

Por um novo modo de nascer no Brasil

*Sônia Lansky**

Há algumas décadas enfrentamos no Brasil um paradoxo no nascimento. A intensa medicalização influenciou de forma determinante o modo de nascer, reduzindo este grande acontecimento fisiológico e natural da vida familiar e social a uma intervenção médica- cirúrgica. Ao mesmo tempo, os índices de mortalidade materna e infantil persistem muito altos e incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país, e as causas de morte são em grande parte evitáveis por ação dos serviços de saúde. É preciso mudar o modelo de atenção ao nascimento no Brasil para a solução deste grave problema de saúde pública. É preciso alcançar os níveis os patamares desejáveis na mortalidade materna e infantil, e melhorar a satisfação da mulher e da família no momento do nascimento de seus filhos. O foco deve ser o parto respeitoso e digno, apoiado na rede de atenção articulada que garanta acesso oportuno à atenção qualificada desde o pré-natal até o parto. Que garanta o protagonismo e os direitos da mulher e da criança neste momento ímpar de celebração da vida e do afeto, de forma a promover sua saúde e as relações humanas e da sociedade.

O paradoxo perinatal brasileiro se exprime de forma peculiar nos diferentes modos de nascer na nossa sociedade, refletindo a desigualdade social brasileira. Em linhas gerais há dois cenários predominantes. De um lado o chamado “parto normal” desvirtuado, o parto traumatizante, fruto do excesso de intervenções médicas e das imposições da conveniência dos profissionais e dos serviços de saúde, que se sobrepõem aos desejos da mulher e ofuscam a sua participação e a da família no processo. Neste cenário, muito propagado pela mídia, a mulher sofre e grita de pavor durante o nascimento de seu filho. Está sozinha em um espaço exíguo, impessoal e frio, sem privacidade, com frequência um dos piores locais da maternidade, o chamado “pré-parto”. Este funciona como uma etapa da linha de produção dos hospitais, que operam com regras rígidas para atender à racionalização do trabalho, privilegiando o interesse da instituição e dos profissionais sobre o da mulher. Neste modelo tradicional, com o intuito de acelerar o processo do parto, a mulher sofre inúmeras intervenções sem indicação técnica ou respaldo científico, que interferem no processo fisiológico e natural do trabalho de parto. Intervenções que podem provocar e aumentar a intensidade das contrações uterinas e, por consequência, a dor, o stress e até mesmo as complicações no parto, muitas vezes contrariando o pressuposto da ética médica de “primeiro não causar dano”. Exemplos clássicos são o uso indiscriminado da ocitocina (medicamento que aumenta as contrações), o jejum e a imobilização no leito durante o trabalho de parto.

Neste cenário, práticas baseadas em evidências científicas que propiciam o conforto da mulher, auxiliam na diminuição do stress e aumentam a liberação da ocitocina endógena que ajuda na evolução do parto, não são incorporadas: a livre movimentação, a escolha da

posição de maior conforto durante o trabalho de parto e no parto, o apoio emocional por acompanhante de livre escolha e por doulas, entre outros.

Assim, frustra-se a expectativa da mulher de aconchego e conforto na hora do parto, de cuidado particularizado e pessoal, prestado por pessoas de confiança, seus laços afetivos - que representam inclusive a rede de proteção social da mulher e da criança após o parto - em um momento de extrema importância na sua vida. Especialmente por que não se trata, na sua essência, de uma situação de doença que demanda intervenção médica, mas sim um momento marcante da fisiologia da vida, que pode transcorrer da forma mais natural possível na maioria das vezes. Precisamente, a definição de parto normal da Organização Mundial da Saúde é o “parto que transcorre naturalmente, em que qualquer intervenção deve ter uma justificativa técnica válida e respaldada cientificamente...”.

