

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES
DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES PÚBLICAS, PROPAGANDA E
TURISMO**

NATÁLIA DECCO DE OLIVEIRA

**A REALIDADE OBSTÉTRICA DO BRASIL E O PAPEL DA COMUNICAÇÃO
PARA HUMANIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DO DOCUMENTÁRIO “O
RENASCIMENTO DO PARTO”**

SÃO PAULO

2020

NATÁLIA DECCO DE OLIVEIRA

**A realidade obstétrica do Brasil e o papel da comunicação para humanização:
uma análise do documentário “O Renascimento do Parto”**

Monografia de graduação apresentada ao Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Bacharel em Comunicação Social com habilitação em Relações Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Alves de Carvalho

São Paulo
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo
Dados inseridos pelo(a) autor(a)

Oliveira, Natália Decco de
A realidade obstétrica do Brasil e o papel da comunicação
para humanização: uma análise do documentário "O Renascimento
do Parto" / Natália Decco de Oliveira ; orientadora, Simone
Alves de Carvalho. -- São Paulo, 2020.
65 p.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Relações
Públicas, Propaganda e Turismo/Escola de Comunicações e
Artes / Universidade de São Paulo.

Bibliografia
Versão corrigida

1. Comunicação 2. Parto 3. Violência obstétrica 4.
Humanização 5. Narrativa I. Carvalho, Simone Alves de II.
Título.

CDD 21.ed. - 659

OLIVEIRA, Natália Decco de. **A realidade obstétrica do Brasil e o papel da comunicação para humanização: uma análise do documentário “O Renascimento do Parto”**. 2020. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

APROVADO EM:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres mães brasileiras que enfrentam ou já enfrentaram violências institucionalizadas e naturalizadas. Também dedico a todos os profissionais, sejam da saúde ou da comunicação, que estão abertos a sempre refletirem sobre suas práticas e acreditam na importância da humanização e do livre acesso à informação de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família. À minha mãe, Soraia, o meu espelho; foi ela quem me ensinou a ver a vida de forma positiva, a ser responsável e a cuidar. E ao meu pai, André, quem me ensinou a trabalhar duro, a valorizar as pequenas coisas da vida e me proporcionou uma ótima educação. Também quero agradecer à minha tia Ana que sempre me incentivou a estudar e a sonhar com o meu ingresso na USP. Obrigada aos meus avós, por todo o afeto, e aos meus irmãos, João e Miguel, por serem meus eternos parceiros. Ao Henrique, sou grata por todo cuidado, apoio, escuta e amor.

Gratidão a todos os professores que passaram pela minha vida, ao corpo docente da ECA e à Simone, minha querida orientadora, que me guiou durante todo o processo de desenvolvimento do meu TCC. Vocês foram pessoas essenciais para a minha formação. Agradeço à Bia Fioretti e à Cláudia Lago por aceitarem fazer parte da minha banca de avaliação.

Também agradeço imensamente à Escola de Comunicações e Artes e à Universidade de São Paulo, que, além de todo o aprendizado, me proporcionaram experiências únicas, como estagiar no CORALUSP; ter a experiência de um intercâmbio na Universidade de Coimbra, onde pude vivenciar um dos períodos mais felizes da minha vida; participar como educadora no projeto Redigir e poder ampliar imensamente os meus horizontes. Além disso, foi nessa Escola que conheci a Haline, a Lanna, a Juliana e a Carol, mulheres incríveis com quem criei um forte laço de amizade.

Assim que possível, quero dar um forte abraço em todas e todos que contribuíram para que eu chegasse até aqui.

“Para mudar o mundo, é preciso, primeiro, mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent)

RESUMO

OLIVEIRA, Natália Decco de. **A realidade obstétrica do Brasil e o papel da comunicação para humanização: uma análise do documentário “O Renascimento do Parto”**. 2020. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

Neste Trabalho de Conclusão de Curso buscamos compreender a complexa realidade obstétrica brasileira por meio da pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, que apresenta elevadas porcentagens de cirurgias cesarianas e excessivas intervenções médicas. Abordamos o conceito de humanização na saúde e no parto, considerando as questões que envolvem os direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Também estudamos de que forma a comunicação e a narrativa podem contribuir para o contexto de humanização no atendimento ao parto. Por fim, realizamos uma análise do filme “O Renascimento do Parto”, documentário amplamente divulgado e distribuído pelos cinemas do Brasil, que propõe uma mudança no paradigma de atendimento ao parto.

Palavras-chave: parto; violência obstétrica; humanização; direitos humanos; comunicação; narrativa.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Natália Decco de. **The obstetric reality of Brazil and the role of communication for humanization: an analysis of the documentary "O Renascimento do Parto".** 2020. 65 f. End-of-Term project – School of Communications and Arts, University of São Paulo, São Paulo, 2020.

In this monograph we seek to understand the complex reality of the Brazilian obstetrics, throughout the research "Birth in Brazil: national survey into labour and birth", which shows high percentages of cesarean sections and excessive medical interventions. We approach the concept of humanization of health care and childbirth, by taking into account the issues that involve human rights and women's sexual and reproductive health rights. Furthermore, we study in which way communication and storytelling can contribute to the context of humanized birth care. Finally, we carry out an analysis of "O Renascimento do Parto", a documentary that proposes a change in the paradigm of birth care and which was widely disseminated and distributed throughout Brazilian movie theaters.

Keywords: childbirth; obstetric violence; humanization; human rights; communication; storytelling.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quarto com banheira na Casa Angelina.....	23
Figura 2 - Nascimento na banheira Casa Angelina.....	24
Figura 3 - Capa do Plano de Parto de Anne Carolina Silva da Costa.....	26
Figura 4 - Plano de Parto de Marlene Kandler.....	27
Figura 5 - Plano de Parto de Amanda Kuhlmann de Mello Angerami.....	27
Figura 6 - O Renascimento do Parto.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipos de parto realizados no Brasil entre 2011 e 2012.....	17
Tabela 2 - Boas práticas com a gestante durante o trabalho de parto no Brasil entre 2011 e 2012.....	19
Tabela 3: Intervenções nas gestantes durante o trabalho de parto e parto no Brasil entre 2011 e 2012.....	29
Tabela 4: Boas práticas com recém-nascidos no Brasil entre 2011 e 2012.....	30
Tabela 5: Intervenções com recém-nascidos no Brasil entre 2011 e 2012.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BBC - British Broadcasting Corporation

CGBP - Casas da Gestante, Bebê e Puérpera

CNP - Centros de Parto Normal

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

NROH - Não risco obstétrico habitual

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

RN's - Recém-nascidos

ROH - Risco obstétrico habitual

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de terapia intensiva

VO - Violência obstétrica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 A REALIDADE OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	15
1.1 Tipos de parto	16
1.2 Boas práticas com a gestante.....	19
1.2.1 Presença contínua de acompanhante.....	20
1.2.2 Alimentação.....	21
1.2.3 Movimentação.....	22
1.2.4 Procedimentos não-farmacológicos para alívio de dor.....	23
1.2.5 O plano de parto.....	25
1.3 Intervenções com a gestante.....	28
1.4 Boas práticas e intervenções em recém-nascidos.....	30
1.5 Mortalidade materna.....	32
1.6 A epidemia das cesarianas.....	34
1.7 Violência obstétrica.....	36
2 HUMANIZAÇÃO: UMA CORDA DE SALVAÇÃO.....	38
2.1 Humanização e parto humanizado.....	38
2.2 Direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos.....	41
2.3. A importância da comunicação para a humanização.....	43
2.4. A narrativa como forma de humanização.....	45
3 ANÁLISE DO DOCUMENTÁRIO “O RENASCIMENTO DO PARTO” COMO UMA COMUNICAÇÃO TRANSFORMADORA.....	49
3.1 Método de análise.....	51
3.2 O Renascimento do Parto.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	59

INTRODUÇÃO

Esta monografia foi escrita a partir das inspirações geradas pelo filme “O Renascimento do Parto”, o primeiro documentário com ampla distribuição e divulgação pelo país que propõe uma quebra de paradigma à assistência ao parto e ao nascimento. De forma singela e humanizada, foi capaz de democratizar informações científicas que podem libertar as mulheres de diversas violências simbólicas e físicas.

Parto não é igual a sofrimento. Parto é fisiológico, é natural e toda mulher tem o direito de vivenciá-lo com protagonismo, dignidade e prazer. Essas são algumas das mensagens transformadoras que o filme nos passa. Portanto, o objetivo geral desta monografia é analisar como a narrativa do documentário “O Renascimento do Parto” pode contribuir para a transformação da realidade obstétrica no Brasil.

O nosso país ainda é um lugar onde há uma epidemia de cesarianas e intervenções médicas obsoletas e violentas são naturalizadas e realizadas cotidianamente nos hospitais, gerando sofrimento e risco para mulheres e bebês. Por isso, para entendermos este contexto em que estamos inseridos, no primeiro capítulo desta monografia traremos uma ampla contextualização da realidade obstétrica brasileira por meio dos dados da pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Um de nossos objetivos específicos é compreender essa realidade, desta maneira, abordaremos os tipos de parto e suas porcentagens de ocorrências; as boas práticas de atenção ao parto recomendadas para gestantes e bebês; as intervenções comumente realizadas em gestantes e bebês; a mortalidade materna; a violência obstétrica; e as cesarianas.

Já no segundo capítulo, traremos outros dois objetivos específicos, o primeiro é entender o conceito de humanização da saúde e do parto e, assim, analisarmos a relação com os direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O segundo objetivo é compreender o papel da comunicação diante da complexa realidade obstétrica que vivemos e como a comunicação e o uso de narrativas podem contribuir para a humanização da assistência ao parto. Através das narrativas é possível dar maior sentido e democratizar informações essenciais sobre parto e nascimento, por isso, também nos aprofundaremos neste assunto.

No terceiro capítulo, após uma imersão em dados, informações científicas, autores e estudiosos do tema, mergulharemos no longa-metragem que foi o grande estímulo para que este trabalho se concretizasse. Por meio de uma análise reflexiva e interpretativa das narrativas contidas no enredo do filme, utilizaremos a bibliografia desenvolvida ao longo da monografia para estudar a sua construção narrativa. Também levaremos em conta o contexto em que o filme foi produzido, divulgado e distribuído, pois ele é um documentário nacional com expressiva bilheteria nos cinemas do país, passando por 50 cidades, durante 22 semanas de exibição (PENINA, 2018).

Por fim, e de acordo com o pensamento de Sheila Kitzinger, a autora do livro *A experiência de dar à luz*, é importante esclarecer que, se em algum momento neste trabalho, a ênfase na maternidade parecer o oposto à libertação feminina das algemas domésticas, que tanto lutamos; na realidade, é exatamente o contrário: o que buscamos é dar autonomia à mulher para que ela escolha ou não ter filhos; para que ela seja capaz de comandar seu próprio corpo; para que escolha quantos filhos quer ter, quando e sob quais condições. E uma vez tendo tomado sua decisão, encarar seu ato com lucidez, livre de medos e de ignorância, sendo capaz de participar e gostar de parir (KITZINGER, 1987, p. 15).

1 A REALIDADE OBSTÉTRICA NO BRASIL

Nascer é um evento intrinsecamente ligado à condição humana e a forma como nascemos tem direta relação com a nossa socialização e cultura. Para compreender esse importante evento social e biológico e seu impacto nas vidas humanas é preciso entender como estamos nascendo, mais especificamente, fazermos a pergunta: como estamos nascendo no Brasil?

A pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento* (LEAL; GAMA, 2014) fez essa pergunta, trazendo-nos dados e um amplo retrato deste tema no país. Foi um estudo coordenado pela pesquisadora Maria do Carmo Leal da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e realizado com a participação de pesquisadores de um grande número de instituições científicas. Essa foi a primeira pesquisa a apresentar um panorama em nível nacional sobre a atenção ao parto e ao nascimento no Brasil. No total, 23.894 mulheres foram entrevistadas. Para isso, o estudo envolveu 266 hospitais e maternidades públicas e privadas, em 191 municípios, incluindo capitais e cidades interioranas de todos os estados brasileiros. A coleta dos dados se deu no período de fevereiro de 2011 até outubro de 2012.

Os principais objetivos das pesquisas foram conhecer os efeitos das intervenções obstétricas, incluindo cesarianas desnecessárias; as motivações das mulheres no momento de escolher os tipos de parto; complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; estruturas das instituições hospitalares quanto à qualificação de recursos humanos; disponibilidade de insumos e equipamentos para UTI de adultos e neonatos. Isto é, questões que envolvem o pré-natal, o nascimento em si e o acompanhamento pós-parto.

Daqui para frente, analisaremos as principais temáticas que envolvem o nascer, pois elas serão essenciais para o entendimento desta monografia. Baseamo-nos no inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014), complementando com informações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde e de estudiosos do tema.

1.1 Tipos de parto

No inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014, p. 4) foram considerados quatro tipos de parto: vaginal sem intervenção, vaginal com intervenção, cesariana com trabalho de parto, cesariana sem trabalho de parto.

