas para alívio da dor, a liberdade de movimentação e adoção de posturas verticais, no trabalho de parto e parto, condutas estas muitas vezes não respeitadas.⁴

A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa fundamenta-se no direito a humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o

adequado acompanhamento ao parto e do puerpério.¹³

Muitas vezes as práticas humanizadas são dificultadas ou impedidas pela organização hospitalar, pois quanto mais a instituição adotar uma política humanizada do parto, maior o risco de a organização ser co-responsável em algum resultado adverso. Para a correta implementação das políticas de humanização do parto, é imprescindível dizer que, esta só será realmente desenvolvida quando além da organização hospitalar, toda a equipe se envolver em prol desta assistência, pois, o obstetra não é o único a realizar procedimentos vistos como intervencionistas, estão inclusos também, por exemplo, a ação de anestesistas e pediatras.⁴

Entre as medidas normatizadas pelo MS, que objetivam a adoção das práticas humanizadas está o reconhecimento das enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal. Desta forma, a obstetrícia tem oferecido à enfermagem a valorização de seu cuidado, assim como, a expansão do mercado de trabalho, inclusive o liberal, já que o parto sem dor pode ser realizado na própria casa da parturiente.¹⁴

As formas como o parto e o nascimento são vistos atualmente, decorre de um longo processo de transformação pessoal, cultural, social e político. Para desmistificar a passividade e a dor, é primordial que cada um reconheça o seu lugar no momento da parturição, não permitindo que o papel principal seja retirado da mulher. A obstetrícia atual, baseada em tecnologias que supostamente melhoram a assistência em relação àquela adotada até o século XX, pouco tem influenciado para a qualidade do atendimento.¹⁴

É perceptível que o uso indiscriminado de ocitocina está presente tanto no ambiente hospitalar quanto no CPN. Essa ocorrência pode ser reflexo da forte influência do modelo tecnocrático sobre as práticas dos profissionais, entre eles, as enfermeiras obstétricas, pois reproduzem, em parte, uma assistência intervencionista. Acredita-se, ainda, que a permanência dessas práticas intervencionistas em ambientes, em que há a atuação das enfermeiras obstétricas também sofra influência da autonomia médica, já que são eles, os médicos, quem prescrevem medicamentos, entre eles a ocitocina.¹⁷

Neste contexto entendemos que diálogos referentes à inversão de papéis entre a mulher e a equipe médica se deram de forma passiva, não trazendo grandes discussões para a sociedade. Porém, com o passar do tempo, foi se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto

e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados expostos, podemos concluir que no decorrer da história o significado cultural relativo ao nascimento foi alvo de grandes modificações, após a inserção masculina no âmbito da parturição o que antes era visto como um processo feminino naturalmente fisiológico passou a receber fortes investidas cada vez mais intervencionistas, até a reformulação da assistência à saúde da mulher pelo PAISM, os cuidados direcionados ao público feminino só contemplavam sua função reprodutora, neste momento da história a assistência baseada no enfoque humanístico ainda não era valorizado.

Com o intuito de diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal o modelo tecnocrático foi ganhando espaço e adesão nos serviços de saúde. Apesar de reconhecer a importância dos avanços tecnológicos agregados ao processo de parturição, para a queda das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, é necessário compreender que estes recursos não devem ser utilizados de maneira padronizada e demasiada, pois a sua prática indiscriminada, colabora para o consumo desnecessário dos recursos do sistema de saúde, além de coibir os direitos reprodutivos femininos, uma vez que defrauda a autonomia da mulher frente ao parto, muitas vezes esta violação se dá sem nem que ela entenda, contribuindo até mesmo para que seja vítima de violência obstétrica sem saber.

Para a sociedade atual, um modelo de assistência obstétrica instituída de forma completamente tecnocrática é incabível, desta forma, é imprescindível lutar por melhores condições de parturição, livre de imposições rotineiramente desnecessárias, que ferem a autonomia da mulher e a colocam como paciente incapaz de parir sem procedimentos médicos que por sua vez surtem como uma cascata de práticas intervencionistas que acaba por interferir no processo natural do nascimento.

Não se deve aceitar de forma passiva a violência obstétrica advindas de palavras, gestos e atitudes sofridas pela maioria das parturientes nos âmbitos servidores de saúde, é dever de todos prover formas de atendimento alternativos, principalmente aqueles que presam por um

conceito de saúde representada pela qualidade da assistência enfocada na humanização, só assim ocorrerá o 'renascimento' do parto, onde mulheres serão empoderadas para vivenciar este momento como seu acima de tudo, perseverando na sua busca por respeito e construindo seu protagonismo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, M. S. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
2. OLIVEIRA, A. C. **Gênero, Saúde Reprodutiva e Trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001.
3. ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: Revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil Dilemas e Desafios**. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999.
4. BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, **Política Nacional de atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. LAURETIS, T. A Tecnologia do gênero. In: HOLANDA, Eloisa Buarque de (Org.). **Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
6. REHUNA. **Carta de Campinas**. Campinas, 1993.
7. ALTTIMAN, C. N.; COSTA, S. G. **Revolução Feminina: As Conquistas da Mulher no Século XX**. São Paulo, Editora: Faculdade Eça de Queirós. Jandira, 2009.
8. DOMINGUES, R. M. **Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: A Experiência da Maternidade Leila Diniz** [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
9. ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, 245 p.
10. TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da Humanização em uma Maternidade no Brasil**. Cadernos De Saúde Pública. 2003.
11. LEAL, M. C. VIACAVA, F. **Maternidades do Brasil**. Radis – Comunicação Em Saúde, 2002.
12. MARTINS, A. P. V. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XX**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.
13. SERRUYA, S. J. **A Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**, 2003. Tese De Doutorado, Campinas: Universidade Estadual De Campinas.
14. SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. **O Processo De Trabalho Na Assistência Ao Parto Em Londrina-PR**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2007.
15. COFEN. **Projeto qualifica Atenção Obstétrica e Neonatal em Hospitais de Ensino**. 2017.

16. ENFERMAGEM, Revista da Escola de. **Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto.** 2015
17. EEAN. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.** 2011.