No outro cenário está o nascimento por cesariana desnecessária, com grande frequência programada, paradoxalmente o modo de nascer predominante entre as classes sociais mais altas e escolarizadas. A cultura da cesariana se coloca como propaganda enganosa do nascimento sem dor, riscos ou prejuízos à saúde, atendendo ao anseio do homem de controle da situação, da possibilidade de se libertar dos imprevistos ou surpresas inerentes ao parto. Ceder às forças da natureza parece diminuir a condição humana e se distancia do imaginário do status social e tecnológico aspirado pela “moderna civilização”. É apresentada como alternativa ao parto traumatizante anteriormente descrito e expressa a conquista de mais um bem de consumo que a panacéia tecnológica oferece, no afã de se racionalizar o tempo e o nascer, maiores expressões da natureza e da vida.

Entrar em trabalho de parto a qualquer hora do dia ou da noite e em qualquer dia da semana parece totalmente anacrônico em relação aos valores de se programar tudo na vida e atender às máximas de “não perder tempo” e “tempo é dinheiro” da sociedade contemporânea, que, antes de tudo, tem pressa.

A artificialização do nascimento passa a ser um valor, incentivando todo tipo de exploração mercadológica. Assim, a cesariana desnecessária (a “desnecesária”) se apresenta, segundo alguns autores, como mais uma “desnecessidade” da sociedade de consumo, banalizada como uma opção fácil, rápida e indolor, valores superficiais que se contrapõem à intensidade e profundidade das emoções e desafios que a vida, em especial a maternidade, colocam.

Nascer no Brasil é, portanto, um fenômeno complexo que conjuga tanto o efeito da incorporação pela sociedade brasileira da condenação bíblica do “parirás com dor”, quanto o efeito de interesses mercadológicos se sobrepondo a valores essenciais da vida, simbolizado pelo nascimento de uma criança.

Para superar esta contradição brasileira na atenção ao nascimento, é preciso explicitar e aprofundar a reflexão sobre as imposições colocadas à mulher na experiência do parto. Tomar como referencial ético, a dignidade no nascimento, o parto respeitoso, para contrapor à violência institucional, à violação dos direitos da mulher e da criança, ao abuso

de poder nas relações entre homens e mulheres, entre gestores e profissionais de saúde e os usuários, que repercutem como iatrogenia e negligência no cuidado.

As relações de gênero influenciam diretamente o significado cultural do sofrimento no parto, expressão da punição da mulher pela própria experiência da sexualidade, da singularidade feminina e da maternidade. No Brasil e em vários países da América Latina em que a desigualdade de gênero é muito forte, a violência institucional no parto aparece em cena emblemática: no momento do parto a mulher deitada numa maca hospitalar estreita e fria, numa sala de cirurgia, rodeada por profissionais encapuzados, sem seus familiares, pernas abertas e para o alto, muitas vezes até amarradas, vítima de manipulações desnecessárias de seu corpo como o toque vaginal freqüente (e não recomendado), a manipulação do períneo e a episiotomia - o corte da vagina, na maior parte das vezes desnecessário - ferindo sua integridade moral e corporal.

O impedimento de ter um acompanhante de livre escolha durante o parto, apesar de garantido por lei desde 2005, é outro emblemático abuso de poder e violência contra a mulher. Do mesmo modo, a separação de mãe e filho saudáveis após o nascimento - que representam a maioria absoluta dos nascimentos - por conveniência institucional e dos profissionais, é exemplar abuso e violência contra a mãe e a criança. Outras práticas não recomendadas são realizadas de rotina. O corte imediato do cordão, prejudicando o aporte sanguíneo para o bebê, podendo resultar em anemia na infância, altamente prevalente no Brasil. A aspiração de vias aéreas, a tomada do peso e da altura do bebê e a aplicação da vitamina K e do colírio de nitrato de prata, ainda nos primeiros minutos de vida, interferindo diretamente na interação plena entre mãe e filho. Os “berçários de normais”, que deveriam estar extintos desde dezembro de 2008, com a nova legislação da ANVISA para funcionamento de maternidades (a RDC 36), mas persistem como rotina nos hospitais privados do país. Mantêm os recém-nascidos afastados de suas mães nas primeiras horas de vida, momento sensível e fundamental para o contato efetivo mãe e bebê e promoção de vínculo, do aleitamento materno e, portanto, da saúde do bebê.