A via de parto vaginal sem intervenção acontece quando o trabalho de parto e o parto evoluem naturalmente, ou seja, sem intervenções. Já o parto vaginal com intervenção, significa que foram realizadas ações médicas. Elas podem ser medicamentosas, como anestesias, ou físicas, como a episiotomia - um corte feito na região do períneo. Em breve, aprofundaremos sobre as intervenções obstétricas.

A outra via de parto considerada é a cesariana, este parto cirúrgico pode se dividir em dois tipos: o que espera o início e a evolução do trabalho de parto ou o que não espera o trabalho de parto, sendo que os médicos frequentemente agendam o dia da cirurgia com antecedência. Segundo a Caderneta da Gestante (BRASIL, 2018, p. 34) desenvolvida pelo Ministério da Saúde, a “cesariana é uma cirurgia de grande porte que pode apresentar riscos para a mulher e para o bebê se for realizada sem a necessidade”. A cesariana não deve ser uma opção de parto e sim uma indicação médica, como nos casos em que há algo impedindo a saída da criança ou quando a mãe sofre de uma doença grave, entre outras razões (BRASIL, 2018, p. 34).

Além disso, na Caderneta da Gestante é explicado que, tanto no parto vaginal quanto na cesariana, é importante para a mulher e seu bebê passarem pelo trabalho de parto, pois é uma experiência que favorece o amadurecimento do pulmão e do sistema de defesa natural do organismo do recém-nascido. Além de ser um momento importante para a mãe:

O trabalho de parto é um momento de grande intensidade, uma vivência que marca para sempre a vida de uma mulher. É a preparação natural para a maternidade. Você terá a chance de experimentar sensações e sentimentos que podem fortalecê-la enquanto mulher e mãe (BRASIL, 2018, p. 29).

Na coleta de dados do *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014, p. 4), para o total das gestantes entrevistadas, a proporção de cesarianas foi de 52%, enquanto apenas 5% fizeram parto vaginal sem nenhuma intervenção. Na comparação entre as mulheres de alto risco (não risco obstétrico habitual) e baixo risco (risco obstétrico

habitual) observa-se uma ligeira diminuição da proporção de cesarianas, de 61% para 45%. Como podemos observar na tabela 1:

Tabela 1 - Tipos de parto realizados no Brasil entre 2011 e 2012

	Todas		Risco obstétrico habitual (ROH)		Não risco obstétrico habitual (NROH)	
	nº	%	nº	%	nº	%
Vaginal sem intervenção	1196	5,0%	763	5,6%	408	4,1%
Vaginal com intervenção	10302	43,1%	6626	48,9%	3520	35,1%
Cesariana com trabalho de parto	4240	17,7%	2359	17,4%	1833	18,3%
Cesariana sem trabalho de parto	8153	34,1%	3810	28,1%	4268	42,5%
Total	23892	100,0%	13558	100,0%	10028	100,0%

Fonte: LEAL; GAMA, 2014.

Ao analisarmos os dados da tabela 1, identificamos a disparidade entre o que é recomendado pela OMS e o que realmente acontece nas maternidades brasileiras. Enquanto a OMS (2018) recomenda que os partos sejam feitos em sua maioria pela via vaginal e sem intervenções desnecessárias, esse é o tipo de parto menos realizado na prática.

Já o parto vaginal com intervenção tem uma das maiores porcentagens na tabela, indicando o quanto as interferências médicas são utilizadas cotidianamente nas maternidades, mesmo em um evento fisiológico como o parto e contrariando as melhores evidências científicas sobre o assunto. A OMS (2018) não recomenda que esses procedimentos sejam feitos rotineiramente e sem indicação clínica, pois muitos deles são potencialmente prejudiciais à mulher e interferem no processo natural de parto.

Leal e Gama (2014) explicam sobre essas intervenções muitas vezes excessivas:

A maioria das mulheres foi submetida a intervenções excessivas, ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, sem se alimentar durante o trabalho de parto, usou medicamentos para acelerar as contrações (ocitocina), foi submetida à episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) e deu à luz deitada de costas, muitas vezes com alguém apertando a sua barriga (manobra de Kristeller). (LEAL; GAMA, 2014, p. 3).

Também, contrariando as recomendações do Ministério da Saúde sobre a importância de vivenciar o trabalho de parto, que estão na Caderneta da Gestante (BRASIL, 2018, p. 29), as cesarianas com trabalho de parto tem uma das menores porcentagens da tabela, em torno de 17% e 18%, variando de acordo com o risco.

Além disso, se dividirmos o total de partos apenas entre cesarianas e vaginal, é ainda mais visível reconhecer o quanto expressivo são os números de cesarianas no Brasil. A maioria das mulheres tiveram seus filhos por cesarianas, a cirurgia foi realizada em 52% dos nascimentos. O inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014, p. 3) indica números ainda mais impactantes na rede privada de maternidades: 88% das gestantes tiveram partos cesarianas.

Segundo o mesmo estudo, estima-se que, todos os anos, quase 1 milhão de mulheres do país são submetidas a cirurgias cesarianas desnecessárias, perdem a oportunidade de protagonizar o nascimento de seus filhos, correm mais riscos de mortalidade e aumentam desnecessariamente os recursos gastos com saúde.

Conhecer os tipos de parto e entender quais são os mais realizados nas maternidades brasileiras é uma forma de entender como estamos nascendo no Brasil. Com a interpretação dos dados, vemos que não estamos nascendo, na maioria dos casos, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Essas orientações envolvem uma série de boas práticas, respaldadas cientificamente, que serão explanadas a seguir.

1.2 Boas práticas com a gestante

Há diversas boas práticas de atenção ao parto e à gestante que podem ser feitas para que as mulheres se sintam bem e seguras durante o trabalho de parto. No inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014), as mulheres entrevistadas também responderam a questões sobre essas boas práticas. As impressões estão organizadas na tabela 2, com as seguintes porcentagens:

Tabela 2 - Boas práticas com a gestante durante o trabalho de parto no Brasil entre 2011 e 2012

	Baixo risco	Alto risco	Todas as mulheres
	%	%	%
Presença contínua de acompanhante	19,8%	17,8%	18,7%
Alimentação	25,6%	24,5%	25,2%
Movimentação	46,3%	41,3%	44,3%
Procedimentos não-farmacológicos para alívio de dor	28,0%	24,7%	26,7%
Uso do plano de parto	44,2%	36,9%	41,4%

Fonte: LEAL; GAMA, 2014.

Ao analisarmos essa tabela, percebemos que menos da metade das gestantes tem essas boas práticas obstétricas respeitadas em seus partos, isto é, foram baixas as incidências dessas simples medidas que podem tornar a experiência do parto mais amena, segura e confortável. Também podemos notar que as gestantes de alto risco têm as porcentagens ainda mais baixas de incidência de boas práticas, comparadas às gestantes de baixo risco e ao número total.

Tendo em vista a importância dessas medidas, amplamente apoiadas pela Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2018) e também divulgadas na Caderneta da Gestante pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), aprofundaremos na análise de cada uma dessas boas práticas, para entendermos o que elas são e porque são tão importantes.

1.2.1 Presença contínua de acompanhante

Apesar do inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014) apontar que mais de 80% das gestantes não tiveram a presença contínua de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, esse é um direito de todas as mulheres grávidas atendidas pelo SUS. Segundo a lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”. Na lei, também está descrito que este acompanhante é de livre escolha da gestante.

De acordo com os Cadernos HumanizaSUS, volume 4, todo focado na humanização do parto e do nascimento (BRASIL, 2014, p. 37), o suporte físico e emocional pode ser oferecido à mulher tanto pelo seu acompanhante ou doula¹. Não dispensando o apoio dos profissionais que participam da assistência ao parto.

O apoio proporcionado pelas doulas promove, em várias evidências, uma série de benefícios para as mulheres. Metanálise de estudos randomizados envolvendo 15.061 mulheres demonstrou que, para aquelas alocadas para o suporte contínuo, houve uma maior incidência de parto vaginal espontâneo, menor necessidade de analgesia e maior satisfação com a experiência do parto. Tiveram também menor probabilidade de serem submetidas à cesariana ou ao parto instrumental e de terem bebê com baixos escores de Apgar no quinto minuto (BRASIL, 2014, p. 37).

Porém, de acordo com Diniz et al. (2014), desde que o parto hospitalar foi estabelecido como regra pelos programas de saúde em meados do século 20 nos países industrializados, ter um acompanhante que possa dar suporte físico e emocional contínuo durante o parto era algo raro nos hospitais. “Essa tem sido a situação em muitos países nas últimas décadas, uma vez que a presença de familiares era geralmente proibida no parto institucionalizado. No Brasil, essa foi também a regra, e fez parte da formação médica e de enfermagem” (DINIZ et al., 2014, p. 141).

Apesar das evidências científicas e as orientações para humanização indicarem que a presença de acompanhantes auxilia na realização de um parto bem-sucedido, este histórico hospitalar, que não permite a presença de acompanhantes, ainda influencia as ações dos médicos e hospitais atualmente. O fato de apenas

¹ A doula é uma mulher que dá suporte físico, emocional, social e espiritual, fornecendo também orientações às parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós- parto (SILVA, 2011, p. 23).

18,7% das mulheres terem presença contínua de acompanhantes, como indica a tabela 2, mostra como este direito ainda não é respeitado.

1.2.2 Alimentação

A privação de alimentação também é um protocolo hospitalar amplamente praticado, que acaba não respeitando os desejos e necessidades fisiológicas da mulher durante o trabalho de parto. A tabela 2 indica que a boa prática de oferecer alimentação para a gestante ocorre em apenas 25,2% dos partos, mesmo existindo estudos que comprovam que a ingestão de alimentos leves não aumenta a incidências de complicações:

A prática comum de se proibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto deve-se ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia. O risco, entretanto, está associado à anestesia geral, em mulheres de risco habitual. Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar, a permissão para a mulher ingerir alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações (SCHEEPERS; ESSED; BROUNS, 1998; SCRUTTON et al., 1999; SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012 apud BRASIL, 2014, p. 36).

Estudos têm constatado que a maioria das mulheres desejam comer e beber no momento do trabalho de parto, principalmente em seu início, e naturalmente há uma diminuição desse desejo com a evolução do parto (LÓPEZ et al., 2010 apud PINTO et al., 2017, p. 2). Nessas pesquisas, destaca-se que as próprias gestantes são capazes de ajustar sua ingestão oral para satisfazer as suas necessidades. Esta regulação da própria alimentação pelas mulheres diminui os níveis de estresse e promove um sentimento de autocontrole, maior satisfação e bem-estar, segundo Pinto et al. (2017, p. 2).

Frente a estas evidências, percebe-se que existe uma necessidade de análise e reflexão sobre a importância de rever o parto como um processo natural com a prestação de cuidados baseados nas necessidades únicas de cada mulher e a alimentação está entre essas necessidades que podem trazer mais conforto e energia para um parto mais seguro e bem-sucedido.

1.2.3 Movimentação

Na maioria das maternidades, a mulher ainda é obrigada a permanecer deitada durante o trabalho de parto. Embora esta posição possa permitir uma melhor oxigenação fetal, a permissão para que ela escolha a posição que a deixe mais confortável, seja em posições verticais, como caminhando ou de cócoras, não indica maior risco, proporciona menor duração do trabalho de parto e diminui a necessidade de analgesia (Lawrence et al., 2012 apud BRASIL, 2014, p. 37).

Além disso, os Cadernos HumanizaSUS (BRASIL, 2014) fazem orientações de como deve ser o ambiente em que a gestante permanece durante as horas de trabalho de parto:

O ambiente deve ser agradável e oferecer à mulher uma sensação de apoio e aconchego que a permita vivenciar o momento do nascimento como uma experiência prazerosa. Locais aprazíveis onde a mulher possa ter mais liberdade de movimentação e contato com a sua família devem fazer parte do espaço das maternidades, tais como pequenos jardins ou salas com decoração que traduza calma e serenidade (BRASIL, 2014, p. 35).

Segundo Silva et al (2017, p. 70), a livre movimentação está associada a benefícios como: diminuição da dor; redução do tempo de parto; redução de intervenções médicas; redução do tempo da dilatação do colo e humanização do parto. A questão que fica é: por que uma prática tão simples, como dar liberdade de movimentos e posições, ainda é negada a mais da metade das gestantes como indica a tabela 2?

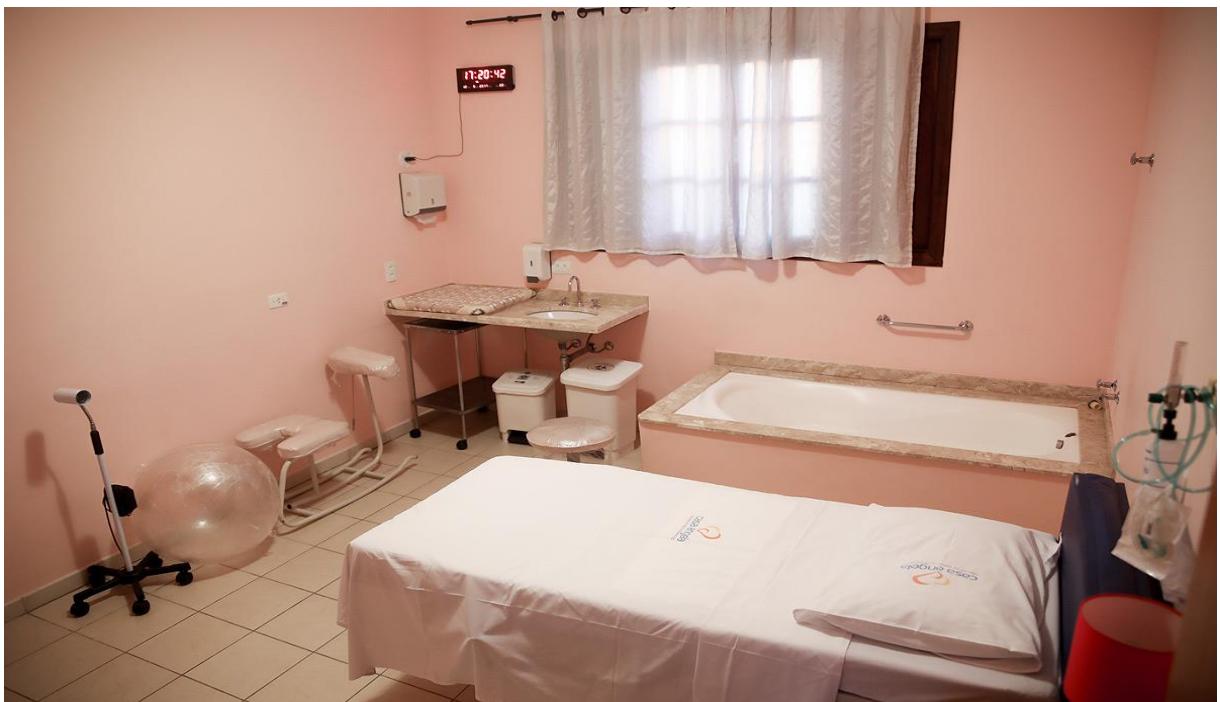
Kitzinger (1987) também apoia a maior liberdade à mulher durante o trabalho de parto e o menor tecnicismo, pois isso é imprescindível para que ela viva a experiência de forma mais completa e prazerosa. De acordo com a autora, abordar uma importante experiência psicossexual, como o parto, acreditando que é preciso apenas habilidades técnicas seria o mesmo que empreender a uma outra intensa experiência psicossexual, as relações sexuais, com uma lista de posições e técnicas adquiridas em um manual (KITZINGER, 1987, p. 8).

1.2.4 Procedimentos não-farmacológicos para alívio de dor

Existem estratégias não-farmacológicas para alívio de dor que podem ser utilizadas durante o trabalho de parto e parto, de acordo com a necessidade e vontade de cada gestante. Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017, p. 17), esses procedimentos devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.

Entre estes procedimentos está a imersão em água, que se mostra muito eficiente para alívio da dor no trabalho de parto (BRASIL, 2017, p. 17). Para isso, é preciso que as maternidades e casas de parto estejam preparadas e ofereçam banheiras para as gestantes.

Figura 1 - Quarto com banheira na Casa Angelina



Fonte: Casa Angelina, 2020.

Figura 2 - Nascimento na banheira Casa Angela



Fonte: Casa Angela, 2020.

A Casa Angela, mostrada nas figuras 1 e 2, é um Centro de Parto Humanizado, também conhecido como Casa de Parto, que oferece assistência humanizada ao parto natural, em ambiente seguro, acolhedor e respeitoso. Localizada na zona sul de São Paulo, a Casa Angela atende gratuitamente usuárias do SUS que moram em São Paulo.

Além da imersão na água, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017, p. 17) indicam para alívio da dor: massagem, técnicas de relaxamento e respiração, acupuntura e músicas. Todas as intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais podem ser utilizadas e são indicadas para o bem-estar da mulher.

Kitzinger (1987) traz pontos relevantes para serem discutidos acerca da dor. Para ela, as mulheres chegam a sentir as dores de maneira diferente, o que decorre tanto de fatores sociais, culturais, como de pura fisiologia ou de fatores psicológicos.

A dor é sempre interpretada e colocada dentro de um esquema predeterminado. Na Jamaica, descobri que a camponesa das Antilhas raramente sente qualquer incômodo no períneo, nem se importa com a pressão da cabeça do bebê ao descer. Mas as mulheres inglesas de classe média se preocupam em não sujar a cama e muitas vezes ficam chocadas com as sensações contra o reto e vaginal no trabalho de

parto - sensações que podem achar martitzantes. Sentem-se infelizes, na verdade, exatamente com as mesmas sensações experimentadas com serenidade pelas camponesas da Jamaica. Por outro lado, estas muitas vezes prevêem e apanham sérias dores lombares, uma experiência bem comum no mundo inteiro. Para elas, essa dor é uma prova que a parte traseira está "se abrindo" - o que acreditam acontecer antes de nascer a criança. Dessa maneira, parece que fatores culturais e outros de natureza sociológica devem ser considerados, se de fato quisermos compreender tudo o que diz respeito ao ato de dar à luz (KITZINGER, 1987, p. 11).

Entendendo esses fatores, pode-se aplicar para cada mulher um método de alívio diferente e mais eficiente, de acordo com sua socialização, cultura, fisiologia e psique.

1.2.5 O plano de parto

O plano de parto ou partograma é basicamente uma carta de intenções da gestante, isto é, uma ferramenta comunicacional para garantir que as vontades da gestante sejam respeitadas durante o momento do parto. Nele a gestante descreve suas preferências, expectativas, desejos, o que ela quer ou não quer que aconteça. Um documento que estabelece clara comunicação entre a mulher e a equipe de profissionais que irá atendê-la, desde que esse grupo médico dê a atenção adequada à carta e leve em consideração as expectativas da gestante.

De acordo com os Cadernos HumanizaSUS (BRASIL, 2014, p. 168), a visita à maternidade também é parte importante para a construção do plano de parto. Além disso, para que a mulher o possa redigir, é necessário que tenha acesso a informações confiáveis e embasadas cientificamente para que se sinta segura no momento de fazer as escolhas de como será seu parto.

Implica também os profissionais com a garantia do direito à escolha informada por parte da gestante, de modo que as equipes possibilitem a ela o acesso a informações baseadas em evidências científicas que permitam que ela tenha condições de escolher o tipo de parto que lhe faz sentir mais segura, de modo que possa elaborar um plano de parto que seja respeitado pela equipe que lhe assiste e que seja informada sobre todos os procedimentos a que será submetida, podendo inclusive sinalizar aqueles que não quer (BRASIL, 2014, p.240).

No site da Casa Angela, Centro de Parto Humanizado do SUS, existem alguns exemplos de plano de parto para que as gestantes possam se inspirar. Eles não têm formato definido, a gestante fica livre para escrever e até mesmo desenhar ou escrever poemas. Mas, também fazem sugestões de informações importantes:

Algumas sugestões: você pode escrever, por exemplo, o nome do(s) seu(s) acompanhante(s); onde você mais gosta de receber massagem (ou se não gosta); o nome do hospital para onde quer ser encaminhada, caso o parto não possa acontecer na Casa Angela; o nome do hospital para onde quer que seu bebê seja encaminhado, caso seja necessário; se tem algum medo ou alguma preferência de posição para o parto etc (CASA ANGELA, 2020).

Nas figuras 3, 4 e 5 podemos perceber a liberdade que a Casa Angela propõe e estimula para a construção dos Planos de Parto. Depois de escrever, desenhar e pintar, a gestante deve levar seu Plano de Parto na sua consulta de pré-natal. A obstetriz lerá o documento, conversará sobre a possibilidade de realização das escolhas e desejos e tirará todas as dúvidas.

Figura 3 - Capa do Plano de Parto de Anne Carolina Silva da Costa



Fonte: Casa Angela, 2020.

Figura 4 - Plano de Parto de Marlene Kandler

O parto não é algo que acontece com a mulher, mas algo que ela faz acontecer.

Nosso plano de parto

Gestante: Marlene
Acompanhante: Adriano
Bebê: Surpresa

Gostaríamos:

- De ter um parto na Casa Angela
- De ter um parto natural
- De estar juntos no processo de parto
- De ter um parto no chuveiro com apoio do banquinho de parto ou na banheira conforme as condições permitirem
- Que o cordão umbilical seja cortado pelo pai Adriano.
- Gostaria de ouvir palavras de encorajamento e dicas do que eu posso fazer para facilitar o processo.
- Gostaria de ser relembrada sobre possíveis posições e respiração.
- Quero encorajamento na fase da transição e ouvir que ela vai passar logo e que estou muito próximo de finalmente conhecer o nosso bebê.
- Quero ser lembrada que cada contração me leva mais perto ao encontro com meu bebê.

O ambiente

Calmo
Semi escuro
Com velas
Com música
Com flores
Com fotos
Sem muitas pessoas

Fonte: Casa Angela, 2020.

Figura 5 - Plano de Parto de Amanda Kuhlmann de Mello Angerami

Parto:

- liberdade para parir na posição mais confortável para mim
- preferir por parir dentro da banheira.
- ambiente calmo, acolhedor e acolhedor, levar lençóis
- gestante que meu acompanhante ~~marcar~~ ~~intuir~~ conte o cordão umbilical do ~~Benjamim~~ após parto de parto.
- desejos que o parto seja rápido, tranquilo, sem complicações, sem dor, sem desespero, sem desespero, que o meu corpo, mente estejam preparados para a velocidade natural da chegada do Benjamim. ❤

Fonte: Casa Angela, 2020.

Essa simples conduta, de orientar e estimular a gestante a construir seu Plano de Parto, é uma forma de dar voz ao poder de escolha da mulher sobre seu corpo, seu parto e seu filho (a). E também é um modo de humanizar o atendimento e facilitar a comunicação entre a mulher e a equipe de profissionais que irá atendê-la. Para elaborá-lo, a gestante terá que reservar um tempo somente para isso, irá refletir sobre seu corpo e seus desejos e colocar tudo no papel. Ao mesmo tempo, a equipe terá de forma clara e em um único lugar todas as expectativas e vontades da gestante.

1.3 Intervenções com a gestante

Entretanto, o que mais ocorre no Brasil não são as boas práticas e, sim, as intervenções. Segundo a OPAS (2018), a maioria dos partos ocorrem sem complicações para as mulheres e seus bebês. Em contrapartida, ao longo das últimas duas décadas, os profissionais aumentaram o uso de intervenções que deveriam ser utilizadas apenas para evitar riscos ou tratar complicações.

Em seu livro *A experiência de dar à luz*, Kitzinger (1987) relata que as intervenções médicas são feitas para manterem organização e controle dentro dos hospitais:

É o tipo de situação que combina com as rotinas de um hospital muito movimentado, e como o obstetra tem frequentemente que intervir com forceps ou extrator de vácuo, o parto pode ser cuidadosamente controlado, cronometrado, realizado no momento certo. Além do mais, se qualquer coisa não vai bem com o mecanismo uterino, ou se o trabalho de parto não começa na hora certa, um hormônio sintético - a oxicocina - pode ser usado para dar início às contrações e controlá-las (KITZINGER, 1987, p. 4).

O inquérito *Nascer no Brasil* (2014) revela as porcentagens de incidência dessas intervenções. Enquanto na tabela 2 as boas práticas não alcançaram ao menos 50% das gestantes, na tabela 3 as intervenções têm prevalência elevada. Portanto, no Brasil, a chance de dar à luz sem intervenções é pequena e, muitas vezes, privilegiada a quem tem acesso a partos humanizadas.

Tabela 3: Intervenções nas gestantes durante o trabalho de parto e parto no Brasil entre 2011 e 2012

	Baixo risco	Alto risco	Todas as mulheres
	%	%	%
Intervenções durante o Trabalho de Parto:			
Cateter venoso periférico	73,8%	76,7%	74,9%
Ocitocina	38,2%	33,3%	36,4%
Analgesia epidural	31,5%	37,8%	33,9%
Amniotomia	40,7%	36,4%	39,1%
Intervenções durante o parto pela via vaginal:			
Litotomia	91,7%	91,8%	91,7%
Manobra de Kristeller	37,3%	33,9%	36,1%
Episiotomia	56,1%	48,6%	53,5%

Fonte: LEAL; GAMA, 2014.

Para entendermos o nível de intervenção de cada uma dessas práticas, precisamos saber o que são as principais. De acordo com as informações disponibilizadas na Universidade Aberta do SUS e no vídeo *Parto, da violência obstétrica às boas práticas* produzido para o inquérito *Nascer no Brasil* (BITTENCOURT, 2014; FIORETTI, 2014) a ocitocina é o hormônio sintético administrado durante o trabalho de parto com o objetivo de acelerar as contrações; a amniotomia é o procedimento para romper a bolsa amniótica; litotomia é a posição ginecológica desfavorável ao nascimento, deitada com as pernas elevadas por apoios; Manobra de Kristeller é a pressão feita no fundo do útero para expulsar o bebê, objetivando a abreviação da duração do parto; episiotomia é o corte cirúrgico feito no períneo.

Essas intervenções podem ser inseguras e violentas quando aplicadas sem necessidade ou evidências clínicas, mesmo assim, têm altas taxas de realização. Em 2018, a OMS emitiu recomendações para a diminuição das intervenções desnecessárias em maternidades (OPAS, 2018).