O valor do trabalho de parto e do parto normal – de que parto normal estamos falando?

Com o início do trabalho de parto a natureza indica a hora certa de nascer nas gestações sem risco, cerca de 85% dos nascimentos. Nascer antes do tempo, com a retirada brusca do bebê numa cesariana programada sem justificativa técnica, como vem ocorrendo em 80 a 90% dos nascimentos nos hospitais privados, traz sérias conseqüências que vem sendo demonstradas por vários estudos científicos. As repercussões físicas de uma cirurgia do porte de uma cesariana são reconhecidas, trazendo maiores riscos de infecção, de dor, de recuperação lenta, de complicações anestésicas. Outros efeitos adversos pouco valorizados pelos profissionais ocorrem com frequência, como a interferência na relação mãe e bebê (pela própria condição da mulher no pós-operatório, que não está plena como no parto normal), o atraso na descida do leite e início da amamentação, e, portanto, a

maior dificuldade de estabelecimento do vínculo, a insatisfação com a experiência pouco natural de parir.

A retirada artificial do bebê leva à prematuridade iatrogênica (efeito adverso decorrente de intervenção sem justificativa) ou à imaturidade, ou seja, um bebê que mesmo a termo, com mais de 37 semanas, não está completamente formado, que não alcança inclusive o peso que poderia ter, componente fundamental de proteção da saúde infantil. Priva o bebê dos benefícios do trabalho de parto, quando ocorre a liberação de substâncias e hormônios da mãe que promovem a maturação e o desenvolvimento final do bebê (neurológico, intestinal, pulmonar). Sua passagem pelo canal do parto auxilia na saída de líquidos do pulmão e favorece a colonização pelas bactérias do corpo da mãe e não pelas bactérias hospitalares. A internação do bebê por adaptação respiratória é mais freqüente na cesariana, além das complicações decorrentes da prematuridade e/ou imaturidade, como infecções, icterícia e repercussões sobre o seu desenvolvimento.

O crescimento e desenvolvimento fetal intra-útero está diretamente associado à obesidade, à diabetes e hipertensão do adulto, e, portanto, os efeitos da interrupção iatrogênica da gravidez não se restringem à saúde imediata do bebê, podendo comprometer a sua saúde na vida futura. Assim, a promoção da saúde da mulher e do bebê e do adulto se relaciona com a gravidez e o modo de nascer. Portanto, as intervenções desnecessárias aumentam os riscos ao nascimento e ao longo da vida, contribuindo para os índices preocupantes de doenças crônico-degenerativas no país.

Outro efeito relevante e ainda pouco divulgado sobre as repercussões da vivência frustrante e traumatizante do parto, do processo de gestação e nascimento é a depressão pós-parto, cujos índices são muito elevados no país, segundo pesquisas recentes.

Nascer naturalmente demanda disponibilidade e tempo. Da família e dos profissionais que assistem o trabalho de parto, ou seja, que literalmente assistem a atuação da mulher no seu processo particular de dar a luz, e que deveriam estar à disposição para agir apenas quando necessário apenas. Que devem promover apoio, informação e segurança, além de ofertar práticas que favorecem a evolução fisiológica do trabalho de parto e do parto e trazem maior conforto à mulher.

Os benefícios do parto normal estão amplamente comprovados pela ciência, porém o aval do conhecimento não parece suficiente para a mudança das práticas no Brasil. É preciso rever o significado, ressignificar o parto e o nascimento na sociedade brasileira. Recuperar o valor do nascimento como momento único para a mulher no sentido maior da subjetividade feminina e da maternidade, assim como para o bebê, para propiciar o seu pleno desenvolvimento. E, em última análise, para o favorecimento do afeto para toda a família e a sociedade.