1.4 Boas práticas e intervenções em recém-nascidos

Além de intervenções e boas práticas nas mães, também há as intervenções e boas práticas realizadas nos recém-nascidos. De acordo com o inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014, p. 5), as principais boas práticas com o bebê, logo após o seu nascimento, são o contato pele a pele com a mãe, para estabelecer o vínculo entre eles; oferecer o seio ainda na sala de parto para alimentação; mamar ainda na primeira hora de vida; e manter o alojamento conjunto com a mãe, não ficando em berçário separado.

Apesar de serem práticas simples e sem custos, elas exigem uma mudança de mentalidade na equipe de profissionais que auxiliam o parto, além da conscientização da mãe de que elas são importantes tanto para ela como para o bebê. A tabela 4 demonstra o quanto essas atitudes que promovem a saúde do neonato ainda são pouco aplicadas no Brasil.

Tabela 4: Boas práticas com recém-nascidos no Brasil entre 2011 e 2012

	RN's saudáveis	RN's não saudáveis	Todos os RN's
	%	%	%
Contato pele a pele logo após o nascimento	28,2%	21,3%	26,6%
Ofereceu o seio na sala de parto	16,1%	10,1%	14,7%
Alojamento conjunto	69,0%	46,0%	64,2%
Mamou na 1ª hora de vida	44,5%	26,5%	40,9%

Fonte: LEAL; GAMA, 2014.

Ao analisarmos a tabela 4, constata-se que o alojamento conjunto é a boa prática mais aplicada, com 69,0% de incidência em recém-nascidos saudáveis. Porém, as outras iniciativas importantes durante os primeiros momentos de vida ainda apresentam porcentagens baixas. Segundo a OMS, “o aleitamento materno na primeira hora de nascimento protege os recém-nascidos de infecções e salva vidas.” (OPAS, 2018), mas apenas 40,9% do total de neonatos são alimentados logo após nascerem.

A primeira hora de vida do bebê é conhecida também como hora de ouro ou *golden hour*, segundo Arruda et al. (2018):

Os primeiros 60 minutos de vida do bebê após o nascimento, chamado de *golden hour*, representam o período no qual são realizadas intervenções para minimizar as complicações neonatais. Dentre tais intervenções, o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida promovem vínculo entre mãe e bebê e estimulam o reflexo de sucção da criança. Dessa forma, medidas de promoção do aleitamento materno (AM) e do contato pele a pele na primeira hora de vida são necessárias para a maior taxa de sobrevida do neonato e menores índices de desmame precoce (ARRUDA et al., 2018, p. 2).

Os cuidados durante a hora de ouro podem refletir na infância, na saúde e até mesmo na relação da mãe com seu filho, por isso, esses primeiros momentos devem ser cuidados com muita atenção. Mesmo assim, de acordo com os números da pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014) essas boas práticas ainda não foram incorporadas nas rotinas dos hospitais. Em contrapartida, as taxas de intervenções em recém-nascidos demonstradas no inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014) são altas, como demonstra a tabela 5. A intervenção mais comum é a aspiração de vias aéreas superiores, com 71,7% de incidência em todos os RN's (recém-nascidos), seguida pela aspiração gástrica, com 40,4% de incidência em todos os RN's.

Tabela 5: Intervenções com recém-nascidos no Brasil entre 2011 e 2012

	RN's saudáveis	RN's não saudáveis	Todos os RN's
	%	%	%
Aspiração de vias aéreas superiores	71,0%	75,4%	71,7%
Aspiração gástrica	39,5%	44,9%	40,4%
O inalatório	8,8%	33,1%	13,8%
Uso de incubadora	8,7%	30,5%	13,2%

Fonte: LEAL; GAMA, 2014.

1.5 Mortalidade materna

Outro fator que envolve a realidade obstétrica do Brasil é a mortalidade materna. Segundo o Ministério da Saúde, “a morte materna é qualquer morte que ocorre durante a gestação, parto ou até 42 dias após o parto” (BRASIL, 2018). De acordo com o inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014, p. 6), no período de 1990 a 2011 a razão de mortalidade materna decresceu de 143 para 61 por 100 mil nascidos vivos no Brasil. Embora exista essa tendência de queda nos números de mortalidade, os valores ainda são 3 a 4 vezes mais elevados se comparados aos números dos países considerados desenvolvidos (LEAL; GAMA, 2014, p. 6).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018), 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. Essa porcentagem é alarmante e poderia ser evitada:

A mortalidade materna é inaceitavelmente alta. Cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. Estima-se que, em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto. Quase todas essas mortes ocorreram em ambientes com poucos recursos; a maioria delas poderia ter sido evitada (OPAS, 2018).

O alto número de mortes maternas em algumas áreas do mundo reflete as questões de desigualdade de acesso aos serviços de saúde e a gigantesca lacuna entre ricos e pobres (OPAS, 2018).

Para garantir que as vidas de tantas mulheres sejam salvas, a OPAS (2018) faz recomendações essenciais, como o amplo acesso aos cuidados pré-natais ao longo da gestação, cuidados capacitados durante o parto e cuidados e apoio nas semanas após o parto. O acesso aos sistemas de saúde permite que as principais causas de mortalidade materna sejam detectadas com antecedência e tratadas adequadamente. Entre as principais razões de mortalidade estão: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hemorragias graves (principalmente após o parto); infecções (normalmente depois do parto); complicações no parto; e abortos inseguros.

Além disso, prevenir gestações indesejadas e precoces também é um modo de evitar essas mortes: “Todas as mulheres, incluindo adolescentes, precisam ter acesso a métodos contraceptivos e aos serviços que realizem abortos seguros na medida em que a legislação permita e uma atenção de qualidade após o aborto” (OPAS, 2018).

O acesso à informação adequada e educação sexual também é uma maneira importante de prevenir essas gestações indesejadas.

O Sistema Único de Saúde está em concordância com as orientações de prevenção de morte materna da OPAS e da OMS, pois ele dá acesso universal ao pré-natal, parto e pós-parto às famílias brasileiras, independentemente da classe econômica. Uma estratégia criada pelo Governo Federal, em 2011, para reduzir as elevadas taxas de mortalidade e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, foi a criação da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de 1980, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetras, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros (BRASIL, 2011).

Além disso, a Rede Cegonha é responsável pela implantação de Centros de Parto Normal (CPN), Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) e capacitação de enfermeiras obstétricas, preocupando-se com a redução de cesarianas desnecessárias.

Diniz (2009, p. 316) aponta que “na assistência ao parto podemos conviver com o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada.” Segundo a autora, vivemos no Brasil um paradoxo perinatal, onde nas localidades mais pobres a morte materna ocorre por conta da falta de tecnologia e intervenções médicas necessárias, já nas áreas mais ricas a mortalidade ocorre pelo excesso de intervenções e cesarianas desnecessárias.

Diniz também explica o paradoxo que envolve a cesárea, pois,

as cesáreas bem indicadas, sejam elas de emergência ou eletivas, são um componente essencial do cuidado obstétrico e devem estar devidamente disponíveis para se conseguir baixar as taxas de mortalidade materna e neonatal. Uma porcentagem entre 5% e 15% do total de partos parece conseguir os melhores resultados para a saúde de mulheres e de bebês, visto que uma taxa menor que 1% ou mais alta que 15% parece fazer provocar mais dano do que benefício, o chamado paradoxo da cesárea (idem, p. 315).

Vamos nos aprofundar sobre as cirurgias cesarianas e suas consequências em seguida no trabalho.

1.6 A epidemia das cesarianas

A cesariana é uma modificação na forma de nascer que a evolução da medicina trouxe. Se realizada com responsabilidade, isto é, equilibrando os riscos e benefícios, ela é uma via de parto que salva vidas de mulheres e recém-nascidos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2018). A OMS informa que a intervenção cesariana normalmente é indicada quando ocorrem complicações na gestação, como hemorragias, sofrimento fetal e anomalias fetais, por exemplo.

De acordo com a OMS, desde 1985 a taxa ideal de cesárea está entre 10% e 15% dos partos². Porém, contrariando essas porcentagens, as cesáreas estão se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles considerados em desenvolvimento. Segundo a própria OMS, não existem evidências científicas de que realizar cesarianas em mulheres ou bebês que não necessitam dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea tem riscos imediatos e de longo prazo.

Um estudo publicado por Boerma et al. (2018) na revista The Lancet denunciou a verdadeira epidemia de cesarianas que acontece em todo o mundo. A pesquisa analisou 169 países com base em dados de nascimentos referentes ao ano de 2015 e mostrou que a proporção de cesáreas cresceu de 16 milhões de nascimentos em 2000, 12% do total de partos, para 29,7 milhões em 2015, isto é, 21% do total. Com isso, observamos que o volume de cesáreas quase dobrou em 15 anos.

Segundo esse mesmo estudo, o país com a maior taxa de cirurgias cesarianas é a República Dominicana, com 58,1%. Já o Brasil é dono da segunda maior taxa, com 55,5% dos nascimentos feitos por cesárea, mesma porcentagem registrada no Egito. As taxas de ocorrência de cesarianas maiores que 50% são da República Dominicana, do Brasil, do Egito e da Turquia. Essas porcentagens elevadas vão contra as recomendações e as taxas ideais de cesarianas recomendadas pela OMS, que estão entre 10% e 15% de ocorrências.

Analizando a cidade de São Paulo, as porcentagens também são alarmantes. De acordo com o levantamento da Secretaria Municipal da Saúde, baseado em dados

² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Genebra: OMS, s/d. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=2A3DD EE9E93F0062364E94ABB0859990?sequence=3. Acesso em 20 de abr. de 2020.

de 2016, o número de nascimentos por cesariana na rede privada da capital supera em mais de duas vezes o índice registrado na rede pública. Enquanto no SUS o percentual de cesáreas é de 34,7%, nos hospitais particulares a taxa é de 82,6% (ÉPOCA NEGÓCIOS, 2017).

Fundamentada em evidências e usando métodos aceitos internacionalmente, a OMS conclui que “ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal”. Portanto, porcentagens elevadas de cesarianas, como as brasileiras e a da capital de São Paulo, não indicam mais segurança para o bebê ou a gestante, pelo contrário, de acordo com o paradoxo da cesárea, pode causar mais riscos (DINIZ, 2009, p. 315).

Em consenso com a OMS, Jane Sandall, professora de ciências sociais e saúde da mulher na King's College, em Londres, em reportagem da BBC, disse à Siret (2018) que o risco para mães e bebês pode ser de curto e longo prazo, pois cesarianas causam uma recuperação mais complicada para a mãe e provocam cicatrizes no útero, o que está associado a sangramentos, crescimento anormal da placenta, gravidez ectópica (quando o bebê se forma fora do útero), natimortos e partos prematuros nas próximas gestações.

Além disso, Sandall declarou na entrevista à BBC (SIRET, 2018) que os bebês que nascem por cesariana são expostos a situações que podem alterar a saúde deles futuramente. Os riscos a longo prazo ainda não são claros, contudo a professora afirma que a curto prazo a cesariana impacta no desenvolvimento do sistema imunológico, acarretando em desenvolvimento de alergias, asmas e alteração nas bactérias do intestino. Leal e Gama (2014, p. 5) também apontam, como consequência negativa, a prematuridade dos bebês que nascem com cesarianas agendadas sem a espera do início do trabalho de parto, que indica que a criança está pronta para nascer.

O inquérito *Nascer no Brasil* (LEAL; GAMA, 2014, p. 4) também revela “que a maioria das mulheres brasileiras, quase 70% delas, desejavam um parto vaginal no início da gravidez”. Por outro lado, o estudo indica que poucas foram apoiadas pelo parto vaginal e, ao longo da gravidez, houve uma mudança de decisão sobre o tipo de parto. A cesariana sem real necessidade clínica e sem o desejo ou consentimento da mulher pode ser uma das faces da violência obstétrica, tema que vamos abordar em seguida.

1.7. Violência obstétrica

O termo “violência obstétrica” (VO) é empregado para descrever e agrupar diversas formas de violências e danos durante o cuidado obstétrico profissional: maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, ocitocina de rotina, ausência de acompanhante, manobras ultrapassadas, entre outras intervenções já explicadas nesta monografia – destaca-se também o excesso de cesarianas realizadas (TESSER et al, 2015, p. 2). É importante ressaltar, como pontua Mariani e Neto (2009, p. 53), que a violência obstétrica empregada contra as mulheres é uma violência de gênero.

Esta expressão esteve no centro de discussões políticas quando, em maio de 2019, o Ministério da Saúde, liderado na época pelo ex-ministro Luiz Henrique Mandetta, vetou o uso do termo em suas normas e políticas públicas, alegando que era inadequado e que indica intencionalidade no ato, segundo reportagem veiculada na Folha de São Paulo (CANCIAN, 2019). De acordo com a mesma reportagem, entidades que defendem os direitos das mulheres e o Conselho Nacional de Direitos Humanos alegaram que evitar o termo é negar a existência do problema e dificultar ainda mais a apuração desses casos de maus tratos (CANCIAN, 2019). O Conselho Nacional de Saúde também se posicionou contra a ação do Ministério da Saúde, argumentando que “o termo é reconhecido por entidades de saúde em todo o mundo, é utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos governos de vários países” e que o Ministério deveria agir com mais intensidade e firmeza no combate aos maus tratos dentro das maternidades (BRASIL, 2019).

A VO é uma realidade que as mulheres enfrentam nos hospitais, a Folha de São Paulo, em seu *podcast* totalmente destinado à gravidez, chamado *40 semanas*, dedicou um de seus episódios inteiramente para tratar sobre VO, com relatos e experiências de mulheres que passaram por essa situação. Entre as violências citadas no episódio estão as violências verbais, com expressões desrespeitosas e vexatórias, como “na hora de fazer não gritou”, comumente utilizadas quando a mulher está gritando de dor (CARDOSO; SUKEVICIUS, 2020).

No podcast, também são denunciadas outras violências, como a exclusão da mulher na tomada de decisões sobre as intervenções feitas em seu corpo; a falta de comunicação clara entre a equipe e a gestante; a falta de lugar adequado para

acomodar a gestante durante o trabalho de parto; a repetição excessiva de exames invasivos, como o exame de toque; os desrespeitos aos pedidos das mães; uso excessivo de intervenções que deveriam ser aplicadas apenas em caso de risco; e a falta de escolha do tipo de parto e indução do parto cesariana sem evidências clínicas plausíveis (CARDOSO; SUKEVICIUS, 2020).

Todas essas violências deixam marcas profundas na vida e nas histórias das mulheres. De acordo com o que já abordamos na monografia até aqui, percebemos que os direitos, o corpo e a fisiologia do parto e da mulher são frequentemente desrespeitados. Precisamos perceber que as violências obstétricas já estão naturalizadas e institucionalizadas no Brasil, quando porcentagens altas indicam que mulheres estão sendo privadas de alimentação, da livre movimentação durante o trabalho de parto, do direito de ter um acompanhante, do direito de ter acesso a métodos não-farmacológicos de alívio da dor, do direito de ter acesso a informação e de ter seu plano de parto respeitado, de poder amamentar seu filho(a) logo após o nascimento, de ter contato pele a pele e até mesmo de dormir no mesmo quarto que seu filho(a).

Segundo Kitzinger (1987), para que as mulheres não sejam mais vítimas dessas situações, é preciso que haja o envolvimento consciente delas. Elas não podem ser vistas e tratadas como instrumentos passivos e sofredores. Seus corpos não devem ser entregues a médicos e enfermeiros para os manipularem como bem entenderem. “Ela conserva o poder de dirigir a si mesma, de se comandar, de se escolher, de tomar decisões, de colaborarativamente com os que assistem. Ela precisa conhecer os processos da gestação e do parto” (KITZINGER, 1987, p. 6).

2 HUMANIZAÇÃO: UMA CORDA DE SALVAÇÃO

Tendo em vista a grave realidade obstétrica brasileira, com porcentagens alarmantes e paradoxos que envolvem a mortalidade materna e a realização de cesarianas desnecessárias, neste segundo capítulo traremos um contraponto por meio do conceito de humanização. Apresentaremos as mudanças que esse conceito propõe ao atendimento à saúde, o papel que o SUS desempenha nesse contexto e do que se trata o parto humanizado. Além de refletirmos sobre os direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. E, por fim, abordaremos o papel e a responsabilidade da comunicação neste contexto e como as narrativas podem tornar a comunicação mais humanizada quando esses temas estão em pauta.

2.1 Humanização e parto humanizado

Nas últimas décadas, surgiu um movimento organizado por várias pessoas e organizações, que indica a necessidade de mudanças na maneira como se realizam os cuidados e a assistência à saúde. Essa proposta de mudança traz uma crítica à forma como os avanços tecnológicos e a apropriação deles pela medicina interferiu na relação entre os profissionais da saúde e seus pacientes. Esse movimento, denominado *Humanização*, tem foco na qualidade da atenção à saúde e nos direitos humanos dos pacientes (DIAS, 2016, p. 19).

Dias (2016, p.21) relembra que a medicina como instituição social já existia muito antes das tecnologias e da intervenção na saúde propriamente ditas. Na maior parte da história, as médicas e médicos tinham uma atuação de cuidado e não necessariamente de cura, dando apoio aos doente, aliviando a dor quando era possível e também dando esperança. Portanto, além das funções técnicas, que são importantes e salvam vidas, o componente humanístico faz parte da essência da medicina e dos cuidados da saúde desde sempre.

Silva (2002) também explica como a boa comunicação e o trato cuidadoso e afetuoso do profissional da saúde com seu paciente é um ponto importante da humanização:

basta lembrarmos do que o leigo fala quando vai a um consultório médico, para dizer que determinado profissional é um bom profissional. Ele diz que o médico é bom porque apertou suas mãos, deu-lhe um “tapinha” no ombro, deixou que falasse sobre suas necessidades, seus medos, suas dores, não interrompeu a sua fala e, mais do que isso, foi capaz inclusive de tocá-lo afetivamente e de cumprimentá-lo na despedida (SILVA, 2002, p. 74).

De acordo com Carvalho (2013, p. 140), com os avanços da tecnologia e da medicina e as mudanças dos objetivos dos hospitais, que hoje efetivamente curam doenças, paradoxalmente, a humanização no relacionamento com o paciente teve sua importância diminuída, pois frequentemente ele “é tratado como um número e, após a cirurgia ele deve deixar o leito imediatamente depois da alta para dar lugar a outro. Suas reações a medicamentos são objetos de pesquisas e sua própria existência se reduz a uma doença ou um sintoma” (idem, p. 140).

Carvalho (2013) pontua que o SUS, responsável pela universalização dos serviços de assistência à saúde no país, vem realizando esforços no sentido da humanização. Segundo a autora, “a falta de humanidade no tratamento pode ser sanada com a maior preocupação com os envolvidos no processo, tanto pacientes e acompanhantes quanto profissionais da área. Essa preocupação deve ser física, material e psicológica” (idem, p. 142).

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 e é um dos principais esforços do SUS em apoio à humanização do sistema de saúde público brasileiro.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2003).

O PNH defende a diversidade brasileira para que o SUS ofereça a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual. Além de ter como diretrizes: o acolhimento; a gestão participativa e cogestão; a ambiência, isto é, espaços saudáveis e acolhedores; clínica ampliada e compartilhada, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; a valorização do trabalhador; e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2004).

Diante das iniciativas e movimentos pela humanização na saúde e também entendendo a complexa realidade obstétrica brasileira, que já abordamos no primeiro capítulo do trabalho, o Ministério da Saúde também percebeu a necessidade da mudança das práticas obstétricas para que estejam mais alinhadas aos conceitos de humanização. No ano 2000, o órgão publicou um guia, para enfermeiras obstetras, obstetras e médicos obstetras, chamado “Assistência ao Parto Normal – Um guia Prático” (DINIZ, 2005). Em 2011, o governo federal lançou a estratégia Rede Cegonha “para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida” (BRASIL, 2011). Em 2015 e 2017, novas diretrizes foram lançadas pelo Ministério da Saúde para assistência ao parto “com a colaboração da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, ao lado de representantes de universidades, associações médicas, entidades de classe e profissionais de saúde” (BRASIL, 2015, 2017 apud FIORETTI-FOSCHI, GIL, DINIZ, 2019, p. 159).

Fioretti-Foschi, Gil e Diniz (2019, p. 155-156) reconhecem que as discussões sobre assistência ao nascimento normalmente são polarizadas entre as práticas da cirurgia cesárea e o parto vaginal ou normal com intervenções. Mas existe um terceiro modelo de assistência ao parto que é oferecido em menor escala e é denominado parto natural fisiológico ou parto humanizado.

Este termo diz respeito à mudança do modelo de assistência, propondo o uso seletivo de intervenções movido pela preocupação com a segurança e o bem-estar da paciente. Ao invés do uso acrítico de intervenções agressivas no parto, propõe-se uma assistência baseada em evidências científicas e nos direitos humanos das pacientes. (FIORETTI-FOSCHI, GIL, DINIZ, 2019, p. 156)

Um parto humanizado põe em prática todas as boas práticas que citamos no primeiro capítulo deste trabalho, isto é, alívio da dor com métodos não farmacológicos, liberdade de movimentos e posições, oferta de alimentação para a parturiente, presença contínua de acompanhante, contato pele a pele com o bebê logo após o nascimento e estímulo a amamentação logo após o nascimento. Ou seja, põe em prioridade o bem-estar e os direitos humanos das mulheres e seus filhos (as). De acordo com a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), uma organização da sociedade civil que atua pela causa desde 1993, o parto humanizado se baseia nos princípios do protagonismo da mulher, na compreensão do processo

natural e fisiológico do parto e na medicina baseada nas melhores e atuais evidências científicas.

2.2 Direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos

A maternidade em um contexto que respeita os direitos humanos deve ser voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa (MATTAR, DINIZ, 2012). Entendendo como nascemos no Brasil, no capítulo 1, percebemos que esses direitos são desrespeitados logo quando a mulher se torna mãe, durante seu pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto. Segundo Mattar e Diniz (2012), existem maternidades que são mais, ou menos, legítimas e aceitas socialmente do que outras, impactando diretamente nos direitos humanos das mulheres que tem raça/etnia, classe social, idade e parceria sexual socialmente menos aceitas.

[...] é possível indicar um paralelo para a reprodução, exercício da maternidade e/ou cuidado com os filhos, aqui chamado de "hierarquias reprodutivas": há um modelo ideal de exercício da maternidade e/ou da reprodução e cuidado com os filhos. Ele é pautado por um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico; portanto, trata-se de um modelo excludente e discriminatório (DINIZ, MATTAR, 2012, p. 114).

Este "modelo ideal" citado pelas autoras, pressupõe uma "relação estável, entre um casal heterossexual monogâmico branco, adulto, casado e saudável, que conta com recursos financeiros e culturais suficientes para criar "bem" os filhos" (DINIZ, MATTAR, 2012). A maternidade admirada e respeitada é aquela que está dentro de um padrão hegemônico e socialmente aceito. Mas, este não é o caso da maioria das mulheres brasileiras, considerando a diversidade da nossa população e a desigualdade econômica e social em que vivemos, ainda assim, essas mulheres querem e devem exercer a maternidade, passando por toda reprovação social, violência, desigualdade de gênero e desrespeito aos seus direitos humanos.

Além disso, a maternidade foi e ainda é no Brasil uma identidade forçada das mulheres já que elas não têm autonomia sobre seus corpos. O acesso à educação sexual e aos métodos anticoncepcionais não são amplamente democratizados e o aborto ainda é criminalizado, então, as mulheres precisam escolher entre um aborto inseguro ou uma maternidade forçada. Soma-se a isso, a desigualdade de gênero

que, ainda que haja uma mudança lenta em curso, no sentido de uma mais justa divisão do trabalho doméstico entre homens e mulheres, estas seguem como as principais responsáveis pelo cuidado com os filhos, o que as mantêm restritas à esfera doméstica, exercendo um trabalho exaustivo e não remunerado e dependentes dos homens ou do Estado (DINIZ, MATTAR, 2012).

Em esfera mundial, entre as principais convenções da ONU, que constituem parâmetros para as ações estatais na promoção dos Direitos Humanos das mulheres e na repressão às suas violações, está a Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, denominada Convenção da Mulher (CEDAW, sigla em inglês), em vigor desde 1981, é o primeiro tratado internacional que dispõe amplamente sobre os direitos humanos da mulher. São duas as frentes propostas: promover os direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-partes (PIMENTEL, 2013).

O respeito aos direitos das mulheres também pressupõe o respeito aos direitos reprodutivos, que foi definido, no parágrafo 7.3 do Programa de Ação de Cairo, os direitos reprodutivos como sendo aqueles que:

[...] se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsável sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (ONU, 1994: parágrafo 7.3 apud DINIZ, MATTAR, 2012, p.110).

De acordo com a ONU, entre os direitos humanos das mulheres, tem-se os direitos reprodutivos, que lhe oferecem a escolha de ter ou não filhos, e, também, a livre e responsável opção sobre questões que envolvam sua sexualidade, incluindo acesso à saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação ou qualquer tipo de violência (ONU, 1995 apud DINIZ, MATTAR, 2012, p.110).

Quando as mulheres não têm acesso à uma maternidade voluntária, segura, socialmente amparada e prazerosa, elas perdem o controle e poder de escolha sobre o que acontece com seus corpos. Negando seus direitos humanos, permite-se que as mães sofram violências cotidianamente, especialmente aquelas que não se encaixam nos padrões hegemônicos, como é o caso, por exemplo, de mães negras, de baixa renda, adolescentes, solteiras e lésbicas. É a materialização da violação de direitos

humanos das mulheres no momento do parto, quando elas mais precisam de amparo e respeito. É a naturalização da violência obstétrica, cesarianas indevidas, intervenções médicas desnecessárias ou negligência de cuidados de saúde, temas que estamos focando neste trabalho.

Segundo Mattar e Diniz (2012), a maternidade pode ser empoderadora e dar à mulher um sentimento de realização, mas também pode ser humilhante e impotente:

A experiência da reprodução, assim como a da sexualidade, já que construtos sociais, serão sempre mediadas por relações de poder. Enquanto experiências desafiadoras, a sexualidade e a reprodução podem ser vividas com maior ou menor suporte social, podendo, nesse sentido, serem tanto uma expressão de empoderamento e realização, como de impotência e humilhação (DINIZ, MATTAR, 2012, p.110).

Para que as mulheres brasileiras tenham experiências de maternidade mais positivas e seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos sejam de fato validados, primeiramente, elas precisam conhecer que eles existem, eles precisam ser acessíveis a todas e todos. Internacionalmente, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece o direito de escolha entre ter ou não uma gestação, se uma mulher escolher esse caminho, que ela saiba que não está sozinha, que ela seja amparada e respeitada, independente de sua cor, de sua renda, de sua sexualidade. Mas nos questionamos, quantas mulheres brasileiras sabem de fato isso?

O acesso à informação crítica, segura e de qualidade também é um direito e uma forma de dar mais autonomia às mulheres e mães. Nessa perspectiva, a partir deste ponto, abordaremos o papel da comunicação, no contexto de gestar e parir no Brasil, pensando em como a comunicação pode contribuir para a humanização dos partos e para o empoderamento das gestantes.

2.3 A importância da comunicação para a humanização

Quando uma mulher engravidada, principalmente pela primeira vez, ela vivencia sentimentos e experiências nunca vividos e é natural que busque informações sobre sua condição em diversos meios de comunicação, sendo eles sites, blogs, revistas, livros, programas de televisão, vídeos, filmes e documentários. Também os profissionais de saúde são considerados os principais provedores de informação no que diz respeito os cuidados na gestação, parto e pós-parto, são pessoas em que as

gestantes têm confiança e das quais esperam informações seguras (FIORETTI-FOSCHI, GIL, DINIZ, 2019, p. 176).

O acesso à informação confiável e baseada em comprovações científicas são essenciais para que a gestante tire suas dúvidas e faça escolhas e o plano de parto de acordo com suas individualidades e necessidades. Todavia, nem sempre é o que acontece. Um estudo sobre a qualidade das informações sobre cesarianas verificou que as informações encontradas na internet são de pouca confiabilidade: 80% das páginas indicavam a realização da cesariana, porém apenas 30% das páginas tinham embasamento clínico (FIORETTI et al., 2015). Um agravante é que diversos motivos não-médicos são alegados para a realização da cirurgia cesariana, entre os mais citados estão a conveniência materna e/ou do médico e a dor do parto que a mãe sente (FIORETTI et al., 2015).

Uma questão levantada por Fioretti-Foschi, Gil e Diniz (2019, p. 77) é que “o volume de indicações de cesariana na internet pode contribuir para a “normalização” da intervenção cirúrgica, minimizando seus riscos” e essa normalização contribui para a conveniência do profissional da saúde em convencer a gestante pela decisão da realização cesariana ao longo da gravidez. Neste contexto, um dado interessante indicado no inquérito *Nascer no Brasil* demonstra que a maioria das mulheres brasileiras, quase 70% delas, desejavam um parto natural no início de gravidez, entretanto poucas foram apoiadas na sua opção pelo parto vaginal ao longo da gravidez (LEAL; GAMA, 2014).

As informações seguras sobre saúde, sexualidade, reprodução, métodos contraceptivos, gestação, parto, pós-parto e maternidade são informações de interesse público, isto é, são de interesse de toda a sociedade, por isso, são informações que precisam ser democratizadas através da comunicação pública. Para Kunsch (2013), a comunicação pública é um conceito complexo que permite extrair variadas abordagens teóricas:

Ela implica várias vertentes e significações, podendo-se entendê-la, basicamente, segundo estas quatro concepções básicas: comunicação estatal; comunicação da sociedade civil organizada que atua na esfera pública em defesa da coletividade; comunicação institucional dos órgãos públicos, para promoção de imagem, dos serviços e das realizações do governo; e comunicação política, com foco mais nos partidos políticos e nas eleições (KUNSCH, 2013, p.6).

Neste trabalho, consideramos a comunicação pública, principalmente, como a comunicação da sociedade civil organizada que atua na esfera pública em defesa da coletividade, mas também como a comunicação estatal e a comunicação de órgãos públicos para prestações de contas. Para Oliveira, a “comunicação pública é um conceito amplo, envolvendo toda a comunicação de interesse público, praticada não só por governos, como também por empresas, terceiro setor e sociedade em geral” (OLIVEIRA, 2004, p.186 apud KUNSCH, 2013, p.7). Longe de interesses para benefícios individuais e econômicos, a comunicação acerca das questões que envolvem o parto deve pensar no bem da coletividade, no bem das milhões de gestantes, bebês e famílias de nosso país, informando-os sobre seus direitos e sobre as melhores evidências científicas.

2.4 A narrativa como forma de humanização

Considerando tudo o que analisamos até aqui, sabemos que é preciso informar às mulheres, gestantes, companheiros e companheiras, famílias, comunidade médica e a sociedade como um todo sobre as complexas questões que envolvem o nascimento, evidenciando a epidemia de cesarianas, a violência obstétrica e a importância dos direitos humanos das mulheres e da humanização do atendimento ao parto. Mas qual é a melhor forma de se fazer isso? Como sensibilizar as pessoas a respeito de temas que já estão naturalizados? Como mobilizá-las à favor da causa da humanização? Essas são algumas questões que surgem e a comunicação social é fundamental para respondê-las.

Seria incoerente falarmos de comunicação a favor da humanização do atendimento ao parto, sem que essa comunicação levasse em conta os aspectos humanos, pois ela não poderia ser apenas a simples transmissão de dados e informações. Já existem inúmeras informações científicas sobre os nascimentos no Brasil e no mundo, muitas delas foram apresentadas ao longo desta monografia, entretanto, mesmo assim, práticas inadequadas, violações de direitos e violências continuam acontecendo em hospitais e maternidades.

Para se realizar uma comunicação que realmente gere transformação entre quem a cria e quem a recebe, é preciso levar em consideração alguns fatores

essenciais, segundo Kunsch (2010), o fator humano, subjetivo, relacional e contextual constitui um pilar fundamental para qualquer ação comunicativa duradoura e produtiva. Por isso, vamos pensar em uma forma de comunicação que celebra as experiências e os sentimentos humanos e cria empatia em quem a recebe, isto é, as narrativas.

Cogo (2016, p. 87) explica que em tempos de atenção difusa por conta da sobrecarga de informações, globalização, virtualização e aceleração, é preciso se pensar em narrativas ricas no sentido vital. Segundo o autor, as narrativas são uma das mais antigas formas de comunicação e ela não tem a pretensão de transmitir um acontecimento puro e simplesmente, apenas com dados e informações frias, na verdade, ela integra essas informações à vida do narrador, para passá-las aos ouvintes como uma experiência (idem, p. 91). As narrativas são processos cognitivos responsáveis por tornar as experiências humanas em episódios significativos (idem, p. 88).

Por essa sobrecarga informativa mencionada por Cogo (2016), sabe-se que uma história bem contada “tem muito mais poder de persuasão do que toda uma artilharia de dados, provas, apresentações e argumentos.” (idem, p. 50). Uma verdadeira história é capaz de estruturar e dar sentido ao discurso confuso de diferentes informações sobre um assunto. Por exemplo, os dados do inquérito *Nascer no Brasil*, apresentados neste trabalho, são muito importantes e reveladores para quem os consegue interpretar, entretanto, o relato emocionado de uma mulher que passou por diversas intervenções médicas durante o seu parto e foi separada de seu filho logo após o nascimento, pode dar real sentido aos dados pesquisados.

Paul Thompson (1992 apud COGO, 2016, p. 85) explica que a história oral pode derrubar barreiras que existam entre professores e alunos, entre gerações, entre instituições e o mundo exterior e, assim, pode devolver às pessoas que vivenciaram aquela história um lugar fundamental mediante suas próprias palavras. Portanto, além da narrativa tocar o âmago das mais diferentes pessoas, ela consegue dar voz àqueles que passaram pela experiência e também democratizar a compreensão dos acontecimentos e contextos.

Os testemunhos orais possibilitam, por outro lado, novas versões da história ao dar voz a múltiplos e diferentes narradores, agindo em direção a uma compreensão mais democrática dos acontecimentos e de seus contextos. A fonte oral expressa-se, entre outras palavras, em narração, com uma construção de uma trama na qual herói e os

demais protagonistas, tipos sociais e psicológicos desenvolvem um vivido. A narrativa depende de fatores pessoais e coletivos. (COGO, 2016, p. 86).

Segundo Cogo (2016, p. 49), a narrativa também é capaz de estabelecer empatia com o semelhante, de compreender as sutilezas das interações humanas e de ir além do superficial em busca de sentido e propósito. A empatia é um dos sentimentos mais importantes no momento de lidar com as mulheres em trabalho de parto, pois é preciso compreender seus comportamentos, estabelecer um relacionamento e preocupar-se verdadeiramente com essa pessoa.

Além da empatia, outro fator muito importante que as narrativas evocam, é a memória. Segundo Cogo (2016, p.63), a memória é um processo permanente de construção e reconstrução, elemento constitutivo do sentimento de identidade, tanto coletiva quanto individual. “A memória é um fenômeno sempre atual, um elo vivido no presente que instala a lembrança no sagrado.” (idem, p. 62).

No cotidiano frenético em que vivemos, frequentemente, a empatia e a memória ficam em segundo plano, e tentamos preencher o vazio existencial com momentos efêmeros e descartáveis. Essas experiências fugazes e desmemoriadas nada acrescentam à nossa existência. Cogo (2016), de forma quase poética, explica como a narrativa nos convida a parar, a refletir e a escutar de forma mais lenta e humana:

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm. Ela requer um parar para pensar, olhar, escutar; requer um pensar mais devagar, um olhar mais devagar e um escutar mais devagar; requer um parar para sentir, um sentir mais devagar, demorando-se nos detalhes, suspendendo a opinião, o juízo, a vontade, o automatismo da ação; requer um cultivo da atenção, delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, um falar sobre o que nos acontece, um aprender a lentidão, escutar os outros, o cultivo da arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (COGO, 2016, p. 92).

As palavras de Cogo (2016), nas quais ele se refere de forma humanizada sobre narrativas e comunicação, podem ser facilmente relacionadas com o contexto do parto fisiológico, que é um convite único a uma experiência humana intensa. Essa experiência também requer um parar para sentir, um parar para ouvir a mulher e sua fisiologia, suspendendo juízos e opiniões.

Conforme estudamos durante o curso de graduação em Relações Públicas na ECA-USP, entendemos que o agir deve estar alinhado ao comunicar. Portanto, ao agir em prol da humanização do atendimento ao parto, é coerente e efetivo comunicar dessa forma. A utilização de narrativas, que geram empatia e evocam memórias, é uma forma de passar informações científicas e recomendações de autoridades da saúde, como a OMS, que sensibilizando e mobilizando o maior número possível de pessoas para a causa. No capítulo 3, faremos a análise de um documentário que soube utilizar esse recurso da comunicação para gerar uma grande mobilização sobre a humanização do parto.

3 ANÁLISE DO DOCUMENTÁRIO “O RENASCIMENTO DO PARTO” COMO UMA COMUNICAÇÃO TRANSFORMADORA

Figura 6 - O Renascimento do Parto



Fonte: Papo de Cinema, s/d.

“O Renascimento do Parto”, um filme de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, foi lançado em 2013 e foi o primeiro longa-metragem brasileiro a ir aos cinemas tratando como tema principal os cuidados e a assistência ao parto. Essa produção tornou-se o

documentário nacional com a segunda maior bilheteria nos cinemas do país, na época, passando por 50 cidades, durante 22 semanas de exibição (PENINA, 2018).

O filme conseguiu ser exibido nos cinemas, alcançando diversas localidades, pois foi custeado por um financiamento coletivo pela internet (*crowdfunding*), a campanha teve arrecadação recorde em 2013. A meta inicial era de 65 mil reais, mas, com a ajuda de mais de mil e cem doadores, o longa-metragem arrecadou R\$ 141.091,00 (BENFEITORIA, 2013). A mobilização de tantas pessoas para que o filme fosse exibido em cinemas de todo país demonstra o quanto o assunto tratado é relevante para o interesse público, com a ação de diversos grupos sociais (mães, pais, ativistas) que queriam ampliar o debate sobre parto e nascimento.

Diniz (2014) traz informações relevantes sobre o sucesso que o documentário fez na época de seu lançamento:

O que faz com que um filme seja tão valorizado pelo seu público que este se encarregue coletivamente do seu financiamento, divulgação e distribuição? O documentário *O renascimento do parto* bateu o recorde de crowdfunding mais rápido no Brasil: a meta inicial, estimada para sessenta dias, foi alcançada em apenas três, garantindo sua edição final. Divulgado amplamente nas redes sociais desde antes do seu lançamento em agosto de 2013, em outubro já havia sido visto por mais de dez vezes o número médio de espectadores de documentários no Brasil. Nos municípios menores, usuárias organizam campanhas para que o filme chegue até elas. (DINIZ, 2014, p. 217).

O lançamento do filme, em 2013, se deu em uma época favorável ao debate do assunto. Por exemplo, durante 2011 e 2012 a Fiocruz realizava a pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, já amplamente tratado neste trabalho, e, também, em 2011, o governo brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). Além de pesquisas e políticas públicas, Diniz (2014, p. 217) aponta que o filme “O Renascimento do Parto” veio em uma sequência de fenômenos de mídia produzidos por movimentos sociais que lutam por mudanças na assistência ao parto no Brasil. Exemplo de produção que abordou o tema na época foi o “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”, melhor documentário no Seminário Internacional Fazendo Gênero de 2013 (DINIZ, 2014, p. 217).

Após o êxito do primeiro documentário e buscando o aprofundamento no assunto, duas continuações foram lançadas em 2018: “O Renascimento do Parto 2”, abordando o tema de violência obstétrica, e “O Renascimento do Parto 3”, tratando

mais sobre a humanização do atendimento ao parto. Ambas as produções também foram financiadas coletivamente (*crowdfunding*). Atualmente, os três filmes estão disponíveis na plataforma de *streaming* Netflix.

Em entrevista ao Lunetas (PENINA, 2018), o diretor Eduardo Chauvet, defende que o cinema dá a possibilidade ao público de assimilar o tema por meio das sensações. “A experiência multisensorial que é o cinema, dá a oportunidade do público rever uma série de conceitos, inclusive que tipo de educação nós tivemos na escola, na família, na sociedade”. É através da experiência única, citada pelo diretor, que o cinema nos proporciona, que vamos analisar as narrativas de “O Renascimento do Parto”.

3.1 Método de análise

O documentário “O Renascimento do Parto” é composto por diversas vozes de pessoas que trabalham, pesquisam, vivenciam ou já vivenciaram o parto. O método qualitativo aqui utilizado será o de análise reflexiva e interpretativa das narrativas contidas no enredo do filme. Para tanto, utilizaremos a bibliografia já abordada ao longo desta monografia para analisar a construção narrativa e o seu conteúdo.

Exploraremos as falas dos múltiplos personagens do documentário, sendo eles médicos, pesquisadores, obstetras, enfermeiras. Entretanto, nos aprofundaremos nas falas das mães e suas diferentes experiências de parto, narrativas que humanizam e democratizam a compreensão do contexto e dos dados levantados ao longo desta monografia. Buscaremos o fator humano, subjetivo, relacional e contextual (KUNSCH, 2010) que este documentário comunica.

3.2 O Renascimento do Parto

O filme se inicia com o relato de parto de Carol Lobo, mãe e bióloga, que conta sua história de forma íntima, dentro do banheiro de sua casa. Durante sua fala, cenas de seu parto cesariana e de suas filhas brincando no quintal são reproduzidas, tornando a narrativa ainda mais real e sensibilizadora para quem assiste. Carol se

enquadra na porcentagem de 70% de mulheres que no início da gravidez desejavam ter um parto normal, mas ao decorrer do pré-natal tiveram que mudar seus planos e se submeter a uma cesariana (LEAL; GAMA, 2014, p. 4). Ela também se tornou mais uma entre as 34,1% mulheres, porcentagem demonstrada na Tabela 1, que realizaram uma cesariana sem passar pelo processo de trabalho de parto. O médico alegou que sua filha tinha uma circular de cordão e agendou a sua cesariana sem esperar que ela entrasse em trabalho de parto, mesmo não sendo uma indicação clínica válida para a realização da cirurgia, como é explicado ao longo do filme.

Na época, para Carol, tudo ocorreu bem, mas tempos depois, quando estava grávida de sua segunda filha e revendo o vídeo de seu primeiro parto, ela percebeu a forma violenta como ela e sua filha foram tratadas. Boas práticas foram negadas à Carol e à sua primeira filha, como o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, além da realização de outras intervenções consideradas desnecessárias, desatualizadas e excessivas. É interessante perceber como a memória é um processo permanente de construção e reconstrução (COGO,2016), pois apenas ao rever o vídeo de seu parto que Carol percebeu as violências que viveu e desta forma reconstruiu a memória que tinha do nascimento de sua filha.

Entendemos que a escolha do relato da Carol ser reproduzido logo nas primeiras cenas do filme gera empatia e sensibilização pela dor demonstrada em sua fala, de acordo com Cogo (2016), esses são sentimentos que as narrativas de memórias e experiências evocam.

Após o envolvimento gerado pela primeira história, o filme justifica a sua relevância e seu papel para o interesse público, através da fala de Daphne Rattner, médica epidemiologista: “Nós temos a sorte de estar lidando com uma questão que tem a ver com todo mundo. Todo mundo nasceu e a maior parte das pessoas vão querer ter um filho, então, este tema diz respeito a toda sociedade”. Considerando que o cuidado ao nascimento é um assunto de relevância para o bem-estar social e levando em conta toda a mobilização social que envolveu a captação de recursos para que o filme fosse distribuído, podemos caracterizar o documentário “O Renascimento do Parto” como uma “comunicação da sociedade civil organizada que atua na esfera pública em defesa da coletividade” (KUSCH, 2013, p.6).

Entre as primeiras cenas, é apresentado Michel Odent, médico obstetra e pesquisador francês, ele é o primeiro especialista a trazer uma visão científica para o

debate, explicando que a nossa capacidade de amar é constituída durante o período de nascimento. Odent é o escritor do livro “O Renascimento do Parto”, que leva o mesmo nome do documentário. O obstetra tem várias entradas ao longo do filme, trazendo sua visão humanística e, ao mesmo tempo, científica sobre a importância dos hormônios naturais ou, como ele diz, “hormônios do amor” que são gerados durante o trabalho de parto e após o nascimento. Além deste importante pesquisador, a antropóloga estadunidense, referência no assunto, Robbie Davis-Floyd, traz diversas colocações científicas, ao longo do filme, que agregam à narrativa.

Após a parte introdutória, o filme faz um levantamento histórico sobre o parto, pelas vozes de diferentes especialistas, é explicado que antigamente o parto era um processo natural, uma experiência realizada entre mulheres e, com o avanço da tecnologia e a entrada do médico e dos homens no cenário do parto, mudou-se o paradigma da atenção ao parto. Como já abordamos neste trabalho, com os avanços da tecnologia e da medicina, a humanização no relacionamento com o paciente teve sua importância diminuída (CARVALHO, 2013, p. 140).

Esther Vilela, gestora do Ministério da Saúde da época, Fernanda Macêdo, médica obstetra, Ricardo Chaves, médico obstetra, e Melania Amorin, médica obstetra, são alguns dos profissionais que contribuem com suas visões de mundo e conhecimento acerca do atendimento ao parto ao longo do documentário. É essencial destacar que a importância dada às múltiplas falas dos especialistas demonstra a preocupação do filme em estar alinhado às melhores e mais atuais evidências científicas, isto é, estar em consonância com os princípios do parto humanizado, que pontuamos no capítulo 2.1.

Entretanto, costurando todas as fala mais técnicas das experiências dos especialistas, estão as narrativas que evocam as experiências e as memórias das mulheres que, assim como a Carol Lobo, vivenciaram o parto na própria pele. A partir de agora, à luz dos conhecimentos de Cogo (2016), que considera que uma história bem contada tem mais poder de persuasão do que apenas uma profusão de dados e provas, vamos analisar essas histórias que colocam as mulheres no centro da discussão do nascimento como protagonistas.

O relato de Amanda Arruda, mãe e contadora, está presente em diversos trechos do filme, contando a dificuldade que foi encontrar um médico que respeitasse sua vontade de ter um parto normal. Amanda revive cada uma das consultas que

passou e como os médicos a deixavam em “banho maria” para no fim dizerem que não poderiam realizar o parto normal que ela tanto desejava, sem justificativas plausíveis. Até que ela conheceu um médico que a apoiou em suas escolhas, contudo, no momento que sua bolsa estourou e ela se encaminhou para o hospital, o mesmo médico não quis esperar o desenvolvimento de seu trabalho de parto e realizou uma cesariana alegando à mãe sofrimento fetal. Amanda conta sua história sentada no quarto de sua filha Maria Clara e ela se emociona ao lembrar do que passou. Fotos do seu parto também ilustram seu relato. Na sua fala, Amanda compartilha que ela tem mágoa, tem raiva e tem medo de como será sua próxima gestação. Os sentimentos de Amanda tornam mais palpável o que ocorre com as mulheres que são privadas de vivenciar o parto em sua plenitude, elas não são apenas porcentagens.

Por outro lado, o relato da médica obstetra Rachel Reis traz a perspectiva de quem vivenciou um parto normal. Ela venceu um desafio, pois, no hospital em que trabalhava, há mais de 10 anos nenhuma médica tinha filhos por via vaginal. Ela foi estigmatizada por sua escolha, entretanto, acreditava nos benefícios que essa via de parto traria a ela e ao seu filho. Hoje, Rachel é um exemplo para suas pacientes, pois ela divide sua experiência ao estimulá-las em parir de forma natural. Em sua fala, ela diz que se sentiu muito poderosa ao conseguir parir de forma natural.

Outra vivência é a de Andrea Santa Rosa Garcia, nutricionista e mãe, casada com o ator Márcio Garcia, que compartilhou as narrativas dos nascimentos de seus três filhos. No primeiro parto, foi uma cesariana com a justificativa de circular de cordão no pescoço de seu filho; no segundo, ela teve um parto natural no hospital; já no terceiro, ela teve um parto natural em sua casa. É possível notar em sua fala que à medida que ela teve acesso a mais informações, teve maior autonomia nas escolhas sobre qual parto gostaria de vivenciar. No seu terceiro filho, quando já tinha um grande arcabouço de informações sobre o nascimento, ela teve o protagonismo e a confiança de escolher ter seu filho no conforto de sua casa. Durante seu emocionado relato sobre o parto domiciliar, Andrea fala frases como: “dá até vontade de ter outro filho”, “foi tão linda a experiência”, “eu me senti muito capaz”. Analisamos que, principalmente no parto de seu terceiro filho, Andrea vivenciou um parto voluntário, seguro e prazeroso (MATTAR, DINIZ, 2012).

Depois de introduzir o assunto do parto domiciliar por meio da fala de Andrea, o documentário teve a responsabilidade de abordar outras questões que este tema

envolve. No filme são apresentados dois modelos de parto em casa, um deles é feito por parteiras tradicionais em áreas rurais onde não se tem acesso ao serviço de saúde e hospitais, e o outro são os partos domiciliares planejados nas áreas urbanas e realizados por obstetras, enfermeiras obstetras e até mesmo médicos. Essas diferentes realidades criam o paradoxo perinatal (DINIZ, 2009), que tratamos no capítulo 1.5 sobre mortalidade materna, pois nas localidades mais pobres a morte materna ocorre por conta da falta de tecnologia e intervenções médicas necessárias, como as cesarianas. Para humanizar este assunto, são entrevistadas as parteiras tradicionais, Dona Edna, Dona Adiles e Dona Genovilia, que contam sobre suas experiências no atendimento aos nascimentos e nas dificuldades que as mulheres enfrentam nas áreas rurais.

Por outro lado, nas áreas urbanas, onde se tem acesso a hospitais e tecnologias, vários mitos são criados por conveniência médica para a indicação e realização de cesarianas desnecessárias, que aumentam os riscos de complicações nas mulheres e seus bebês. Exemplos de mitos pontuados no documentário: o bebê é grande ou pequeno demais; a mulher é velha ou nova demais; a mulher é gorda ou magra demais; a mulher é sedentária; a mulher não vai aguentar a dor; o bebê tem circular de cordão no pescoço.

De forma geral, o filme mostra que o reforço de mitos como os aqui exemplificados e a realização de intervenções que causam sofrimento nas mulheres, como a episiotomia e a aplicação de ocitocina não informadas e não consentidas, a imobilização deitada (litotomia), a manobra de kristeller, a hospitalização obrigatória, a imposição da cesárea por motivos não clínicos, estão sendo consideradas como formas de violências e como forma de desrespeito aos seus Direitos Humanos. Essas práticas, que antes eram vistas como “normais” no atendimento ao parto pelos profissionais da saúde, não são mais aceitas pelas mulheres que têm acesso a informações seguras e científicas.

É nesta linha narrativa que o documentário finaliza, mostrando que o acesso à informação e à educação para o parto podem libertar as mulheres de todas essas violências. Assim, Carol Lobo, que iniciou o filme, também o finaliza, contando como buscou informações e, por isso, pôde ter o seu segundo parto como desejava: natural, humanizado e domiciliar. Ela se emociona e conta a serenidade que sentiu. Para ela, “não teve sentimento ou situação parecida em sua vida” e é com essa frase que os

créditos finais se iniciam. A Carol Lobo poderia ser uma das milhares de mulheres que assistiram ao filme, que já viveram experiências violentas, mas, com o apoio da informação, conseguiram identificar o que viveram e, possivelmente, terão novas e melhores vivências com futuros partos. Melhor ainda, seria se a Carol, desde sua juventude, antes mesmo de engravidar pela primeira vez, tivesse acesso à essas informações libertadoras e transformadoras.

Com a concepção da narrativa de Cogo (2016), podemos concluir que o objetivo central do documentário “O Renascimento do Parto” é trazer diversos testemunhos orais que possibilitam múltiplas versões sobre a narrativa do parto e, ao dar voz a diversos e diferentes narradores, é possível ter uma compreensão mais democrática do que é o nascer e quais são os contextos em que vivemos essa realidade. E apenas disseminando essas informações de forma ampla, humanizada e empoderadora é que podemos transformar a realidade obstétrica no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após desenvolver este trabalho, percebemos que entender como nascemos no Brasil é compreender mais sobre o que é o Brasil. É perceber como as mulheres brasileiras são tratadas e como isso se diferencia de acordo com sua cor, renda, orientação sexual e idade (DINIZ, MATTAR, 2012). É duro encarar que o nascimento de muitos brasileiros já é marcado pela violência e que essa violência é institucionalizada e naturalizada no cotidiano dos hospitais. Mas apenas jogando luz nesta realidade é que conseguiremos revertê-la. Revertê-la para o natural, para o seguro, para o fisiológico, para o feminino, isto é, para as melhores e atuais evidências científicas.

Portanto, relembrando o objetivo central deste trabalho, que era analisar como a narrativa do documentário “O Renascimento do Parto” pode contribuir para a transformação da realidade obstétrica no Brasil, identificamos que ele colabora ao dar voz às experiências de mulheres; além de ser porta-voz das experiências de profissionais e de informações científicas, por meio de uma narrativa envolvente, sensibilizadora e crítica. Elucidando questões, como, por exemplo, os mitos acerca das indicações de cesarianas, que antes eram informações restritas à classe médica e a profissionais de saúde e que hoje podem ser questionadas pelas gestantes detentoras de informação.

Sabemos que ainda há um longo processo de conscientização das mulheres, famílias, profissionais e instituições de saúde para que haja uma efetiva transformação da realidade obstétrica. É preciso ampliar o debate sobre o parto e nascimento para as áreas transversais como: Educação, Poder Judiciário, Ministério Público, Assistência Social, Universidades e Institutos de Pesquisa (LEAL; GAMA, 2014).

Ao longo da trilogia dos filmes “O Renascimento do Parto” são abordados alguns hospitais públicos e casas de parto públicas consideradas referências no Brasil em atendimento ao parto humanizado. O Hospital Maternidade Sofia Feldman, em Belo Horizonte, e a Casa Angela, em São Paulo, são exemplos desses locais que oferecem excelente atendimento a todas as gestantes, independentemente de renda ou classe social. Neste sentido, é mais do que necessário valorizar e proteger o Sistema Único de Saúde (SUS), pois apenas ele pode democratizar o atendimento de excelência.

É impossível não registrar aqui que hoje estamos vivendo uma pandemia da COVID-19 e, enquanto escrevo essas considerações finais, no dia 4 de junho de 2020, o Brasil já ultrapassou 32 mil mortes pelo novo coronavírus (G1, 2020). Pontuamos esta questão, pois o SUS é um elemento central no enfrentamento da pandemia e, mais do que nunca, deve ser protegido como instituição que garante o direito ao acesso à saúde para a população brasileira.

Esta crise de saúde pública sem precedentes, já está afetando diretamente as gestantes, segundo a ONU (2020), grávidas e bebês nascidos durante a pandemia estão ameaçados por sistemas de saúde sobrecarregados. O Brasil está entre os 10 países com o maior número esperado de nascimentos, com expectativa de 2,3 milhões de partos durante a pandemia. Com as condições da COVID-19, a mortalidade neonatal pode crescer (ONU, 2020). Segundo a BBC (CORRÊA, 2020), em meio ao medo de contágio e hospitais lotados, grávidas começam a cogitar e optar pelo parto domiciliar, pois em suas casas elas estão mais protegidas de infecções hospitalares, principalmente pelo novo coronavírus.

Estamos ainda no centro da crise, precisaremos de distanciamento e tempo para podermos analisar os seus aspectos e impactos nas vidas das mulheres que gestaram e pariram durante este período. Entretanto, já sabemos que toda essa situação causa medo e angústia e o acesso à informação se torna ainda mais importante, principalmente por ser uma doença nova e pouco conhecida. Ouvir as mulheres, suas inseguranças, dar informação segura, atendimento humanizado pode reduzir os impactos desta crise. O compartilhar de narrativas de mulheres que gestaram e pariram durante a pandemia também pode ser benéfico, criando sentimento de empatia (COGO, 2016). Mais do que nunca, as mulheres gestantes precisam de informação, apoio e autonomia.

REFERÊNCIAS

40 semanas. Semana 26: o que é violência obstétrica. Locução de Melina Cardoso e Renan Sukevicius. São Paulo: Folha de São Paulo, 2020. **Podcast**. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/podcasts/2020/04/violencia-obstetrica-atinge-ate-quem-se-informa-para-fugir-dela.shtml>. Acesso em 25 de abr. de 2020.

ARRUDA, Guilherme Tavares et al. Existe relação da via de parto com a amamentação na primeira hora de vida? Fortaleza: **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7321/pdf>. Acesso em 21 de abr. de 2020.

BENFEITORIA. **O Renascimento do Parto**. [S.I]: Crowdfunding, s/d. Disponível em: <https://benfeitoria.com/o-renascimento-do-parto>. Acesso em 30 de mai. de 2020.

BITTENCOURT, Cláudia. Você conhece as recomendações da OMS para o parto normal? **UNA-SUS**, 2014. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-conhece-recomendacoes-da-oms-para-o-parto-normal>. Acesso em 21 de abr. de 2020.

BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, 2018. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931928-7>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em 20 de abr. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2003. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em 17 de mai. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 201-. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>. Acesso em 29 de mai. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.** Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em 20 de abr. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência obstétrica:** CNS se posiciona contra extinção do termo, proposta pelo Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/588-violencia-obstetrica-cns-se-posiciona-contra-extincao-do-termo-proposta-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Portal da Câmara dos Deputados.** Legislação Informatizada - LEI Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>. Acesso em 1 de mai. de 2020.

CANCIAN, Natália. Ministério da Saúde mantém decisão de não usar termo violência obstétrica, diz secretário. São Paulo: **Folha de São Paulo**, 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/06/ministerio-diz-reconhecer-termo-violencia-obstetrica-mas-que-continuara-a-nao-usa-lo.shtml>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

CARVALHO, Simone Alves de. Capital social: relações humanizadas na saúde pública. In MATOS, Heloiza (Org.). **Comunicação pública:** interlocuções, interlocutores e perspectivas. São Paulo : ECA/USP, 2013, p. 139 - 150. Disponível em: <http://www3.eca.usp.br/sites/default/files/form/ata/pos/quarto..pdf>. Acesso em 10 de mai. de 2020.

CASA ANGELA. **Fotos da Casa Angela.** São Paulo, s/d. Disponível em: <http://www.casaangela.org.br/fotos-da-casa-angela.html>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

CASA ANGELA. **Planos de Parto**. São Paulo, s/d. Disponível em: <http://www.casaangela.org.br/fotos-da-casa-angela.html>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

COGO, Rodrigo. **Storytelling**: as narrativas da memória na estratégia de comunicação. São Paulo: ABERJE, 2016.

CORRÊA, Alessandra. Coronavírus: em meio a medo de contágio e hospitais lotados, grávidas optam por parto domiciliar. **BCC**, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52072268>. Acesso em 4 de jun. de 2020.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da assistência ao parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3424>. Acesso em 28 de abr. de 2020.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**. 2009; 19(2): 313-326. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/genero-saude-materna-e-o-paradoxo-perinatal-revista-brasileira-de-crescimento-e-desenvolvimento-humano/>. Acesso em 29 de mai. de 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627–637, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_abstract&tlang=ES. Acesso em 20 de abr. de 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S140-S153/>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

DINIZ, Simone Grilo. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 48, p. 217-220, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217&tlang=en&nrm=iso. Acesso em 05 de jun. de 2020.

ÉPOCA NEGÓCIOS. Taxa de cesárea na rede privada de SP chega a 82,6%. São Paulo: **Estadão**, 2017. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/estadao/noticia/2017/06/epoca-negocios-taxa-de-cesarea-na-rede-privada-de-sp-chega-a-826.html>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

FIORETTI-FOSCHI, Beatriz; GIL, Patrícia Guimarães; DINIZ, Carmen Simone Grilo. A disputa sobre o nascimento no Brasil: interacionismo simbólico, ciberativismo e políticas públicas sobre a epidemia de cesáreas. In GIL, Patrícia; MATOS, Heloiza (Org.). **Comunicação, políticas públicas e discursos em conflito**. São Paulo: ECA-USP, 2019, p. 154 - 198. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/364/320/1320-1>. Acesso em 10 de mai. de 2020.

FIORETTI, B. T. S.; REITER, M.; BETRÁN, A. P.; TORLONI, M. R. Googling caesarean section: A survey on the quality of the information available on the Internet. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 2015. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13081>. Acesso em 17 de mai. de 2020.

G1. Brasil registra 1.349 mortes por coronavírus e bate novo recorde diário; total é de 32.548. **Grupo Globo**, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/06/03/brasil-tem-32548-mortes-por-covid-19-diz-ministerio.ghtml>. Acesso em 4 de jun. de 2020.

KITZINGER, Sheila. **A experiência de dar à luz**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

KUNSCH, Margarida M. Krohling. Comunicação pública: direitos de cidadania, fundamentos e práticas. In GIL, Patrícia; MATOS, Heloiza (Org.). **Comunicação, políticas públicas e discursos em conflito**. São Paulo: ECA-USP, 2019, p. 3 - 14. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/364/320/1320-1>. Acesso em 10 de mai. de 2020.

KUNSCH, Maria Margarida Krohling. A dimensão humana da comunicação organizacional. In KUNSCH, M.M.K. (Org.). **A comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2010, p.41-60.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 1–8, 2014. Disponível em http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em 20 de abr. de 2020.

MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. Violência Obstétrica como Violência de Gênero e Violência Institucionalizada: Breves Considerações a Partir dos Direitos Humanos e do Respeito às Mulheres. **Caderno Escola Direito (UNIBRASIL)**, Curitiba - PR. Vol. 2, Nº 25, 2016, P. 48-60. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060>. Acesso em 29 de mai. de 2020.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107-120, Mar. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de mai. de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: OMS, s/d. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=2A3DDEE9E93F0062364E94ABB0859990?sequence=3. Acesso em 20 de abr. de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padroao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias&Itemid=820. Acesso em 20 de abr. de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS e UNICEF lançam novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820. Acesso em 14 de fev. de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS lança nova recomendação sobre intervenções não clínicas para reduzir número de cesarianas desnecessárias**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5783:oms-lanca-nova-recomendacao-sobre-intervencoes-nao-clinicas-para-reduzir-numero-de-cesarianas-desnecessarias&Itemid=820. Acesso em 14 de fev. de 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa - Mortalidade materna.** Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em 20 de abr. de 2020.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção de Eduardo Chauvet. Produção de Eduardo Chauvet e Érica de Paula. Brasil: Master Brasil e Ritmo Filmes, 2013. **Documentário** (91 min).

PAPO DE CINEMA. **O Renascimento do Parto.** s/d. Disponível em: <https://www.papodecinema.com.br/filmes/o-renascimento-do-parto/>. Acesso em 4 de jun. de 2020.

Parto, da violência obstétrica às boas práticas. Direção e Produção de Bia Fioretti. VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, 2014. **DVD** (20min). Disponível em: <https://youtu.be/Q9G5uyRKsyk>. Acesso em 29 de mai. de 2020.

PENINA, Mayara. **O Renascimento do Parto 3:** é preciso mudar a forma de nascer. São Paulo: Lunetas, 2018. Disponível em: <https://lunetas.com.br/o-renascimento-do-parto-3-e-preciso-mudar-a-forma-de-nascer/>. Acesso em 4 de jun. de 2020.

PIMENTEL, Silvia. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. **INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS DAS MULHERES.** ONU Mulheres, 1979. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf. Acesso em 20 de abr. de 2020.

PINTO, Laura Maria Tenório Ribeiro et al. **O manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher.** Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem UERJ, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14205>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

RABELO, Nair. Médico francês Michel Odent recebe título de Doutor Honoris Causa. **UnB Notícias**, 2017. Disponível em: <https://noticias.unb.br/39-homenagem/1975-medico-frances-michel-odent-recebe-titulo-de-doutor-honoris-causa>. Acesso em 13 de mai. de 2020.

REHUNA. **Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.** Disponível em: <http://rehuna.org.br/>. Acesso em 20 de mai. de 2020.

SILVA, R. M. et al. **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto.** Fortaleza/CE: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n10/2783-2794/#ModalArticles>. Acesso em 20 de mai. de 2020.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde.** Revista Bioética, 2002, P. 73-88. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216. Acesso em 20 de abr. de 2020.

SILVA, Amanda Marques da et al. **Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor.** São Paulo: 2017. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/227>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

SIRET, Mal. Explosão no número global de cesáreas é 'alarmante', diz estudo. **BBC News**, 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-45846011>. Acesso em 20 de abr. de 2020.

TESSER, C. D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H. F. DE A.; DINIZ, S. G. **Violência obstétrica e prevenção quaternária:** o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 24 jun. 2015. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em 20 de abr. de 2020.