E ressignificar a dor. A dor do parto é um mecanismo natural de concentração e mobilização da mulher para o momento que demanda dedicação e reunião de todas as energias. Não necessariamente significa sofrimento. Em diversas culturas no mundo a dor

do parto é vivida com maior naturalidade e o parto é reconhecido como momento de força e potência da mulher. Na cultura brasileira a dor é evocada como algo intolerável e humilhante, visão que desqualifica a mulher e sua capacidade de vivenciar o parto plena e singularmente, com conforto e dignidade. Várias técnicas reconhecidas popularmente e cientificamente para alívio da dor podem ser utilizadas, mas via de regra, não são ofertadas à mulher brasileira. A começar pela ambiência, o espaço social do parto, que não deve ser um ambiente cirúrgico, asséptico e isolado como praticado nos hospitais, e sim local agradável e aconchegante, mais próximo possível do ambiente domiciliar, com privacidade, área para ampla movimentação e banheiro acessível com chuveiro e/ou banheira, técnicas importantes para conforto e relaxamento, que favorecem o bom andamento do parto.

Pelo direito de dar a luz e de nascer de forma digna

Alguns preceitos fundamentam o movimento de mudança do modelo assistencial ao parto e nascimento. Preservar o nascimento como um momento familiar, social e fisiológico, em que cerca de 85% das famílias podem vivenciar este momento de maneira integral e mais natural possível. Assegurar os direitos em saúde da mulher e da criança. Ampliar a participação e o protagonismo da mulher no processo do nascimento. Favorecer os processos naturais e fisiológicos e intervir apenas quando necessário. Reequilibrar e redimensionar o uso da tecnologia médica, para garantir os benefícios incontestes que aporta nas situações de risco e de complicações durante o parto, salvando vidas. Amplificar a importância da tecnologia leve, a tecnologia relacional para promoção da saúde e do bem-estar físico e emocional da mulher e do bebê. Pactuar, adequar e seguir (!) protocolos baseados no melhor conhecimento disponível, com a utilização da tecnologia apropriada para a atenção ao parto e nascimento. Garantir o direito à informação adequada, muitas vezes não observado na relação hierárquica entre o médico e a gestante, por conveniência ou interesse de ordem pessoal. Fomentar o trabalho em equipe, com o devido reconhecimento da importância e da necessidade de se ampliar a participação de cuidadores de saúde, que agregam valor na atenção ao parto e nascimento fisiológicos, como a enfermagem obstétrica, a doula e as parteiras tradicionais.

Mudar o paradigma do nascimento e superar o paradoxo perinatal brasileiro para reduzir mortalidade materna e infantil: o papel do governo e da sociedade

Iniciativas do Ministério da Saúde e de alguns governos locais vem sendo realizadas para a mudança do cenário do nascimento no Brasil. Ao mesmo tempo a sociedade civil vem se organizando cada vez mais neste sentido. No entanto, os índices de cesariana são crescentes no país (47,0% em 2009) e associados ao aumento da prematuridade e o baixo peso ao nascer, os fatores mais importantes para a sobrevivência e a qualidade de vida da

criança. Este aumento decorre da interrupção indevida da gravidez, por cesarianas desnecessárias. Mortes maternas também ocorrem por cesarianas desnecessárias. Portanto, reduzir a mortalidade e infantil e a materna no país passa necessariamente pela reversão deste quadro, com o uso da tecnologia apropriada para prevenir riscos desnecessários e mortes evitáveis.

Desde 2009 a experiência inovadora e potente do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais integra o Plano de Redução da Mortalidade Infantil na Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro. Enfoca 26 maternidades de referência para a atenção ao parto e para formação profissional, em municípios prioritários. O apoio institucional a estas maternidades vem promovendo a transformação técnica e cultural com relação ao modelo de atenção ao parto e nascimento, revisitando conceitos e promovendo a reflexão sobre os direitos da mulher e da criança e as boas práticas em obstetrícia e neonatologia. Reavalia ainda os processos de trabalho e de gestão das maternidades, que repercutem diretamente nas relações entre gestores e os profissionais e na relação destes com os usuários.

A centralização e o autoritarismo nos serviços de saúde perpetuam relações de poder abusivas e desrespeitosas entre gestores, profissionais (com forte teor corporativista) e usuários. Com frequência a manutenção de práticas obsoletas e sem respaldo técnico no cotidiano dos serviços decorre da dificuldade de se estabelecer um processo de construção coletiva de acordos para funcionamento, de protocolos de atenção, que inclui os usuários, maiores interessados e a quem se destina o cuidado em saúde. A relação de igualdade e de identidade entre pessoas reconhecidas como sujeitas de direitos é fundamento básico neste processo de melhoria e humanização da atenção. Que não haja espaço para qualquer tipo de discriminação, social, econômica ou étnica-racial. Reconhecer o direito à melhor tecnologia em saúde, se colocar no lugar do outro e promover a atenção que desejamos para nós mesmos, como princípio ético-profissional do trabalho em saúde.

Movimentos contra-hegemônicos como este, que propõem uma mudança de paradigma, requerem persistência e participação ampliada das diversas representações da sociedade. Sobretudo dos gestores da saúde e profissionais, que trabalham pelo interesse coletivo. Este movimento precisa definir-se claramente como uma política pública e impulsionar a mudança da cultura da cesária na sociedade e na formação profissional, muito distanciada das tecnologias apropriadas de atenção ao parto. As universidades e os hospitais públicos de ensino devem ser foco de atuação do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação para o ajuste de seus conteúdos, das residências médicas e a incorporação das boas práticas, em um prazo mais próximo possível. Uma política de formação e de inclusão da enfermagem obstétrica na equipe de atenção ao parto e nascimento, assim como a inclusão das doulas, pode impactar mais rápida e efetivamente a mudança do modelo, e, conforme aponta a literatura científica, trazer melhores resultados maternos e perinatais. Campanhas do porte do aleitamento materno – que de forma muito semelhante ao parto é um processo fisiológico que promove saúde e sofreu

grave interferência de interesses comerciais - devem ser continuamente realizadas. Que seja divulgado (e ofertado) o direito da mulher e da criança ao bom parto.

Ação específica deve se dirigir ao fortalecimento e construção das redes de atenção perinatal nos territórios, baseadas na necessidade da população, sem o que não haverá resposta definitiva e satisfatória na saúde da mulher e da criança no país. A base deve ser a saúde integral da mulher, saúde sexual na adolescência (forte lacuna no país) e saúde reprodutiva, tendo a atenção primária de saúde como eixo estruturante e coordenador do cuidado, perpassando todos os níveis de complexidade da atenção de saúde. Destaca-se a integração entre o pré-natal e o parto, uma vez que a maioria dos partos no país são hospitalares, e a rede articulada de atenção é fundamental para a vinculação desde o pré-natal para uma maternidade, de forma a prover segurança e tranquilidade para a mulher neste momento. A peregrinação da mulher em busca de vaga hospitalar para o parto é outra grave violação de direitos da mulher e omissão de cuidados pelo sistema de saúde, impactando na mortalidade materna e infantil. A regulação assistencial deve ser fortalecida no país, de modo a garantir equidade e ampliar acesso ao pré-natal de alto risco e à internação hospitalar no nível de complexidade adequado à necessidade de cada mulher e criança.

Expandir o Plano de Qualificação das Maternidades e de Redes Perinatais para as demais regiões do país é um passo importante para consolidar o processo em curso, uma vez que o Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam os maiores índices de cesariana no país (cerca de 54% dos nascimentos) e são formadores de opinião, exercendo forte influência para o modelo cesarista.

A expectativa em relação ao governo da primeira mulher presidente do país não pode ser pequena. Traz consigo o forte simbolismo da importância da mulher na sociedade e a possibilidade de se concretizar o anseio de que seja dada a devida consideração ao parto e nascimento. A decisão por uma política pública efetiva de saúde, de cultura e educação que promova o parto e nascimento respeitoso e saudável, o bom parto, pode ser uma marca do governo Dilma. O apoio aos processos em curso e a ampliação das ações para a sua consolidação pode contar com a participação ativa da sociedade mobilizada e dos profissionais de saúde que há décadas lutam por isto. Espera-se assim expandir e fortalecer este movimento de recuperação do valor do nascimento no país, respondendo à grave e histórica dívida social com as mulheres e as crianças brasileiras.

**Sônia Lansky é pediatra, doutora em saúde pública (UFMG) e supervisora do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste*