



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL:
a perspectiva dos/das profissionais de saúde

ANA CRISTINA ALVARES GUZZO

Belém
2017

ANA CRISTINA ÁLVARES GUZZO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL:
a perspectiva dos/das profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará com requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Socioantropologia, Política, Planejamento e Gestão em Saúde na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

Belém
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Guzzo, Ana Cristina Alvares.

Violência Obstétrica Perinatal: A Perspectiva dos/das profissionais de Saúde /Ana Cristina Alvares Guzzo — 2017.

Orientador: Pedro Paulo Freire Piani
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciência da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Belém, 20167

1. Parto e nascimento. 2. Violência institucional. 3. Violência obstétrica perinatal

. I. Título.

ANA CRISTINA ALVARES GUZZO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL: a perspectiva dos/das profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará com requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Belém, 04 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Orientador Prof.º Dr.º Pedro Paulo Freire Piani
Universidade Federal do Pará-UFPA

Banca: Prof.ª Dr.ª Jacqueline Isaac Machado Brigagão
Universidade de São Paulo – USP

Banca: Prof.ª Dr.ª Regina Fátima Feio Barroso
Universidade do Federal do Pará-UFPA

*Dedico este estudo à minha mãe e grande mulher, **Maria Luzia Miranda Alvares**, uma normalista que aos 30 anos e com 4 filhas pequenas, decidiu que queria mais da própria vida. Fez vestibular para Ciências Sociais; aos 54 fez mestrado e depois dos 60 anos defendeu o doutorado em Ciência Política, passando por todas as dificuldades para conquistar seu espaço e mostrar que “Meias Laços e Ligas Constroem Imagens e Sonhos”*

*Ao velho pediatra, **Pedro Veriano Direito Alvares**, meu amado pai, que nas horas vagas é cinemaníaco e crítico de cinema, mas acima de tudo é um grande humanista que insiste em provar ao mundo que “A Felicidade não se Compra”*

*Ao meu esposo, companheiro, amigo de todas as horas e cúmplice nesta vida **Francisco Guzzo Júnior**, que com sua memória e amor adquiriu o poder mágico de adivinhar sonhos e desenvolveu a enorme generosidade de realizá-los*

*Aos amores viscerais **Guzzo Neto e João Víctor**, que me ensinaram mais do mundo que eu poderia imaginar em toda a vida. Com eles aprendi a sentir dor no corpo alheio*

*Ao **Zeus**, o filho em forma canina e olhar de lacerar o coração*

Agradecimentos

Agradeço a Deus: a vida, a família e a graça deste momento.

Todo meu afeto, amizade e gratidão:

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani, agradeço pela confiança em mim depositada; o interesse, respeito, paciência e todos os conhecimentos transmitidos. Seu apoio e tranquilidade possibilitaram que o tempo (ou a falta dele) não fosse mais um obstáculo, mas um parceiro a permitir as melhores reflexões nesses dois anos de pesquisa e elaboração desta dissertação. Muito obrigada!

À Prof.^a Dr.^a Jacqueline Isaac Machado Brigagão, por todo o carinho, disponibilidade, generosidade e cuidado com que contribuiu com seus conhecimentos de forma fundamental para que este trabalho fosse uma realidade; Muito obrigada, Jac!

À Prof.^a Dra. Regina Fátima Feio Barroso pelo carinho, incentivo e compartilhamento do seu conhecimento. Suas contribuições e incentivo possibilitaram ampliar as perspectivas do trabalho. Muito obrigada, professora!

Aos profissionais entrevistados, por terem disponibilizado generosamente algumas horas de seu tempo para compartilhar suas experiências, dificuldades e esperanças na prática de seus ofícios.

À Coordenação, professores e secretários (Ana Monteiro e Everaldo) do Programa de Pós Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia/UFPA: por nos fornecerem as novas lentes de olhar o mundo;

Às minhas amadas irmãs Lúcia, Cláudia e Sandra, companheiras de toda uma vida. Amigas de todas as horas. Imprescindíveis sempre;

Aos meus sogros e segundos pais, Telma e Guzzo, pelo amor, cuidado, dedicação e apoio incondicional nessa caminhada;

Aos meus cunhados e cunhada, sobrinhos e sobrinhas, elos de uma corrente de amor, força, generosidade e solidariedade que é a minha família;

À Dona Nazaré Carvalho, que é meus braços e pernas e que cuidou de mim e dos meus enquanto precisei estar dedicada a este trabalho;

À Luísa Margareth, amiga e incentivadora, que insistiu e não me deixou desistir desde a inscrição no processo seletivo de mestrado. Deus te abençoe, Lu! Muito obrigada!

Às minhas companheiras de equipe da Coordenação de Saúde da Criança e da SESPA, pelo carinho, compreensão e ajuda nos momentos em que precisei estar ausente de minhas obrigações.

Aos amigos do PPG-SAS: Nazaré, Wirley, Mayara, Camila e Camilo, sem esquecer “os legais do PPG-SAS”. Muito obrigada, queridos/as! Nossa história ainda não acabou!

À turma do PPGSAS/2015: pelos conhecimentos compartilhados, mas, também, pela convivência intensa nesses dois anos de aulas, seminários, discussões, resenhas, rodas de conversa, reuniões, aniversários, confraternizações, qualificações e defesas. Valeu muito, meninos/as!

Na Era da Ciência, os bebês não melhoraram necessariamente. Pode surpreender você ao considerar de quantas maneiras eles ficaram pior. Nos últimos cem anos, as autoridades científicas roubaram os bebês de seus gritos, chamando-os de "som aleatório"; Roubaram de seus sorrisos chamando-os de "espasmos musculares" ou "gás"; Roubaram de suas lembranças chamando-as de "fantasias" e roubaram de sua dor chamando-a de "reflexo".

David B. Chamberlain, 1991

RESUMO

A assistência dada ao parto e nascimento determina as muitas formas de nascer e os fatores temporais, culturais, econômicos e sociais contribuem para a qualidade dessa assistência, cujas vivências repercutem para o resto da vida da mulher e da criança. No Brasil, nos últimos quarenta anos, a atenção obstétrica e neonatal vem sofrendo intervenções importantes da evolução tecnológica, seguindo a tendência mundial. Contudo, a morbidade e a mortalidade evitáveis de mulheres e bebês ainda estão inaceitavelmente elevadas, traduzindo a grande desconexão identificada entre o conhecimento científico disponível e a prática clínica, constituindo o que os estudiosos do tema nomearam de Paradoxo Perinatal Brasileiro. A violência obstétrica, que também inclui a violência institucional praticada contra os bebês, embora isso fique pouco evidente na maioria dos trabalhos e conceitos desse fenômeno, também tem feito parte do cenário do parto e nascimento no Brasil e no mundo, e é considerada grave desrespeito aos direitos humanos de mulheres e crianças, além de contribuir com o agravamento dos riscos para morbidades e mortalidade de ambos. Buscou-se através de uma pesquisa qualitativa, conhecer a percepção de profissionais de saúde que atuam em maternidades da Região Metropolitana de Belém-Pará, sobre a violência praticada contra os bebês durante a assistência obstétrica e neonatal. Onze profissionais com formação em medicina e enfermagem, e atuantes em obstetrícia ou neonatologia naquelas maternidades, foram os participantes da pesquisa. Através da utilização de mapas dialógicos propostos por Mary Jane Spink, organizaram-se os temas/categorias de onde foram extraídas as narrativas. A análise dos dados demonstrou que os entrevistados utilizaram grande diversidade de repertórios narrativos e explicativos das práticas/técnicas utilizadas na assistência ao recém-nascido. Sobre a violência obstétrica perinatal, ficou demonstrado que ainda não é reconhecida pela maioria dos profissionais, embora alguns sejam capazes de identificar práticas violentas utilizadas nos bebês. Foram registradas manifestações de resistência contra o uso do termo violência obstétrica; imposição de um cuidado rotinizado a todos os bebês e de desprezo pelas boas práticas na assistência ao parto e nascimento. Este estudo deve contribuir para demonstrar a percepção dos profissionais de saúde sobre as práticas adotadas no parto e nascimento que se constituem em violências obstétricas perinatais, ou seja, as violências à que os bebês são ou podem vir a ser submetidos durante as etapas do trabalho de parto, no momento do nascimento e nos primeiros dias de vida. Outra contribuição deste trabalho é a de caracterizar as principais violências perinatais através da confecção de um quadro com essa tipologia. O auxílio na efetivação de políticas voltadas a condições mais humanizadas de assistência ao parto e nascimento é outra contribuição, visto que o estudo permitirá difundir as vozes dos *operadores da ponta* sobre os múltiplos fatores associados à violência obstétrica perinatal.

Palavras-chave: parto; violência institucional; violência obstétrica perinatal; violência ao recém-nascido.

ABSTRACT

Assistance during birth determines the many forms of birth, and temporal, cultural, economic, and social factors contribute to the quality of this care, whose experiences have repercussions for the rest of the life of the woman and the child. In Brazil, during the last forty years, obstetric and neonatal care has undergone important interventions from the technological evolution, following the worldwide trend, however, the avoidable morbidity and mortality of women and babies are still unacceptably high, reflecting the great disconnection identified between the available scientific knowledge and clinical practice, constituting what the scholars of the subject have named the Brazilian Perinatal Paradox. Obstetric violence, which also includes institutional violence against infants, although this is not very evident in most of the work and concepts of this phenomenon, has also been part of the birth and birth scenario in Brazil and in the world, and is considered serious disrespect to the human rights of women and children, contributing to the worsening of the risks to morbidity and mortality of both. In this context, a qualitative research was sought to understand the perception of health professionals working in maternity hospitals in the Metropolitan Region of Belém-Pará, on violence against babies during obstetric and neonatal care. It was considered a sample composed of eleven professionals with training in medicine and nursing, who work in obstetrics and neonatology and develop assistance activities at birth and to the newborn in these maternities. Through utilization of the dialogical maps proposed by Mary Jane Spink, themes and categories were organized from where the narratives were extracted. The analysis of data showed great diversity of narrative and explicative repertoire about the practices/techniques utilized at the newborn assistance by the interviewed. About the perinatal obstetric violence, was demonstrated that is not recognized by the majority of professionals yet, although some were capable of identifying violent practices performed in babies. It was registered resistance against the term obstetric violence; imposition of a routinized care to all babies and despise by the good assistance to delivery and birth practices. This study shall contribute to demonstrate the health professionals perception about the adopted delivery and birth practices that constitute obstetric perinatal violence, that is, the violence that babies are or could be submitted during the stages of labor, at the moment of birth and through the first years. Other contribution of this work is characterizing the main perinatal violence through the confeccion of a board with this typology. The support into the effectiveness of humanized assistance condition to the delivery and birth politics is another contribution, since the study will allow the dissemination of the assistance professionals voices about multiple factors associated to perinatal obstetric violence.

Keywords: childbirth; Institutional violence; perinatal obstetric violence; abuses against newborns.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Perfil dos Participantes da Pesquisa	28
Quadro 2 - Conceitos de violência nos dicionários de línguas.....	31
Quadro 3 - Categorias de desrespeito e abuso, diretos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica	40
Quadro 4 - Escala de avaliação da dor no recém-nascido - BIIP	81
Quadro 5 - Escala de avaliação da dor no recém-nascido - NIPPS.....	81
Quadro 6 - Principais Tipos de Violência Obstétrica Perinatal.....	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
BIIP	Behavioral Indicators of Infant Pain
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGBP	Casas de Gestante Bebês e Puérperas
CPN	Centros de Parto Normal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Instituto Hospital Amigo da Criança
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NIPPS	Neonatal Infant Pain Scale
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAR	Planos de Ação Regional
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
PPP	Salas de Pré-Parto, Parto e Puerpério.

PTT	Prematuro tardio
RN	Recém-nascido
RNT	Recém-nascido de termo
SBED	Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
SOPAPE	Sociedade Paraense de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO	23
	2.1 Objetivo Geral	23
	2.2 Objetivos Específicos.....	23
3	METODOLOGIA	24
	3.1 Participantes da Pesquisa	25
4	PENSANDO A VIOLÊNCIA NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	30
	4.1 Conceitos de Violência	30
	4.2 A Violência Obstétrica Perinatal.....	36
5	A FORMAÇÃO MÉDICO-PROFISSIONAL	49
	5.1 Primórdios, saberes e práticas médicas: paternalismo, beneficência e autonomia	49
	5.2 Paradigmas contemporâneos da profissão médica: parto, nascimento, perinatalidade e as relações de gênero.	52
6	PEDIATRIA E NEONATOLOGIA - HISTÓRIA E PRÁTICAS	60
7	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	67
	7.1 Sentidos atribuídos ao nascimento.	68
	7.2 Quando os bebês choram: sobre Bebês e Dor	71
	a) O bebê sente dor?	72
	b) Avaliando a dor no recém-nascido.....	77
	c) As Escalas de dor do Recém-nascido	79
	d) Estratégias de alívio da dor no recém-nascido.....	82
	7.3 Protocolos e condutas obstétricas e neonatais.....	85
	a) O Parto	87
	b) Ocitocina Sintética:	92
	c) Puxo dirigido	94
	d) Analgesia	96
	e) Episiotomia.....	97
	f) Atendimento ao Recém-nascido	98
	7.4 Boas práticas neonatais no contexto da Humanização	105

7.5 O que é violência obstétrica perinatal?	107
7.6 Direitos das famílias e dos bebês	118
8 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL	124
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICES.....	154
ANEXO.....	160

1 INTRODUÇÃO

Nascer no Brasil, atualmente, parece estar longe de ser uma experiência natural. A análise dos dados epidemiológicos disponíveis demonstra que o parto vaginal tem sido cada vez menos frequente, principalmente nos serviços privados, e quando ocorre, inclusive, em hospitais públicos, é medicalizado¹, extremamente instrumentalizado, inseguro, doloroso e solitário, conforme demonstrou a pesquisa *Nascer no Brasil* desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz em 2014. A pesquisa afirma que o modelo tecnocrático de assistência ao parto identificado nos dias de hoje, expõe claramente a supremacia das tecnologias e da lógica mercadológica para a indicação de procedimentos realizados por profissionais que parecem desconhecer ou ter pouco interesse sobre a importância desse momento na perspectiva da mulher, do bebê, da família e da comunidade. Este fato contribuiria para produzir uma epidemia de cesarianas, posto que essa forma de nascer representou 55,48% do total de nascimentos no Brasil em 2015, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) oriente que taxas superiores a 10% não auxiliem na redução da mortalidade materna e neonatal, e o parâmetro aceitável para o Brasil fique entre 25-30% do total de nascimentos (DATASUS/MS, 2017; LEAL, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

É uma evidência que as práticas relacionadas à assistência ao parto e nascimento registram muitas diferenças, que levam em conta as variadas culturas e as construções históricas. Porém, os maus tratos, abusos, negligências e desrespeito durante o parto, observados até hoje nos serviços de saúde, representam uma clara violação de direitos arduamente conquistados pelas mulheres ao cuidado respeitoso e se constituem nas chamadas violências obstétricas, que traduzem grande risco à vida. Determinando consequências nefastas não somente às mulheres, como para os bebês.

Esta forma violenta de nascer, que inclui as cesarianas indicadas sem critérios elegíveis, tem sido alvo de extenso leque de estudos e já se acumulam informações seguras sobre as implicações das vivências desse momento para o resto da vida da mãe e do bebê, conforme referido por Odent no Seminário BH pelo Parto Normal em 2008. Tornando-se um problema de saúde pública quando a pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado* (2010), expõe e quantifica o que já se percebia em relação à qualidade da assistência ao parto realizado nas maternidades brasileiras. Demonstra essa pesquisa que de

¹ Piani (2017) declara que a "medicalização configura-se como uma dinâmica de disciplinamento das pessoas e dos grupos sociais, formando um corpo social, ainda que heterogêneo, que busca saídas médicas para o enfrentamento dos seus problemas orgânico-sociais e de normas que disciplinam esse corpo orgânico."

cada quatro mulheres que dão a luz em maternidades, uma sofre violência institucional, ou seja, se em 2014 o Brasil contabilizou 2.979.259 nascimentos (DATASUS/MS, 2017), significa dizer que cerca de 744.814 mulheres e seus bebês podem ter sido vítimas de algum tipo de violência obstétrica e perinatal² e suas consequências.

Mas porque será que após treze anos da aprovação da Política Nacional de Humanização (PNH); de 30 anos de discussões e divulgação das Boas Práticas classificadas pela Organização Mundial da Saúde - OMS (1996) com bases científicas em metanálises da *Cochrane*³ e outros estudos consistentes que seguiram critérios tão rigorosos da medicina baseada em evidências; da elaboração e publicação de leis como a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005); da instituição de programas específicos voltados para a qualificação da assistência à gestante e recém-nascido; dos Pactos Nacionais pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil (MS, 2004 e 2009); da Estratégia Rede Cegonha (MS, 2011), entre tantos outros, a violência obstétrica ainda encontra terreno fértil para se perpetuar nos serviços de saúde do Brasil?

Diniz et al. (2015) destacam na complexa causalidade desta forma de violência, duas condições importantes: a formação profissional e a organização do sistema de saúde. Para os autores, há dificuldades estruturantes na formação, especialmente nos cursos de medicina, e apontam a defasagem dos currículos desses cursos e resistência à sua atualização com as evidências científicas mais recentes.

Embora necessitando utilizar os estudos sobre violência obstétrica contra a mulher para constituir uma base histórica e conceitual desta pesquisa, particularizou-se esse enfoque para abordar prioritariamente o tratamento aplicado aos bebês, que será chamado de violência obstétrica perinatal.

Decorrente, invariavelmente, de uma violência obstétrica, a perinatal também dá indícios de estar institucionalizada e vem produzindo suas vítimas em silêncio, deixando interrogados o compromisso e a responsabilidade da gestão e dos profissionais de saúde com as crianças nascidas de cesarianas fora dos critérios de indicação; empurradas para fora do

² Período que compreende das 22 semanas de gestação até os primeiros 7 dias após o nascimento do bebê.

³ Cochrane Library é uma entidade sem fins lucrativos que aporta bancos de dados de revisões sistemáticas, constituído de Evidências Científicas de Níveis I, II e III, que passam a ser referência para os profissionais da saúde. As revisões sistemáticas são consideradas evidências de primeira categoria para tomadores de decisão em saúde.

útero de suas mães através de manobras proscritas (Kristeller⁴); indiscriminadamente afastadas das mães após o parto; em sofrimento respiratório pela falta de obediência aos critérios estabelecidos para anestésias; impedidas de mamar o colostro⁵ e ter o contato pele a pele imediato e prolongado; deixadas em incubadoras solitárias e com desconforto respiratório por prematuridade iatrogênica, enquanto a família crê nas “tecnologias” protetoras de seu bebê.

A entrada da autora nessa temática ocorreu anos atrás, quando, na prática da clínica pediátrica, passou a vivenciar muitos dilemas e se confrontar com diversas questões relativas ao modo como o sistema estava organizado, as maneiras de pensar dos/das profissionais, sua própria perspectiva sobre o cuidado em saúde, a importância de continuar estudando e de reconhecer as evidências científicas. Faz-se a seguir um breve relato dessa trajetória profissional, a fim de situar o seu lugar de fala. Para tanto, buscou-se o apoio na perspectiva da filósofa americana Donna Haraway, para abordar o *conhecimento situado*, quando critica o reducionismo do método científico no trato com os debates feministas e as relações de poder/valor que desqualificam ou reduzem o conhecimento produzido pelos grupos feministas. Segundo Haraway (1995), as ciências naturais, sociais e humanas parecem estar reduzidas a uma única forma de tradução e conversão, possivelmente imposta pelo padrão capitalista. Assim, movimentos como os das feministas, afirma Haraway, identificam que o reducionismo e objetivismo propostos como linguagem hoje, acabam por hierarquizar o saber e estipular o que é válido ou não para a ciência enquanto conhecimento produzido. Haraway aponta ainda que as buscas por explicações sobre as coisas no mundo poderiam prescindir dos jogos de retórica de alto coturno, agonísticos, que só se valem da arrogância científicista e positivista da ciência. Utilizando-se de metáforas, assinala que a dicotomia existente entre o que ela denomina de "construtivismo radical versus empiricismo crítico feminista", ou seja, projetos de ciência sucessora versus explicações pós-modernas sobre a diferença, não contribuem para o avanço nas discussões atuais em busca de uma doutrina utilizável de objetividade (HARAWAY, 1995). E finaliza ponderando que só se avançará em tais debates se houver ousadia para romper os discursos até aqui suscitados e dicotomizados,

⁴ Criada pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller em 1867, a Manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão no fundo do útero durante o período expulsivo para adiantar a saída do bebê. Atualmente está contraindicada (MS, 2017; p.26).

⁵ O colostro é o primeiro leite produzido pela mãe após o parto. Rico em anticorpos, tem propriedades protetoras, imunológicas.

reduzindo esses extremos que não têm contribuído para acrescentar melhorias sobre o conhecimento produzido.

Embora desenvolvendo de forma empírica ou instintiva a clínica ampliada, entre outros dispositivos da Política Nacional de Humanização – PNH (MS, 2003), durante o atendimento que realizava em pediatria no subúrbio de Belém-Pa, a autora deriva de uma formação médica da década de 1980, em que o modelo de assistência à saúde transmitido nas disciplinas acadêmicas doutrinava para o cuidado verticalizado e imperioso. Nesse contexto, só começou a sentir ruir o citado arquétipo a partir de suas vivências na gestão pública de saúde da criança, por volta dos anos 2000. Foi assim que se aproximou das propostas e programas desenvolvidos para a área materno-infantil à luz da PNH (MS, 2003), cujo objetivo era mudar práticas na expectativa de alcançar os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, de universalidade, integralidade e equidade.

No caminhar da gestão estadual de saúde da criança, participou em 2004, da elaboração do Plano Estadual para o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pela Presidência da República, e que tinha como objetivos: a) a articulação dos atores sociais em busca da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças e contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, apoiado nos princípios básicos de respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; b) consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; c) a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; d) e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais.

À adesão do Estado do Pará à proposta federal, seguiu-se a construção de um plano de ação em cada unidade federada, onde se definiam as estratégias com base nas realidades locais/Regionais para o enfrentamento da mortalidade materna e neonatal. Iniciou-se, assim, a participação da autora em um processo de revisão das práticas institucionais de assistência ao parto e nascimento no Estado, estabelecendo discussões com os diversos setores de gestão e assistência à saúde da mulher e do neonato; universidades, entidades profissionais e movimentos sociais. Seguiram-se a publicação da Lei Federal nº 11.108/2005, normatizada pela Portaria GM/MS nº 2418/2005⁶, que definiram o direito da gestante ao acompanhante de sua livre escolha durante o pré-parto, parto e puerpério imediato; autorização de diárias,

⁶ BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2418, 02 de dezembro de 2005 – Regulamento, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema único de Saúde – SUS. Poder Executivo, Brasília, DF, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html>. Acesso em: 13 mar. 2017.

acomodação e as principais refeições do acompanhante; publicação da Lei Federal nº 11.634/2007⁷, que dispôs sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberia a assistência ao parto no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Como desdobramentos desse processo foram realizadas oficinas Estaduais e visitas de profissionais da maternidade de referência do Estado do Pará aos serviços definidos como matriciadores das novas práticas, além de encontros Nacionais.

Em 2008, quando a autora já ocupava o cargo de Coordenadora Estadual de Saúde da Criança, o Pará assinou, assim como os demais estados da Amazônia Legal e do Nordeste, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Neonatal, que fez parte de um compromisso maior com o Governo Federal pela Aceleração da Redução das Desigualdades Regionais, visto que em levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE ficou demonstrado que o Brasil precisaria focar em 4 problemas para conseguir reduzir as desigualdades entre suas regiões: a taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, precária estrutura para os agricultores familiares e falta do Registro Civil. Outro plano foi elaborado com intenções mais específicas na ampliação e descentralização da Rede de Assistência Neonatal, observando o diagnóstico realizado, ou seja, que essas duas regiões com suas dificuldades, não permitiriam que o Brasil cumprisse os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM 4 e 5, de, respectivamente, reduzir em 2/3 a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna até 2015.

Entre várias estratégias importantes do Pacto, foi projetada a ampliação e descentralização dos leitos neonatais intensivos e intermediários aos municípios com maiores ocorrências de mortes nessa faixa de idade. No caso do Pará fala-se dos 15 municípios com maior população à época, não por acaso os que dispunham de maior estrutura de saúde e que por esse motivo, atraíam os deslocamentos dos municípios menores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Quando a autora já se encontrava atuando na efetivação das ações do Pacto no Pará, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do SUS, em 2011, a Rede Cegonha. Através da Portaria GM/MS Nº 1459/2011, iniciava-se a implantação da proposta do cuidado em Redes de Atenção à Saúde, lançada desde 2010 (Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

⁷ BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.634, de dezembro de 2007. – Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Poder Executivo, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, as ações da Rede Cegonha fundiram-se às anteriormente projetadas no Pacto em novo Plano, agora na perspectiva de contemplar o acesso e resolutividade das regiões de saúde, conforme definidas pelo Decreto Presidencial Nº 7508/2011. No Pará as 13 Regiões e, portanto, 13 Planos de Ação Regionais – PAR, foram orientados por uma matriz diagnóstica com dados individuais dos municípios e da região, sobre os quais avaliaram-se as necessidades em termos de ampliação e qualificação das Redes Regionais, assim como os respectivos investimento e custeio.

A construção dos Planos de Ação e estratégias de implantação da Rede Cegonha no Estado do Pará incluiu, entre outras coisas, a projeção de Centros de Parto Normal – CPN, Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas - CGBP, o cumprimento das boas práticas de assistência ao parto e nascimento nas maternidades, definição dos fluxos para a assistência obstétrica e neonatal de risco habitual e alto risco e a vinculação da gestante à maternidade. Pactuados nas três esferas de gestão.

A partir da necessidade de acompanhar o cumprimento das diretrizes da Rede Cegonha nas maternidades da Região Metropolitana de Belém, a autora coordenou uma ação denominada de Supervisão de Maternidades⁸, que permitiu-lhe a identificação de graves situações de violência obstétrica e perinatal. Nesse período, que compreendeu os anos de 2012 a 2014, foram registrados diversos casos que constam dos relatórios das equipes de supervisão e despertaram seu interesse no desenvolvimento do presente estudo.

Ao considerar que a saúde coletiva é um campo de pesquisa que permite o acesso e aprofundamento à leitura mais crítica sobre os males que atingem uma população em um determinado tempo histórico, bem como articular saberes coletivos e políticas públicas, a autora decidiu ampliar seus estudos nesse campo. Projetou, assim, a realização de uma pesquisa sobre a violência obstétrica perinatal no processo de mudança do modelo de assistência ao parto e ao nascimento atualmente vigente na maior parte do país, a fim de aprofundar os conhecimentos teóricos sobre o tema. Articulou as diversas dimensões envolvidas nessa forma de violência e, utilizando uma abordagem qualitativa e análise de

⁸ Consistia em visitas de profissionais da Secretaria de Saúde do Estado (enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, etc.) às maternidades da Região para avaliar a assistência prestada às mulheres e bebês durante o pré-parto, parto e nascimento; funcionamento do serviço assim como das Unidades Neonatais.

discurso, procurou conhecer a percepção de profissionais de saúde sobre esse modelo institucional de mau trato.

Ao identificar as práticas violentas nesse modo de fazer saúde, a autora procurou entender, ainda, como se comportam os/as profissionais diante das evidências científicas que balizam as boas práticas na assistência ao parto e ao recém-nascido; quais as violências obstétricas contra os bebês os/as profissionais identificam no período perinatal na maternidade; as possíveis causas que atribuem às práticas violentas na assistência ao recém-nascido; as diferenças de percepções sobre a violência obstétrica perinatal entre os profissionais e quais as possíveis consequências/efeitos de práticas violentas no nascimento, para as crianças ao longo da vida. Do mesmo modo a partir da leitura dos discursos dos profissionais e das evidências científicas na literatura sobre o parto e nascimento, foi possível elaborar um quadro demonstrativo da tipologia da violência perinatal, que ficasse como contribuição do trabalho.

Esta dissertação está organizada do seguinte modo: um capítulo denominado *Pensando a violência nas práticas dos profissionais de saúde*, que inclui dois tópicos com os conceitos de violência, contextualização com a violência obstétrica perinatal e reflexão sobre as bases teóricas que a apoiam; um capítulo denominado de *A formação médico-profissional*, onde é feito um resgate de alguns pontos da formação do profissional de saúde, mais especificamente do médico, ressaltando dois tópicos: um sobre a construção histórica dessa formação, saberes e práticas, e direcionando para a formação obstétrica e neonatal, e os paradigmas contemporâneos da profissão com relação ao parto, nascimento e as relações de gênero. Na sequência outro capítulo aborda um pouco da história da pediatria/neonatologia e como ocorreu no Brasil a instituição dos cuidados com o recém-nascido. No capítulo final é apresentada a análise e discussão dos dados levantados nas entrevistas através dos fragmentos que compuseram os temas/categorias, nos mapas dialógicos.

Embora observando as diversas implicações que resultam em práticas institucionais violentas, não foi intenção do trabalho esgotar o assunto em relação à violência obstétrica perinatal e nem fazer grandes generalizações, já que se trata de pesquisa qualitativa e a finalidade é aprofundar o debate.

2 OBJETIVO

A pesquisa foi desenhada a partir da definição dos seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- ✓ Conhecer os sentidos produzidos para a violência obstétrica perinatal pelos/pelas profissionais de saúde que trabalham no cenário do parto e nascimento.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar o que os/as profissionais de saúde entendem por violência obstétrica perinatal.
- ✓ Estudar quais as violências obstétricas contra os bebês que os/as profissionais identificam no período perinatal na maternidade.
- ✓ Identificar as possíveis causas que os/as profissionais de saúde atribuem às práticas violentas na assistência ao recém-nascido no pré-parto, parto e pós-parto.
- ✓ Identificar o que os/as profissionais entendem como possíveis consequências/efeitos de práticas violentas no nascimento para a vida das crianças.
- ✓ Construir um quadro demonstrativo da tipologia da violência perinatal
- ✓ Conhecer o que os/as profissionais consideram boa prática na assistência ao parto e nascimento.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa que busca analisar a percepção de profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto em maternidades da Região Metropolitana de Belém, sobre a violência obstétrica perinatal.

Optar pela pesquisa qualitativa é uma decisão complexa quando se pretende trabalhar com alguns profissionais da área da saúde, visto que grande parte destes costuma associar o conhecimento científico aos números e estatísticas. Entretanto, algumas questões são bem difíceis de responder ou medir dessa forma, a exemplo das percepções, vivências e outras subjetividades.

De acordo com o sociólogo Joel Best (2002, p. 1):

Infelizmente nossa cultura atribui facticidade às estatísticas, isto é, presume que sejam fatos. Tendemos a ver as estatísticas como pequenas pepitas de verdades que descobrimos tal como colecionadores de pedras encontram suas gemas. Afinal, ponderamos, a estatística é um número, e os números parecem ser sólidos, fáticos, prova de que alguém deve ter efetivamente contado algo. Mas esta é a questão: alguém teve que contar. Seria melhor pensar as estatísticas como joias: as joias têm que ser selecionadas, cortadas, polidas e colocadas em encaixes de modo a poderem ser vistas a partir de diferentes ângulos. De modo semelhante, as pessoas criam estatísticas; escolhem o que contar, como contar, e quais números daí resultantes serão compartilhados com outras pessoas. Os números não existem independentemente das pessoas; entender os números requer saber quem contou o quê, e por que.

Entendendo que experiências e percepções de mundo não conseguem ser demonstradas através de números, mas podem ser significadas e ressignificadas por meio de uma linguagem que valorize os fenômenos sociais e as relações construídas, elegeu-se trabalhar com a pesquisa qualitativa.

A proposta foi analisar os discursos dos profissionais que atuam nas maternidades da Região Metropolitana de Belém, sobre a percepção que têm da violência obstétrica perinatal, observando que a atuação nos espaços hospitalares pressupõe a necessidade de utilização de protocolos na busca de garantir a padronização de práticas cientificamente comprovadas como benéficas ao usuário, mas que, ao mesmo tempo, implica o trabalho em ambientes de muitas divergências, resistências e percepções diversas das quais pouco se conhece.

Nessa perspectiva, considerou-se utilizar como ferramenta de pesquisa as entrevistas semiestruturadas com um roteiro básico de perguntas que contemplassem os

objetivos desejados, mas que também permitissem que os/as participantes falassem livremente.

3.1 Participantes da Pesquisa

O estudo projetou entrevistar profissionais de ambos os sexos; médicos e enfermeiros que exercessem atividade há, pelo menos, 2 anos na assistência ao parto em maternidades da rede pública e privada da Região Metropolitana de Belém-Pa, sobre a percepção que têm a respeito da violência obstétrica perinatal, ou seja, a violência institucional praticada contra bebês no pré-parto, parto e pós-parto.

Considerando que os participantes seriam profissionais pertencentes a um grupo especial e de acesso não tão fácil e na perspectiva de garantir o cumprimento do cronograma da pesquisa, evitando possíveis fracassos nos contatos ou mesmo pelo desinteresse em falar sobre o tema proposto, optou-se por utilizar o método de amostragem em *bola de neve* (*snow ball*).

O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados. (VINUTO, 2014, p.203).

Trata-se de uma técnica de amostragem do tipo não probabilística, em que os/as participantes selecionados/as convidam outros/as participantes da sua relação de amigos/as ou conhecidos/as. Tal qual uma “bola de neve”, cada vez mais a amostra aumenta seu tamanho, ou seja, ela vai crescendo à medida que os indivíduos selecionados convidam novos/as participantes. O entrevistador estabelece contato inicial com alguns sujeitos previamente identificados como membros do grupo que se pretende estudar e estes sujeitos põem o investigador em contato com outros membros desse grupo e assim sucessivamente. (VINUTO, 2014; ABRAMS, 2010, p. 536-547).

Segundo Vinuto (2014, p. 203):

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA sob o nº 1747031, de acordo com os preceitos éticos vigentes e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS-466/2012 que orienta sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os participantes manifestaram seu livre consentimento através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, após serem informados sobre os objetivos do estudo.

Apesar de privilegiar os/as profissionais que trabalham em maternidades, a pesquisa não foi realizada em nenhuma instituição específica, visto que o foco foram os/as profissionais. Deste modo, participaram profissionais que atuam em Belém (Região Metropolitana) à medida que foram indicados por outros/as entrevistados/as através da técnica amostral em *bola de neve (snow ball)*, encerrando-se o grupo com 11 participantes. (VINUTO, 2014; ABRAMS, 2010).

A coleta de dados primários foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com perguntas que foram gravadas, transcritas e analisadas utilizando-se como ferramentas mapas dialógicos sob a perspectiva das práticas discursivas (SPINK, 2004).

Primeiramente, para início do Snow Ball, foi realizada busca no website Google em 05/11/2016, com as palavras “*neonatologia Belém/Pa*”, que apresentou aproximadamente 98.300 resultados em 0,32 segundos. O primeiro endereço da relação exibida (<http://neonatologia.catalogo.med.br/c/pa/belem/>) era de um serviço de utilidade pública que oferece relações de médicos/as para agendamento de consultas, denominado Catalogo Med. A abertura desse link forneceu o nome de dois profissionais neonatologistas, porém, seguindo o mesmo método, optou-se pelo primeiro nome. O contato telefônico do/a profissional localizado no próprio site, no entanto, não foi bem-sucedido, sendo concretizado somente algum tempo depois, através das redes sociais, quando o/a profissional aceitou participar da pesquisa e agendou o local e data da entrevista. Nos questionamentos iniciais, todavia, identificou-se que o/a profissional não preenchia um dos critérios exigidos, visto que não estava atuante em maternidades da Região Metropolitana, o que inviabilizou a utilização do material.

Foi necessário reiniciar a busca pelo profissional disparador (semente) do Snow Ball, e dessa forma optou-se por solicitar a relação de neonatologistas atuantes no Estado e registrados pela Sociedade Paraense de Pediatria (SOPAPE). Através da listagem disponibilizada foi realizado um sorteio utilizando-se 32 números (equivalente ao total de nomes). Cada número representava a posição de um/a profissional na relação disponibilizada. Colocou-se em uma caixa 32 papéis com os números correspondentes, de onde uma terceira

pessoa foi solicitada a retirar uma unidade. Desta forma foi sorteado o número correspondente ao/a profissional que seria o/a primeiro/a entrevistado/a, e que não terá nome revelado observando o cumprimento do TCLE. Ao final de cada entrevista o/a profissional era solicitado/a a indicar pelo menos dois nomes de seu conhecimento e dentro dos critérios definidos para seguimento do modelo amostral escolhido. O/a próprio/a entrevistado/a, na maior parte das vezes, forneceu o contato do seguinte.

O Snow Ball favorece a indicação de profissionais do mesmo círculo de convivência e que podem compartilhar as mesmas idéias. Essa situação foi identificada no presente estudo, no entanto registrou-se a intenção de alguns entrevistados em favorecer, de maneira voluntária um contraditório à pesquisa, indicando propositalmente (verbalizaram), profissionais com outra linha de pensamento ou menos próximos à visão da assistência ao parto e nascimento que julgavam pertencer.

Um dos indicados, atuante na área da Obstetrícia em maternidade privada, recusou-se a dar entrevista, alegando “desconhecer sobre pesquisas” e negando-se peremptoriamente a permitir qualquer argumentação, desligando o telefone de súbito. Desta forma, a pesquisa contou com 11 (onze) participantes, dentre os quais 3 (três) são neonatologistas, 6 (seis) obstetras e 2 (dois/duas) enfermeiros/as obstetras. A maior quantidade de entrevistados foi do sexo feminino (6).

Em relação à idade, a maior parte dos participantes estava na faixa acima de 40 anos, variando de 31 a 61 anos. No referente ao tempo de formação, registrou-se variação de 7 a 37 anos; e o de pós-graduação do tipo Residência Médica ou especialização, entre 2 e 33 anos. O critério para participação na pesquisa foi que os/as profissionais deveriam estar no campo da assistência ao parto e ao recém-nascido há pelo menos 2 anos em maternidades públicas, privadas conveniadas ao SUS e/ou de gestão totalmente privada da Região Metropolitana de Belém. As entrevistas foram realizadas no período de 09/12/2016 a 14/02/2017.

Para ajudar no entendimento das análises e ao mesmo tempo manter a privacidade dos profissionais, optou-se pela identificação dos mesmos através de nomes fictícios (Quadro D).

Os Hospitais de atuação dos entrevistados também precisaram receber nomes substitutos, considerando a necessidade de garantir a privacidade dos profissionais, que poderiam ser identificados através do local de trabalho. Desta forma, utilizou-se: Maternidade Sorriso, Maternidade Carinho, Maternidade Amor, Maternidade Paz, Maternidade Confiança e Maternidade Feliz.

Na planilha abaixo constam as características gerais dos entrevistados.

Quadro 1 - Perfil dos Participantes da Pesquisa

Nº	Entrevistado	Data da Entrevista	Profissão	Sexo	Idade (anos)	Tempo de Formado/a (anos)	Tempo de Residência (anos)	Hospital Público	Hospital Privado
1	Maria	09/12/2016	Neonatalogista	Fem.	41	27	17	Sim	Sim
2	Madalena	12/12/2016	Obstetra	Fem.	54	31	29	Sim	Não
3	Judith	23/12/2016	Enf. Obstetra	Fem.	36	7	5	Sim	Não
4	Sarah	23/12/2016	Obstetra	Fem.	36	10	6	Sim	Não
5	Esther	03/01/2017	Neonatalogista	Fem.	34	9	6	Sim	Sim
6	Ana	10/01/2017	Enf. Obstetra	Fem.	41	7	6	Sim	Não
7	Paulo	15/01/2017	Obstetra	Masc.	58	35	33	Não	Sim
8	João	23/01/2017	Obstetra	Masc.	61	37	20	Sim	Sim
9	Pedro	30/01/2017	Obstetra	Masc.	47	19	15	Sim	Não
10	Lucas	03/02/2017	Obstetra	Masc.	35	9	4	Sim	Sim
11	Marcos	14/02/2017	Neonatalogista	Masc.	31	7	2	Não	Sim

Fonte: Elaboração da autora.

Apesar de algumas dificuldades com as agendas, todos os entrevistados foram de extrema gentileza e atenderam a pesquisadora com cortesia, colaboração e respeito. Todos/as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e permitiram que as entrevistas fossem gravadas. A maior parte das entrevistas foi realizada no próprio local de trabalho do entrevistado, por opção dos mesmos e em ambiente invariavelmente, tranquilo. Em poucos casos houve interrupção e todas as vezes por motivo de atendimento às usuárias. Todas as entrevistas foram transcritas integralmente e analisadas utilizando os mapas dialógicos propostos por Spink et al (2010; p.57-71). Cada mapa foi construído a partir da leitura atenta das entrevistas e a identificação de temas similares que estavam associados aos objetivos da pesquisa.

Os temas/categorias que compuseram as colunas dos mapas foram:

- 1) O Nascimento
- 2) Bebês e dor
- 3) Protocolos
- 4) Condutas obstétricas no parto e efeitos nos bebês
- 5) Boas práticas na neonatologia no contexto da humanização
- 6) Violência obstétrica perinatal
- 7) Direitos das famílias e dos bebês

A partir de então organizou-se o conteúdo de cada entrevista dentro do mapa, na ordem cronológica que apareceu no diálogo (ver o exemplo no Anexo I). Construiu-se um

mapa para cada entrevista e, como os temas são comuns na discussão, foram apresentados os modos como os participantes entenderam cada tema discutido e, a partir daí, analisados os dados da pesquisa com as referências bibliográficas.

4 PENSANDO A VIOLÊNCIA NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.1 Conceitos de Violência

Em uma investigação bibliográfica preliminar feita na base da Scientific Electronic Library Online – Scielo, em junho de 2016, foram cruzados alguns descritores relacionados ao tema da pesquisa, tais como: “bebês”, “parto”, “violência”, “violência institucional” e “violência obstétrica”; e outra combinação: “recém-nascido”, “parto”, “violência”, “violência institucional” e “violência obstétrica”. Ao cruzar os termos “bebês” e “parto” a busca retornou com 77 resultados. Em nova pesquisa introduzindo um terceiro termo (“violência” ou “violência obstétrica” ou “violência institucional”), a busca retornou com 0 artigos. Substituindo “bebês” por “recém-nascidos”, quando associado a “parto”, surgiram 389 artigos, e quando introduzido um terceiro termo (“violência” ou “violência obstétrica” ou “violência institucional”) a busca novamente retornou sem nenhum resultado, o que reitera a importância da realização deste estudo. Ou seja, os termos explícitos referentes à violência obstétrica neonatal não apareceram numa das bases mais utilizadas e de grande disseminação no Brasil.

Assim, para introduzir a discussão sobre a violência obstétrica perinatal neste estudo considerou-se importante refletir inicialmente sobre: O que é violência? Visto que de um modo geral o uso do termo associado à obstetrícia não tem sido bem aceito junto à boa parte dos profissionais que assistem ao parto e ao nascimento. Há um claro desconforto e, em alguns casos, percebe-se um sentimento de ultraje em terem o termo violência associado ao desenvolvimento de sua atividade profissional.

As questões que vêm à tona com frequência são: Como poderiam ser considerados violentos se trabalham na área da saúde e cuidam de pessoas? Como poderiam ser considerados violentos se utilizam técnicas aprendidas durante longos anos de estudos e práticas estudadas por anos com essa finalidade? Como poderiam ser violentos se salvam vidas? Como poderiam ser vistos como violência procedimentos que usam uma tecnologia científica para eliminar a dor e o sofrimento?

No contexto histórico a violência é um fenômeno que acompanha a humanidade ao longo da sua existência com as mais diversas manifestações e significações, o que dificulta

a sua conceituação. Do assassinato de Abel pelo irmão Caim aos bíblicos sacrifícios religiosos e castigos (tanto de animais como de pessoas), passando pelos gladiadores, escravidão de povos e nações e chegando ao imenso volume e modelos de violências vivenciados nos dias atuais, percebem-se as transformações pelas quais passaram as sociedades e como moldaram/moldam as práticas individuais e coletivas para considerar que esta ou aquela atitude, procedimento, comportamento, tratamento, etc. são, ou não, uma violência. Daí a dificuldade em conceituá-la simplesmente (ALMEIDA, 2010).

Na etimologia de violência verificou-se que se origina do latim “violentia, ae violência, impetuosidade”; (Dicionário Houaiss on-line; Dicionário Michaelis on-line). E o acesso mais próximo para as pessoas que pretendem conceituá-la como fenômeno é consultar os dicionários tradicionais de língua portuguesa. Assim como os compêndios, enciclopédias, manuais linguísticos, etc., estes instrumentos costumam ser empregados na investigação dos significados, sinônimos, formas ortográficas, entre outros contextos explicativos das unidades léxicas. Para esta avaliação, os significados foram selecionados em três dicionários de línguas: Dicionário Aurélio on-line, Michaelis on-line e Dicionário Houaiss on-line e compilados os verbetes explicativos, conforme demonstrados no Quadro 2.

Quadro 2 - Conceitos de violência nos dicionários de línguas

DICIONÁRIO	CONCEITO
Dicionário Aurélio on-line	Estado daquilo que é violento; Ato violento; Ato de violentar; Veemência; Irascibilidade; Abuso da força, Tirania; Opressão; Constrangimento exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a fazer um ato qualquer; Coação.
Michaelis online	Qualidade ou característica de violento; Ato de crueldade; Emprego de meios violentos; Fúria repentina; Coação que leva uma pessoa à sujeição de alguém
Dicionário Houaiss	1.Substantivo feminino: qualidade de que é violento; Ação ou efeito de empregar força física ou intimidação moral contra ato violento; exercício injusto ou discricionário, ger. Ilegal, de força ou de poder; força súbita que se faz sentir com intensidade; fúria, veemência. 2. Rubrica termo jurídico: constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, para obriga-lo a submeter-se à vontade de outrem; coação. 3. Derivação: por extensão de sentido, cerceamento da justiça e do direito; coação, opressão, tirania.

Fonte: Dicionários indicados. Elaboração própria.

Ao que consta, os conceitos encontrados nos dicionários são basicamente variações do mesmo, ou seja, entendem a violência como um conceito fechado e acabado, descrito em verbetes que não conseguem envolver toda a complexidade do seu significado. Até porque há vários significados para violência. Por sua natureza estruturalista e normatizadora os dicionários tendem a negar o caráter subjetivo, político, sócio-histórico e contextual, que dão movimento às percepções sobre o que seja “*violência*”. Tratam-na como uma expressão de único sentido, sem considerar os contextos: tempo, lugar ou momento histórico (MOREIRA, 2012).

Moreira (2012) discutiu a relação entre referência e conceito na designação de violência em dicionários de línguas sob uma análise de discurso de linha francesa, e apontou a característica “incontestável”, “sem margem de erro” ou “restrição de uso” com que são tratados os conteúdos linguísticos nesses instrumentos de consulta. E refletindo o modo estático e homogêneo que entendem as relações de sentido, a referida autora afirma:

Eles se caracterizam como lugares do saber estabilizado, completo e funcional, em que os sentidos são exauridos na conceituação temática estipulada. Este exaurir - no qual se julga constar até mesmo os sentidos margeados - é uma forma de “comportar” a palavra, quer dizer, negar-lhe a polissemia e/ou a ambiguidade, enfim, de domesticar-lhe o sentido. (MOREIRA, 2012, p.41-42).

A análise de Moreira (2012) demonstra que aparentemente o prejuízo nessa construção de sentido se faz a partir da utilização de fragmentos retirados do enquadramento e do contexto originais, para a linearização de discursos complexos e polissêmicos através de verbetes que, definitivamente, não conseguem abranger todos os sentidos nesses institutos. Produziriam, antes, uma visão estruturalista, ao apagar o contexto histórico e político da palavra, na tentativa de universalizar suas definições e garantem, muitas vezes, a sua confiabilidade ao utilizarem discursos jurídicos (legítimos) e etimológicos (gênese), considerados incontestáveis expressões da verdade (MOREIRA, 2012).

É de supor que a proposta da autora para aquele que busca entender e estudar o fenômeno da violência seja olhá-lo de modo a não usar como parâmetros somente a definição que utilizam as normas da língua, mas que se busque aprofundar a perspectiva do objeto estudado como algo bem maior que sua semântica norteadora.

Sob a ótica do **senso comum**, Anthony Ablaster (1996) expressou no Dicionário Sociológico do Século XX (OUTHWAITE, 1996) de que a violência é:

[...] qualquer agressão física contra seres humanos, cometida com a intenção de lhes causar dano, dor ou sofrimento. Agressões similares contra outros seres vivos são também consideradas, com frequência atos de violência. E é comum falar-se também de violência contra certa categoria de coisas, sobretudo a propriedade privada. (OUTHWAITE, 1996, p.803)

Da mesma forma que foi identificado nos conceitos dos dicionários de línguas, para este autor não cabe no entendimento de violência sob *senso comum*, todo o espectro de significados que o termo abrange, e destaca a utilização da expressão “*intenção*”, pois considera equivocado fazer do mesmo “*fator crucial para a definição*” (OUTHWAITE, 1996,

p.803). Critica ainda no conceito, a questão da legitimidade na prática violenta e a referência à expressão “*agressão física*”.

Em relação à “*intenção*”, Ablaster (1996) cita alguns exemplos para demonstrar a impropriedade de sua utilização: a) situações nas quais pode haver a *intenção*, inclusive para extirpar parte do corpo, mas não para causar o mal, como em cirurgias e odontologia; b) situações em que não há intenção, mas a negligência ou irresponsabilidade geram “*atos ou incidentes de violência*”, como nos casos de motoristas que causam acidentes de trânsito; c) e em caso que considera mais explícito, referente aos lançamentos de bombas com a “*intenção ou propósito*” de atingir propriedades à distância, desconsiderando o risco, praticamente certo, de matar ou ferir pessoas. Nesse contexto, afirma que não há como desconsiderar que se tratam de conscientes atos de violência.

Sobre o ponto de vista da legitimidade, ou não, da violência, afirma que há uma violência legal, justificada e autorizada, para a qual o termo não é aceito (ex. ações policiais) e uma violência não autorizada. Esta, sim, denominada de violência. Para o autor, a questão legal ou moral independe “*da natureza do próprio ato*” violento.

Finalmente sobre a expressão “*agressão física*” reflete que o atual nível das tecnologias permite que ao se apertar um botão dispararem-se mísseis à enormes distâncias, o que não infere o corpo a corpo da agressão.

Para Barasal (2014) a utilização do termo “*intenção*” na ótica do senso comum, pressupõe situação de subjetividade, que possibilita a existência de justificativas para a ação violenta.

É visto que a violência com sua heterogeneidade abrange muitos contextos, ações e consequências, com danos de diversas ordens e graus, utilizando variadas tecnologias e toda a amplitude de situações que a envolvem, como: a condição social, a cultura, o tempo/época, o gênero, os costumes, a história, a biologia, a saúde, a economia, o comportamento, a tipologia, entre outros.

No contexto da saúde, em 1996, a Assembleia Mundial da Saúde declarou a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública, e em 2002 a OMS definiu a violência como:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em, ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

Este conceito, que faz parte do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde publicado em 2002, foi um marco para o reconhecimento da violência que atinge a humanidade, pois trouxe o tema para dentro da Organização, chamando a atenção do mundo para seus números e espectro de causas, tipologia e consequências. O preâmbulo foi escrito por Nelson Mandela e pela Diretora Geral da OMS à época, Gro Harlem Brundtland e demonstra o interesse maior da Organização, ou seja, a repercussão da violência sobre a saúde. E em um trecho do texto Brundtland ressalta que “a violência é um problema complexo” e está associada aos pensamentos e comportamentos das famílias, comunidades e sociedade (OMS, 2002, p.11). Afirmando que:

[...] onde a violência persiste, a saúde é seriamente comprometida. Em muitos aspectos, o relatório também nos desafia. Força-nos a ir além das nossas noções do que é aceitável e confortável, a desafiar noções de que atos de violência são simplesmente questões de privacidade familiar, escolhas individuais ou facetas inevitáveis da vida. (OMS, 2002, p.11).

Outro destaque do Relatório foi firmar como necessária a ideia de extrair do poder judiciário, policial e de setores correcionais a exclusividade na responsabilidade de contenção ou enfrentamento às violências, para compartilhá-la com o setor saúde, que por muito tempo teve participação somente na assistência às vítimas. Esse fato se comprova pela grande contribuição que a área trouxe à análise mais abrangente da violência, definição das várias formas de apresentação desse fenômeno e de sua mensuração científica (OMS, 2002), visto que:

Ao mesmo tempo em que a tecnologia dos satélites tem tornado certos tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis ao público, há muito mais violência ocorrendo de forma invisível nos lares, locais de trabalho e, até mesmo, em instituições médicas e sociais criadas para cuidar das pessoas. (OMS, 2002, p.4)

A partir da abordagem da saúde associada à evolução tecnológica revelou-se a magnitude do impacto da violência e passou a ter visibilidade grande parte dos seus métodos e tipologia. Revelaram-se, também, as novas faces dos agressores modernos, como alertou Ablaster (OUTHWHITE, 1996):

A distância física entre os que infligem a morte, a dor, e o sofrimento e os que são as suas vítimas significa que o que o morticínio e a crueldade organizados sem grande escala requerem geralmente não são quadros sádicos e bandidos, mas, pelo contrário, pessoas treinadas em hábitos de obediência à autoridade estabelecida, que não se sentem pessoalmente responsáveis pelas próprias ações. Esse conformismo isento de culpa é uma mentalidade que pode estender-se até bem perto do topo das organizações responsáveis, como foi revelado, entre outros casos, pelo julgamento de Eichmann (OUTHWHITE, 1996; p.804).

Para Arblaster (OUTHWHITE, 1996) essa forma de violência mais moderna substituiu os antigos cruéis assassinos, por “pessoas treinadas em hábitos de obediência”, que não questionam ordens e nem sentem culpa por suas violências, refletindo o termo cunhado em 1963 pela filósofa judia Hannah Arendt, a “banalidade do mal”, em uma reflexão a partir de seu testemunho jornalístico do julgamento do oficial alemão Oto Adolf Eichmann, em Jerusalém. Inicialmente considerado um carrasco nazista, o preso acabou por revelar-se um mero funcionário público, exemplar e obstinado cumpridor de tarefas. Nesse sentido, a julgar por suas justificativas ante o propósito de seu ofício (encaminhar judeus ao trem que os levaria aos campos de concentração) e a morte de milhares de judeus durante a guerra, Eichmann deixou Arendt perplexa com sua incapacidade de reflexão sobre as consequências de seus atos. Era um ‘homem comum’ no medíocre exercício de sua função burocrática. Apenas cumpria “atos de Estado”, sem questionar a sua função no sistema. (ARENDR, 1999)

[...] e quanto à sua consciência, ele se lembrava perfeitamente de que só ficava com a consciência pesada quando não fazia aquilo que lhe ordenavam — embarcar milhões de homens, mulheres e crianças para a morte, com grande aplicação e o mais meticuloso cuidado. (ARENDR, 1963, p.8).

Eichmann considerou que a acusação de assassinato estava errada, repetindo durante o julgamento a afirmativa de que “*Com o assassinato dos judeus não tive nada a ver. Nunca matei um judeu, nem um não-judeu — nunca matei nenhum ser humano. Nunca dei uma ordem para matar fosse um judeu fosse um não-judeu; simplesmente não fiz isso*”. (ARENDR, 1999, p.7).

A julgar por esse entendimento o termo criado por Arendt (1999) pode ser usado para definir, por exemplo, as práticas profissionais nas violências obstétricas?

Transportando a reflexão de Arblaster (1996) para o atual modelo de assistência ao parto e nascimento, pode-se considerar que a medicalização e excesso de intervenções observadas atualmente são ações geradoras de violência. O cumprimento cego a protocolos médicos orientados por princípios e práticas que não têm sustentação na pesquisa científica em medicina, aliado ao desconhecimento ou pouca reflexão sobre a evolução das técnicas profissionais, pode originar atos violentos e produzir violências tanto em relação à mulher quanto aos bebês no momento do parto e do nascimento.

4.2 A Violência Obstétrica Perinatal

A violência obstétrica perinatal, tem sido muito pouco discutida, porém por ser o tema central deste trabalho, buscou-se caracterizá-la, partindo da conceituação de violência obstétrica.

Com lócus na violência institucional, a violência obstétrica é, também, uma violência de gênero e se traduz, mais especificamente, na violência praticada por profissionais de saúde durante a assistência prestada ao pré-parto, parto e no pós-parto. Atingindo diretamente a mulher e a criança. (SCHRAIBER et al., 2013)

Considerada uma violação dos direitos humanos das mulheres a violência obstétrica já registra caracterização legal em alguns países. Na América Latina, a primeira legislação a tipificar esta forma de violência foi a Venezuelana na “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” de 2007. Definindo-a como:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização⁹ dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. (VENEZUELA, 2007, p. 30).

O referido texto legal é avaliado como o mais completo dentre os que buscam definir a violência obstétrica e aponta o profissional de saúde como autor da ação violenta dentro da instituição assistencial. Ainda na América Latina, a Argentina seguiu o exemplo e publicou em março de 2009 a Lei nº 26.485 em conformidade com a Lei nº 25.929, Lei do Parto Humanizado, que já havia sido promulgada 5 anos antes, em 17 de setembro de 2004, definindo que a violência obstétrica [...] é exercida pelos profissionais de saúde no corpo e processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizador, abuso de medicalização e patologização de processos naturais [...]. (ARGENTINA, 2009).

Em outra definição apresentada pela Rede Parto do Princípio¹⁰ (organização de mulheres que luta pela atenção humanizada ao parto no Brasil) identifica-se a ampliação dos

⁹ Atribuir ou tratar como doença ou anormalidade, mesmo a dita não existindo.

¹⁰ A Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres

sujeitos, incluindo a mulher em situação de abortamento, a repercussão dessa violência sobre a família e sua tipificação:

[...] é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2017).

No Brasil, o Estado de Santa Catarina saiu à frente e publicou em de 17 de janeiro de 2017, a Lei Estadual nº 17.097¹¹, que “Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica [...]”. E define em seu Art. 2º:

Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério. (SANTA CATARINA, 2017, p. 2-4)

Composta por nove artigos, a citada Lei Estadual estabelece em seu artigo 3º, vinte e uma (21) condutas consideradas “ofensas verbais ou físicas” às mulheres gestantes, em trabalho de parto ou no período de puerpério, e considera como agentes da violência, não somente a equipe médica hospitalar, mas a própria família. Define ainda que haverá a elaboração de uma cartilha com informações sobre a violência obstétrica para distribuição às mulheres e que os órgãos públicos serão os fiscais de sua execução (SANTA CATARINA, 2017). Posteriormente outros Estados também publicaram Leis semelhantes, como Goiás (lei nº 19.790, de 24 de julho de 2017);

Mesmo estando relacionadas a todo o período gravídico puerperal, as práticas ditas violentas na assistência obstétrica e perinatal ficam mais evidentes durante o parto, tido como um momento de grande vulnerabilidade para as mulheres e suas famílias. Manifestam-se através da transformação em doença, de processos que são fisiológicos, realização de manobras e procedimento desnecessários, falta de confidencialidade ou respeito à privacidade da mulher, verbalizações grosseiras, ofensivas e desrespeitosas, medicalização, desrespeito às opções/desejos da mulher, negativa de esclarecimentos sobre procedimentos para autorização prévia, imposição de posições pouco confortáveis para beneficiar ao profissional em

nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais. (Cf. PARTO DO PRINCÍPIO, 2017).

¹¹ SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 19 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial do Estado**, n. 20.457º, Florianópolis, 19 de jan. 2017. Ano LXXIII, p. 2-4. Disponível em: <<http://doe.sea.sc.gov.br/Portal/VisualizarJornal.aspx?cd=1583>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

detrimento do conforto da mulher, entre outras (AGUIAR et al., 2013; TESSER et al., 2015; OMS, 2014; DINIZ et al, 2005).

A análise de diversos trabalhos que abordam o tema aponta para a naturalização dos processos intervencionistas no modelo de assistência ao parto vigente no Brasil e em muitos países, em que a dor faz parte do parto, assim como os sucessivos toques vaginais, o jejum prolongado, a amniotomia¹², a episiotomia¹³, a posição litotômica¹⁴, manobra de Kristeller¹⁵, a negação do direito ao acompanhante, cesariana sem critérios justificáveis, o sofrimento e as más práticas. (LEAL, et al, 2014; AGUIAR, et al, 2013; TESSER et al., 2015).

Tesser et al. (2015, p. 4-5) ressaltam, sobre a Pesquisa Nascer no Brasil:

[...] mostrou que as práticas prejudiciais/ineficazes acima mencionadas ainda são rotina no país. Entre as entrevistadas, 70% foram rotineiramente puncionadas, 40% receberam ocitocina e realizou-se amniotomia em 40%. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas a episiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). Somente 26% puderam se alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto e 18,7% contaram com acompanhante. Apenas 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção. Não são necessários comentários adicionais para enfatizar a magnitude da VO no país.

Sobre a mesma pesquisa, Leal et al. (2014), em análise dos dados sobre as práticas intervencionistas no parto, principalmente em gestantes de risco habitual, incluindo o excessivo número de cesarianas, avaliaram que são muito elevados, mas que não foram uma novidade:

De uma certa forma os resultados não são surpreendentes, dado o conhecido aumento das intervenções de rotina no trabalho de parto em todo o mundo. No entanto, tanto a prevalência de intervenções de rotina quanto a sua variação em todo o país, oferecem uma visão chocante sobre o que acontece quando práticas médicas e técnicas se generalizam a partir de indivíduos que delas necessitam, devido à patologia real ou muito iminente, para, em algumas intervenções, à quase todas as mulheres e recém-nascidos [...]. (LEAL et al., 2014, p.38)

Historicamente, algumas formas de expressão precederam a utilização do termo violência obstétrica, porém todas manifestam a inaceitável transformação do momento que deveria ser de grande alegria pela chegada de um filho, em uma vivência de experiências

¹² Ruptura mecânica das membranas que envolvem o feto no interior do útero.

¹³ Corte realizado na região do períneo, partindo da fúrcula da vagina, com a intenção de ampliar o canal do parto para facilitar a passagem do bebê

¹⁴ Posição do corpo deitado com o ventre voltado para cima e pernas fletidas no quadril com joelhos em 90 graus expondo o períneo.

¹⁵ Consiste na aplicação de pressão no fundo do útero durante o período expulsivo para adiantar a saída do bebê. Atualmente não é recomendada (MS, 2017; p.26).

ruins, produzindo tristes recordações desses nascimentos. Ao apresentarem algumas das expressões utilizadas para nomear a violência obstétrica, em seu estudo sobre a prevenção quaternária dessa forma de violência, Tesser et al (2015) citam alguns desses termos, como: “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “desrespeito e abuso”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumana/desumanizada”, “crueldade no parto” e “violações dos direitos humanos das mulheres no parto” (TESSER, et al., 2015; DINIZ et al., 2015). E no mesmo artigo apresentam a proposta de Bowser e Hill sobre as “[...] principais categorias de desrespeito e abuso nas instituições de saúde associando-as aos direitos correspondentes [...]”. Através de um quadro (quadro 3) composto por 3 colunas denominadas, respectivamente, de: a) categorias; b) direito correspondente; e c) situações exemplares, classificam os diversos tipos de violências relacionando-os a um direito que está sendo violado e uma situação exemplo que pode ser considerada.

Quadro 3 - Categorias de desrespeito e abuso, direitos correspondentes e exemplos de situações de violência obstétrica

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente "já está sentindo dor mesmo".
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, "pós-datismo" na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para "prevenir danos sexuais", etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, do tipo "quando você fez você achou bom, agora está aí chorando".
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: Tesser et al (2015, apud Bowser e Hill, 2010).

Em declaração denominada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde" a Organização Mundial de Saúde - OMS afirma que "Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso" e descreve as formas de abusos que têm sido identificadas durante o parto e o perfil das principais vítimas, citando trabalho de Bowser e Hill (2010):

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são

particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos. (OMS, 2014; p. 01)

É possível que em grande parte dos casos a sutileza da agressão e/ou a pouca percepção da mulher e do próprio profissional que a assiste, sobre o que é abuso ou o que é procedimento técnico, acabem por traduzi-la, tão simplesmente, em uma “sensação ruim” ou a um bem praticado à paciente no exercício de uma prática profissional rotineira, posto que a intenção é proporcionar-lhe cuidado, conforme descrito por Aguiar et al. (2013):

Essas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, mas sim como um exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil”. Tal contexto revela a banalização da violência institucional que travestida de boa prática, porque seria para o bem da paciente, acaba invisibilizada no cotidiano da assistência. (AGUIAR et al., 2013, p. 2287)

Por outro lado, reagir a um ato de violência ou agressão em um momento tão vulnerável, em que se está entregue a outrem, é correr o risco de sofrer ainda mais violência. (DINIZ et al. 2015; HODGES, 2009).

Mas as reflexões sobre violência obstétrica evoluíram e ganharam potência nas discussões sobre relações de gênero e poder, imprimindo nessa história a marca de luta das mulheres para denunciar as situações que vivenciavam/vivenciam. Atitudes que desafiaram e ainda desafiam os poderes instituídos para expor a condição desumana em que eram/são obrigadas a parir estão registradas em vários trabalhos. Diniz et al (2015) relatam duas situações que marcaram a ruptura com o silêncio e estão demonstradas nas memórias das manifestações contra a violência obstétrica, na época sequer conhecida por este termo: Um caso ocorrido nos Estados Unidos, na década de 1950, quando a indignação das americanas mobilizou-as a mostrar o que chamaram de “tortura” no momento do parto, através da publicação de matéria jornalística denominada “Crueldade nas Maternidades” em uma revista feminina da época; e a criação da “Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas”, na Inglaterra em 1958 (DINIZ et al, 2015).

[...] no hospital, rotineiramente as mães têm que suportar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a privação de alimentos, a não garantia da visita, a insensibilidade, os regulamentos, falta de instrução, falta de descanso, afastamento do seu bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosserias, negligências com sua saúde mental [...] nossas maternidades são muitas vezes lugares infelizes com memórias de experiências infelizes. Eles estão superlotados, insuficientes e desumanos. (BEECH E WILLINGTON, 2007, p..) (Tradução nossa).

A partir dessas primeiras manifestações de resistência, a violência obstétrica tornou-se pauta constante do movimento feminista e fortaleceu-se, a partir das décadas de 1960 -1980, com as críticas mais ferrenhas, pesquisas e publicação de livros. Alcançando o Brasil, segundo resgate das memórias do tema realizado por Diniz et al. (2015), através do trabalho “Espelho de Vênus” do Grupo Ceres, na década de 1980, que publicou depoimentos afirmando que a violência marca a trajetória da mulher, e que o parto institucionalizado era uma “vivência violenta” (DINIZ et al., 2015).

No andamento da evolução histórica vários grupos se formaram e vêm conquistando os espaços e a implementação de políticas públicas na perspectiva de que seja garantida a integralidade do cuidado à saúde da mulher e, como consequência, a mudança do modelo de assistência ao parto e nascimento com a definitiva incorporação das boas práticas de assistência obstétrica e neonatal nos serviços de saúde. Trajetória que contabiliza, entre outros, a implantação do PAISM em 1983, dos Pactos Nacionais e chegando aos dias de hoje com a Rede Cegonha (DINIZ, 2015; OMS, 2000).

Somente em 2014 a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a violência obstétrica como questão de saúde pública e declarou que:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. (OMS, 2014, p.1-2).

Apesar de não utilizar o termo “violência obstétrica” e surgir com certo atraso, considerando todos os anos de discussão já acumulados pelos fóruns feministas, instituições de direitos humanos, entre outros, o documento da OMS junta ao debate a força de um órgão internacional com penetração mundial nas políticas de saúde e apresenta orientações importantes às/aos nações/governos para o enfrentamento a esse tipo de tratamento dispensado as mulheres e bebês:

a) Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; b) Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; c) Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; d) Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; e) Envolver todos os

interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS – 2014; p.1-2).

O texto da OMS enfatiza ainda a contradição identificada na assistência ao parto e nascimento em nível mundial, avaliando que as melhorias nas políticas públicas em educação, saúde, entre outros, favoreceram a elevação do índice de atendimentos de partos em instituições da saúde, porém, um número crescente de pesquisas alertando sobre a forma abusiva e desrespeitosa de tratamento que vem sendo dispensado às mulheres nas maternidades têm preenchido de desconfiança a relação entre o profissional de saúde e as usuárias dos serviços (OMS, 2014):

Fica pouco evidente ou não ganha a devida dimensão nas definições e na maior parte dos documentos estudados, a repercussão sobre o bebê relacionada às violências sofridas pela gestante durante o pré-parto, parto e puerpério, e ao próprio bebê no parto e nascimento, ainda que conste no documento da OMS:

Embora o desrespeito e os maus-tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. **Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança** (grifo nosso) (OMS, 2014, p.1).

Na Constituição Federal do Brasil, o Artigo 227 dispõe que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los **a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão**. (BRASIL, 1988, p. 132) (Grifo nosso).

Mais um importante documento garante a proteção legal à criança no nascimento, o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (Lei Federal nº 8.069/1990), alterado em 2016, através da Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. O ECA afiança em seu artigo 7º do Direito à Vida e à Saúde, Capítulo I dos Direitos Fundamentais, que “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. (ECA, 1990, p.11).

Em 2014 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 371/2014 que “Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), observando tratados internacionais em relação às boas práticas de parto e nascimento e as diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade

Brasileira de Pediatria - SBP. Entre as orientações, está a obrigatória presença de pelo menos um profissional capacitado em reanimação neonatal no momento do nascimento e, observadas as exceções a casos específicos, define que nos cuidados com o recém-nascido a termo deve-se considerar: a) assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo com a mãe, e com controle da temperatura ambiente (26°C); b) clampeamento tardio do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações; c) estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida; d) postergar os cuidados de rotina na primeira hora.

Ainda em 2014 o Ministério da Saúde publicou a nova portaria da Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC (Portaria GM/MS nº 1153 de 22 de maio de 2014), que entre outros, incluiu a obrigatoriedade de cumprimento dos critérios amigos da mulher e aumentou os incrementos sobre o custeio dos partos e do atendimento do RN em sala de parto, na proposta de qualificar a assistência ao parto e os cuidados com a mulher nessas maternidades.

Em 2015 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança – PNAISC, através da publicação da Portaria GM/MS nº 1.130 de 05 de agosto de 2015. Contendo 7 eixos estratégicos e cujo primeiro orienta que:

I - Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

Parece, porém, que essas prerrogativas ainda têm sido insuficientes para garantir a todos os recém-nascidos uma chegada harmoniosa e a proteção contra as intervenções, medicalizações e agressões registradas no atendimento às suas mães e à eles próprios, ou seja, se a indicação precipitada e sem critério da cesariana pode aumentar a mortalidade, morbidade severa, entre outros; para a criança o risco é da “prematuridade iatrogênica”¹⁶ e suas consequências (TESSER et al, 2015; RESENDE et al., 2015).

Em trabalho realizado na Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra/Portugal, que investigou 3.213 bebês nascidos no período de 11 anos (2003 a 2013), foi observado que metade dos nascimentos ocorreu através de uma cirurgia cesariana eletiva antes de 39 semanas de gestação e ficou demonstrado que esse fato triplicou o risco de internamentos dos bebês em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UTI Neonatal), de morbidade

¹⁶ Nascimento eletivo ou por indicação indevida de cesariana originando bebê com sinais e sintomas de prematuridade. É uma prematuridade totalmente evitável.

respiratória, hipoglicemia e internamentos por mais de cinco dias de duração. Aumentaram, ainda, em 160% os diagnósticos de dificuldades para alimentação, perda de peso e necessidade de fototerapia (RESENDE et al., 2015).

Em outro estudo Tesser et al. (2015) corroboram o identificado por Resende (2015) em Portugal, demonstrando as situações em que a cesariana se torna uma violência obstétrica, atingindo indiscriminadamente a mulher e a criança. Segundo os autores há uma associação entre o aumento de recém-nascidos prematuros e de baixo peso com a elevação das taxas de cesariana no Brasil, gerando aumento das internações em UTI Neonatal, prematuridade, necessidade de ventilação mecânica e mortalidade neonatal. Referem ainda que “O trabalho de parto e o parto são potentes processos neuroendócrinos que interferem na expressão do genoma humano” e há diferenças entre os bebês que passaram e os que não passaram pelo parto normal. (TESSER et al 2015, p. 5 apud Cho, 2013).

Em que pese ser a cesariana um procedimento que salva a vida de muitas mulheres e bebês quando bem indicada, ao nascerem de cesarianas programadas ou agendadas sem passar pelo trabalho de parto e parto, os recém-nascidos deixam de liberar catecolaminas¹⁷ que estimulam a reabsorção dos líquidos pulmonares, diminuem a sua secreção e aumentam a liberação do surfactante¹⁸. Situação que promove desconforto respiratório ao nascer, aumento da necessidade de internamento em UTI Neonatal, afastamento da mãe e conseqüente retardo na introdução do aleitamento materno (RESENDE et al., 2015).

Não é raro que a cesariana resulte de intervenções e medicalizações aplicadas durante um trabalho de parto que evoluiria normalmente para um desfecho natural/vaginal e que finaliza necessitando ser revertido em conseqüência de complicações decorrentes das más práticas institucionalizadas (PORTO, et al., 2010). Isto ocorre, pois, os partos ditos normais são os que mais vezes sofrem abusos, ou melhor, nesses casos amplia-se o repertório dessas práticas e, por conseqüência, os riscos para os bebês e suas mães, como argumentou Mandarino et al. (2009):

A “medicalização” do parto, ou seja, a mudança de assistência baseada na plausível segurança dos procedimentos médicos intervencionistas, transformou o parto normal em um parto passível de intervenções, ou seja, de risco. Assim, o parto normal, na atualidade, passou a significar parto vaginal dirigido ou orientado, em ambiente

¹⁷ Compostos químicos derivados do aminoácido tirosina, circulam algumas no sangue ligadas a proteínas plasmáticas. As **catecolaminas** mais abundantes são a adrenalina, noradrenalina e dopamina.

¹⁸ Substância constituída, de modo geral, por lipídeos e proteínas, que atua reduzindo a tensão superficial na interface ar líquido do interior do alvéolo pulmonar. Esta característica única permite evitar o colapamento alveolar no final da expiração.

hospitalar. A tecnologia médica se apresenta, nesse sentido, como uma resposta necessária para o controle desse risco, justificando a legitimização social do parto cesáreo como um procedimento seguro, indolor, moderno e ideal para qualquer grávida, adaptando-o para que se insira na orientação geral da medicina ocidental de beneficência (“poupar a mulher da dor”) (MANDARINO et al., 2009, p.1588).

A medicalização do parto encontra-se associada ao aumento da incidência de cesarianas. Da mesma forma, uma adequada assistência ao parto acarretará na maior parte dos casos resolução da gestação por via vaginal (PORTO, et al., 2010, p.527).

Em entrevista ao portal Oficina de Imagens a Dra. Sônia Lansky¹⁹, uma das responsáveis pela pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, tratou sobre o que deve ser assegurado no momento do parto na perspectiva de uma assistência obstétrica e neonatal humanizada:

Deve ser assegurado o respeito à mulher, à criança, à família e à fisiologia do processo. O parto é um processo natural, na maior parte das vezes. Ele precisa apenas de acompanhamento e apoio para que transcorra da melhor forma, para que a fisiologia aconteça naturalmente, para que os hormônios e o corpo da mulher possam atuar em sua plena capacidade de dar à luz **e para que o bebê também possa atuar – porque o bebê também é ativo no parto: ele vira, roda, muda a cabeça.** (informação verbal)²⁰ (grifo nosso).

Essa é a perspectiva atual da crítica à medicalização autoritária à mulher e ao recém-nascido. Ajustar-se às normas da humanização requer uma nova atitude dos responsáveis pelo processo. O que antes era realizado pelas chamadas “provedoras de cuidado e entendidas na arte de curar”, as parteiras, popularmente chamadas de sábias, mas vistas pelos médicos, pela igreja e pelos poderosos do século XIV a XIX como bruxas, com o início do processo de industrialização, passaram a ser de cunho profissional (GAÍVA; TAVARES, 2002,). Com isso:

[...] a tecnologização e a medicalização na atenção obstétrica tornaram-se uma constante. Tanto a população como os profissionais de saúde tendem a considerar que a atenção adequada ao nascimento passa pela assistência mais complexa e onerosa. O hospital traduz uma forma organizacional de expressão da medicina muito especializada e tecnologicamente avançada, mesmo que esta organização faça a conversão dos casos sociais em casos clínicos, através da medicalização dos problemas sociais (GAÍVA; TAVARES, 2002, p. 133 apud CARAPINHEIRO, 1993).

¹⁹ Doutora em Saúde Pública, coordenadora da Comissão Perinatal e dos Comitês de Prevenção de Óbito Materno e Infantil da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Consultora do Ministério da Saúde para o programa Rede Cegonha.

²⁰ LANSKY, Sônia. Por um nascimento mais humano. **Revista Rolimã: Oficina de Imagens**, Belo Horizonte, março/2004. Entrevista concedida a Filipe Motta. Disponível em: <<http://oficinadeimagens.org.br/por-um-nascimento-mais-humano-parte-2/>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

Apresentando poder decisório, a ciência médica impõe e controla o processo perinatal determinando hora, local e comportamentos sobre o parto e o contato mãe-filho. Pelo modelo biomédico do mundo ocidental, os profissionais da área da saúde, em específico, a medicina, o nascimento deve ser controlado por meios tecnológicos e cirúrgicos, e, com isso, muitas vezes podem deixar de considerar os saberes, valores, crenças e as experiências das mulheres. O determinante, nesse percurso, é submeter o processo natural do nascimento em um evento cujo acúmulo de saberes é o meio científico e as leis médicas (idem, 135).

Gaíva & Tavares (2002) em trabalho denominado “O Nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? ”, evidenciam o referenciado por Basbaum (1984) para quem nascer no hospital seria antinatural e comprometeria ao menos duas leis da natureza: a que considera importante a lenta adaptação às novas condições de vida e a espontaneidade com que esta adaptação deve ocorrer (GAÍVA; TAVARES, 2002, p.137).

[...] ao nascer, o bebê está, há muito, estruturado sensitiva, afetiva e organicamente. Devemos respeitá-lo, como pessoa que é, não lhe impondo, súbita e agressivamente o seu novo mundo. O nascimento é, já por si, um acontecimento traumatizante. Por que não suavizar o trauma e, antes, aumentá-lo inutilmente? (BASBAUM, 1984, p. 38 apud GAIVA & TAVARES, 2002, p. 138).

Nos estudos de Gaiva & Tavares (2002) as autoras aludem o que diz Basbaum (1984), com relação aos traumas do nascimento serem discutidos na área da psicologia. Sobre as fobias da infância que Freud considera se originarem no momento do nascimento, quando os bebês sentem extrema angústia ao serem separados de sua mãe. Há maternidades em que essa atitude é automática, com os bebês sendo levados ou para o berçário ou para a sala de cuidados, logo após o parto, não havendo permissão para que as mães sequer os toque; ou então este vem já todo embrulhado ao colo da mãe, numa versão de que se trata de proteção do frio da sala de parto. Como se observa este é um ponto que reforça a necessidade da humanização do nascimento. O contato pele a pele entre mãe e filho, o reconhecimento dos movimentos respiratórios e cardíacos da mãe, rememoram os reflexos do que o bebê viveu durante nove meses no contato com o útero materno. O espaço exterior é desconhecido.

A mãe não necessita apenas ver e ouvir o seu filho logo após o parto, mas também do contato físico, o que muitas vezes lhe é negado. Levam o bebê, com a alegação de que deve ser pesado, medido, verificado o seu Apgar, aquecê-lo e colocá-lo na incubadora. As mães sentem necessidade de tocar, acariciar e “lamber” seu filho neste primeiro contato físico. O primeiro momento após o parto é considerado, por alguns autores como um dos momentos mais importantes da vida do bebê e talvez da mãe. (BASBAUM, 1984, p. 38 apud GAIVA & TAVARES, 2001, p. 138)

Ziegel e Cranley (1985) já diziam que os contatos, nos primeiros minutos e horas de vida mãe-filho e pai-filho, são importantes para o posterior desenvolvimento afetivo da família. A colocação do bebê sobre o ventre materno é como trazê-lo novamente ao seu lar, respeitando com isso os seus direitos. O bebê necessita do toque e da carícia. (BASBAUM, 1984, p. 38 apud GAIVA & TAVARES, 2001, p. 138)

A ausência do aconchego, do carinho e do embalo, no momento inicial de sua vida, poderá deixar marcas em seu desenvolvimento afetivo (BASBAUM, 1984, p. 38 apud GAIVA & TAVARES, 2001, p. 138-39)

Outra prática que atinge o recém-nascido é o entendimento equivocado, mas que ainda hoje é compartilhado entre algumas pessoas, inclusive profissionais de saúde, de que o recém-nascido não sente dor ou não sente como um adulto (CHAMBERLAIN, 1999). O menosprezo ou desconhecimento dessa capacidade do bebê se junta ao desconhecimento das manifestações dessa dor, assim como do emprego de métodos de alívio proporcionais.

Em trabalho realizado na cidade de Belém/Pa em 2003, Chermont (2002) entrevistou médicos pediatras sobre o que conheciam a respeito da avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos. A pesquisa demonstrou que embora entendendo que sentiam dor, os profissionais conheciam muito pouco sobre como diagnosticar/avaliar e tratar as crianças nessa faixa de idade (CHERMONT, 2002).

A resposta do bebê ao estímulo doloroso é identificada através de alterações orgânicas, fisiológicas e comportamentais, e a decodificação dessas manifestações foi desenvolvida por especialistas que produziram escalas para auxiliar o profissional a reconhecer os sinais e decidir sobre a estratégia terapêutica. Grande avanço na humanização da assistência neonatal. Contudo ainda se registram problemas para a sua incorporação pelas equipes profissionais. (GUINSBURG, 1997; CHERMONT, 2002; CHERMONT et. al., 2003; GUINSBURG; CUENCA, 2010).

5 A FORMAÇÃO MÉDICO-PROFISSIONAL

5.1 Primórdios, saberes e práticas médicas: paternalismo, beneficência e autonomia

Como uma das áreas do conhecimento a medicina se estabeleceu num processo de manutenção da saúde e prevenção e cura das doenças humanas e animais. No mundo contemporâneo ela se apresenta com uma sólida base cognitiva formada num corpo específico da ciência e ao ascender no plano da prática do alívio da dor e do sofrimento físico e moral propiciou ao profissional dessa área a conquista do poder com monopólio desse saber, afastando os que usavam a base empírica e os sistemas medicinais populares que foram convertidos em práticas ilegais. Para Machado (1997):

[...] A profissão médica é singular. Nenhuma outra profissão do mundo ocidental adquiriu tanto poder em definir realidades como a medicina o fez ao longo de sua história. Aos médicos é dado o poder de definir, por exemplo, o que é saúde e doença, o que é sanidade ou insanidade mental; enfim, a eles é conferida a prerrogativa de elaborar e executar critérios de saúde e doença, transformando-se em paradigmas médicos-sociais [...] Dotada de princípios ético-morais, a atividade médica estabelece singular relação com o consumidor (paciente) de seus serviços, que requer confiança, sigilo e credibilidade (MACHADO, 1997, p.15).

O formato da medicina enquanto ciência ao longo do tempo, tem, como todas as descobertas e invenções um percurso determinante entre a natureza e a cultura. Somente através da arqueologia do saber é possível demonstrar de onde saíram alguns conceitos que hoje, ao carregarem as marcas do tempo necessitam de um olhar mais circunstanciado para que aflorem sem o peso da intolerância. A exemplo, as relações de poder entre o profissional médico e seus pacientes. Configurada como um recurso do saber científico, essa relação se construiu no domínio do primeiro sobre a vida dos enfermos, submetidos aos diagnósticos do estado de saúde que apresentam, por se considerarem com menos conhecimento de sua própria doença. Essa assimetria na relação entre médico e paciente definiu-se através de um formato diferencial com a medicina ocidental moderna, embora trazendo da ancestralidade alguns reforços conceituais (MACHADO, 1997; DINIZ, 2006).

Com a doença e a cura sendo tratadas na medicina grega pelo poder divino, a magia e o sobrenatural, o saber científico de valorização da *physis* (natureza) e da beneficência trouxe para o ocidente as contribuições de Hipócrates (460 a.C. em Cós; † 370 a.C. em Tessália) considerado o "pai da medicina" (embora haja outras figuras que repercutiram a ciência médica antes dele) e cujos familiares cuidavam da saúde de várias

gerações. Com suas ideias houve uma ruptura com o pensamento mágico sobre as doenças. Em sua percepção, o corpo humano estabelecia conexão com a *physis*, a natureza, criando uma harmonia entre si, mas alterada pela doença, que podia ser investigada. Em oposição à ordem da *physis*, estaria a morte, uma forma destruidora, e a cura, a forma positiva. (DINIZ, 2006)

A ética hipocrática baseava-se na **beneficência vertical ou impositiva**, gerando o que ficou conhecido como **paternalismo médico**. Concebia a responsabilidade do médico no tratamento do paciente pelo domínio de sua habilidade científica na garantia do bem estar deste (BEIER, 2010). Dizem Beier & Ianoti (2010, p. 5383):

Ao estudar alguns dos escritos Hipocráticos, obtiveram-se referências relativas ao respeito do enfermo pelo médico que incluía o diálogo e a sua educação como elementos necessários a tal relação e a equilibrar beneficência e autonomia. Tais evidências se enraízam na noção pré-socrática de natureza (*phýsis*) enquanto representação da divindade na regulação de todos os movimentos universais. O Juramento [hipocrático] preconiza a abstenção de toda a injustiça e a administração do regime de vida conforme o juízo do médico. É possível concluir que a assistência médica ao enfermo foi concebida no contexto da incapacidade do autoconhecimento do doente e da impossibilidade do mesmo se esclarecer sem auxílio do médico e que este aperfeiçoava a natureza (*phýsis*) em seus movimentos ignorantes e azarosos, saneando-os através de uma razão suficiente (*logismós*). O paternalismo da natureza (*phýsis*) era moderado e refletiu-se na arte médica hipocrática.²¹

Num sistema patriarcal - forma de organização social em que predomina a autoridade paterna - a cultura dominante em todos os âmbitos era o princípio da subordinação ao pai, com suas regras e determinações. Assim, o termo paternalismo, referindo-se às decisões do bem-estar dos filhos pelo pai, ao qualificar a prática médica, intencionava determinar a imposição dos procedimentos médicos sobre os pacientes, devido estes não possuírem o conhecimento específico e o domínio técnico que tinham os médicos e, dessa forma, “tornando o princípio da beneficência absoluto.” (BEIER & IANOTI, 2010).

Alguns estudiosos apontam que há cerca de seis mil anos atrás (4000 a.C.), o conceito de **paternalismo** criou raízes, iniciando a propagação do patriarcado²². Para Stearns (2007): “Por volta do quarto milênio a.C., também, a maior parte das sociedades agrícolas tinha desenvolvido novas formas de desigualdades entre homens e mulheres, num sistema geralmente chamado de patriarcal – com o domínio de maridos e pais”²³ (STEARNS, 2007).

Explicativo da amplitude do processo patriarcal com a inserção nos demais ambientes sociais, no caso, nas práticas médicas, dizem Beier & Ianoti (2010, p. 3584):

²¹ Cf. Mônica; Giovano, (2010)

²² Cf. Bandinter (1986).

²³ Cf. Stearns, Peter N. (2007).

As formas de paternalismo médico podem ser caracterizadas de acordo com a capacidade de as pessoas fazerem suas escolhas.⁶ Ao paternalismo exercido sobre pessoas com restrição da capacidade, incapazes ou incompetentes, nomeia-se paternalismo fraco e, ao exercido sobre indivíduos plenamente capazes, paternalismo forte. O paternalismo forte somente seria justificável se o paciente estivesse exposto a um dano significativo que poderia ser evitado, mas sempre com a menor restrição da sua autonomia.

Beier (2010) aponta estudiosos da Antiguidade que evidenciam o princípio da **beneficência vertical ou impositiva** na base da ética hipocrática, visto que somente o médico detinha os conhecimentos científicos para agir em benefício do paciente²⁴. Para estes, o **juramento hipocrático** tende a favorecer a versão legitimada de que o princípio da **beneficência** de Hipócrates está fortemente inscrito na medicina e entre os médicos conforme pode ser avaliado num dos pontos fundantes desse juramento: “Aplicarei os regimes para o bem dos doentes, segundo o meu saber e a minha razão, nunca para prejudicar ou fazer mal a quem quer que seja”²⁵.

Para Beier (2010) o princípio da **beneficência impositiva** esclarece a posição tomada pelos médicos deixando sem **autonomia** o paciente, agindo com a perspectiva de que sua atitude representa “o melhor benefício possível ao paciente” e dessa forma este “não deveria questionar nem objetar o tratamento proposto pelo médico, apenas submeter-se [...]”

Essas práticas que aportam numa ética em que o **paternalismo** e o princípio da **beneficência** se traduzem em modos impositivos do tratamento a um paciente cuja saúde se apresenta em desequilíbrio, e desconhece os parâmetros da cura, porque supõe que o médico, é o único a ter esse conhecimento, passaram a ser questionadas quando as relações sociais se complexificaram com o avanço da civilização moderna e o desenvolvimento do sistema democrático. Favorecendo com isso um olhar significativo para a **autonomia** da decisão sobre a relação do médico com o paciente, “deslocando-se a verticalidade impositiva e imperial do médico para a horizontalidade democrática na tomada de decisões sobre a saúde de cada indivíduo” (Cf. Drumond, 2012, p. 78 e 89). Nesse sentido, o trabalho elucida que:

A **beneficência** é entendida como o princípio **bioético** da promoção do bem e distingue-se da tradicional beneficência hipocrática por quatro fatores limitantes de sua ação: a necessidade de definir o que é “bem” para o paciente; a não aceitação do “paternalismo” incrustado na beneficência médica tradicional; a autonomia do paciente em decidir o que é melhor para si mesmo e, finalmente, a utilização dos critérios de justiça, que, na área da saúde, é traduzida por equidade ou garantia de prioridade de acesso daqueles mais excluídos socialmente aos serviços de saúde.

²⁴ Cf. BEIER, M. (2010).

²⁵ Cf. DRUMOND, José Geraldo de Freitas. Bioética clínica e direito médico. Revista – Bioethikos. Centro Universitário São Camilo – 2012.

A **autonomia** é a prerrogativa do paciente em consentir, ou seja, de decidir junto com o médico sobre quaisquer práticas de intervenção na sua realidade de saúde. Toda intervenção médica para ser realizada necessita - exceção feita às urgências - do consentimento prévio do paciente ou de seu representante legal. (Drumond, 2012, p. 78 e 89).

O arcabouço paradigmático traçado pela ética hipocrática que deu base à medicina tradicional ocidental de mais de dois mil e quinhentos anos, tem sofrido mudanças que nascem das forças externas questionadoras do processo histórico da relação médico-paciente, em que este último tem demandado o direito à sua **autonomia** nas decisões que sempre foram transferidas ao médico como único detentor do saber. A insatisfação gerada na assistência à saúde da pessoa tem criado impacto aos princípios bioéticos em que a beneficência paternalista, que ainda hoje se observa, deixaria de ensejar a **autonomia** do paciente sobre seu próprio corpo gerando injustiça e a maleficência (ALMEIDA, 1999). Como afirma o autor:

O paternalismo médico somente será questionado quando se inicia um processo mais geral de valorização e afirmação dos direitos individuais a partir do início deste século. Neste processo, a ética médica tradicional enfrentará os primeiros questionamentos no âmbito jurídico-legal. Apesar dos processos legais reconhecerem o direito historicamente constituído à autodeterminação do indivíduo, veremos que o debate jurídico não teve grande impacto no ethos médico tradicional (ALMEIDA, 1999, p. 18).

5.2 Paradigmas contemporâneos da profissão médica: parto, nascimento, perinatalidade e as relações de gênero.

O início do processo de profissionalização da medicina configurou-se através de fatos importantes como a abertura das faculdades de medicina nas universidades medievais (século XII), a promulgação das primeiras leis de regulamentação do exercício da prática médica pelos candidatos, estatutos responsáveis pela legitimação social dessa prática, haja vista tratar-se de um saber específico de “iniciados”, garantindo-lhes a proteção legal do Estado (ALMEIDA, 1999).

Com a legitimação social da medicina aliada à incorporação da racionalidade científica e a mudança do paradigma da medicina em fins do século XIX - quando as investigações médicas começaram a identificar as doenças, seus sinais e sintomas, com as lesões anatômicas, instituindo a medicina anatomopatológica (Foucault, 1994) - o sistema médico consolidou-se. O ponto de vista segundo o qual o leigo é incapaz de avaliar seu próprio problema e de resolvê-lo ganhou força, portanto. (ALMEIDA, 1999, p. 28)

Mesmo com as mudanças sociais no campo médico, as transformações históricas e as decisões internacionais em relação à ordem jurídica e social sobre os direitos²⁶, há uma nova ética médica que aderirá ao sentido da **bioética**²⁷ favorecendo o deslocamento do princípio da **beneficência** ao incorporar novos princípios dos direitos humanos. Determina-se então o respeito aos pacientes e suas doenças convertendo-os em pessoas com **autonomia** para discernir suas necessidades no âmbito da saúde e o seu “bem estar”, embora a tomada de decisão permanecesse com o médico. Pelo princípio da beneficência as relações compartilhadas, de certa forma, ainda se sustentam pela tradição hipocrática. Diz Almeida (1999, p. 29):

O questionamento da relação paternalista do médico com o paciente e a emergência dos princípios de respeito à autonomia e de consentimento livre e esclarecido somente surgiu a partir de 1914, quando tribunais norte-americanos começaram a interpretar os casos de intervenção no corpo do paciente sem seu consentimento como uma violação do direito do indivíduo à autodeterminação.

Entre os princípios bioéticos, a partir da década de 1960-1970, há três fundamentais: o princípio da **autonomia**, o princípio da **beneficência** e o princípio da **justiça** (ou da equidade). Nesse caso, embora se reconheça que sejam apresentados os termos reproduzidos da ética hipocrática (beneficência e autonomia) estes receberam um novo aparato conceitual desde os avanços da discussão dos instrumentos jurídicos e internacionais contrários aos impedimentos das informações e o acesso à decisão do paciente. Incluiu-se, também, a justiça ou equidade que repercute o respeito à igualdade de direito de cada pessoa traduzindo-se em uma espécie de código da ética profissional para os envolvidos na pesquisa

²⁶ Cf. Drumond (2012, p. 78e 89): “No plano internacional, notadamente depois da Segunda Grande Guerra, constituem fontes fundamentais do Direito Médico, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948); a Declaração para a Promoção dos Direitos do Paciente na Europa, originada da Organização Mundial de Saúde (1994); o Convênio do Conselho da Europa para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano, com respeito às aplicações da Biologia e da Medicina (1999); o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos das Nações Unidas (1966); a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, promulgada pela Unesco (1997) e a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000). Três organismos internacionais têm se sobressaído como uma fonte permanente do Direito Médico internacional: a Organização Mundial de Saúde, a Organização Pan-americana de Saúde e a Associação Médica Mundial.” Sobre esse assunto Cf, também ALMEIDA, 1999.

²⁷ “Eu proponho o termo Bioética como forma de enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos.” (POTTER, 1971).

e na ciência que não podem impor seu saber sem o reconhecimento dos direitos do outro (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002²⁸).

Nos meandros deste estudo, situar os pontos focais determinantes do tratamento de casos específicos pela prática médica, em que a natureza, ou seja, a *physis*, necessita se manter equilibrada no binômio médico-paciente, explorar o processo de **autonomia** para tratar do **parto** e suas transversalidades (fenômenos mecânicos, fisiológicos e culturais) que culminam na expulsão do bebê e seus anexos do corpo da mulher/mãe, torna-se um tema instigante. É um evento que evidencia discussões ancestrais e, na atualidade, envolve a **medicalização** que domina o corpo da mulher grávida, os tipos de **parto** e os processos que têm sido construídos secularmente nas práticas médicas impositivas para esse momento, questionando a natureza das relações reprodutivas e sexuais de gênero e o direito ao tratamento humanizado.

Eventos ao mesmo tempo biológicos, culturais e individuais, o parto e o nascimento são processos diferenciados, conforme o contexto em que vivem as mulheres. À exceção dos partos de alto risco, estes tendem a ser vivenciados como um rito de passagem, registrando mudanças corporais, familiares e sociais. Diz Tornquist (2004):

Para a biomedicina (101) no entanto, o parto se restringe à dimensão biológica e, dentro desta, à visão anatomopatológica que se impôs ao longo dos últimos séculos, particularmente no Ocidente, tornando-se, hoje, sinônimo de modernidade. Não podemos, porém, classificar facilmente parto e nascimento como doenças; antes, são fenômenos ligados à vida, ao corpo e à saúde que, em algumas situações, desdobram-se em adoecimento. O movimento pela humanização, ao postular que parto não é doença, mas um fenômeno da vida humana vai ao encontro da perspectiva de antropologia da saúde (102) que amplia o campo da antropologia médica ou de doença, ao pensar em termos de processo saúde-doença, que estão interligados. (TORNQUIST, 2004, p. 66).

Desde tempos pretéritos a educação feminina convive com uma cultura patriarcal que define sua vivência num processo em que as relações de gênero se mantêm hierarquizadas. Do refrão bíblico que impõe às mulheres a submissão ao marido e a dor do parto ao considerar que: “Disse também à mulher: Eu multiplicarei os trabalhos e os teus partos. Tu em dor parirás teus filhos, e estarás sob o poder de teu marido, e ele te dominará” (Gênesis, 3:16); ao questionamento da sexualidade feminina expressa em ato discriminatório na hora do parto, renova-se a máxima bíblica com epítetos do tipo – “Na hora de fazer não chorou, está chorando agora por quê?”, “na hora de fazer não chamou a mamãe, agora chama,

²⁸ Apud NUNES & TRINDADE. Princípios De Ética Biomédica: A Abordagem Principlista de Beauchamp E Childress e a Resolução De Conflitos Morais. COGNITIO-ESTUDOS: Revista Eletrônica de Filosofia, ISSN 1809-8428, São Paulo: CEP/PUC-SP, vol. 10, nº. 1, janeiro-junho, 2013, p. 055-066.

né?”, “...ah, não chora não, ano que vem você está aqui de novo”, “se você ficar gritando o seu neném pode nascer surdo” - esse processo discursivo opressor tende a ser fato corriqueiro na vida das mulheres no ato de parir (ALVARENGA & KALIL, 2016; AGUIAR et al, 2013).

Dessa forma, o parto e o nascimento chamaram a atenção dos movimentos de mulheres e feministas sobre as estruturas de desigualdade, injustiça social e ausência de autonomia sobre as práticas médicas a que são submetidas as mulheres nessa hora em que poderiam ser tratadas de acordo com as formas humanizadas a que têm direito enquanto humanas. Esses dois temas têm sido assuntos extensivamente apresentados nas agendas de discussões dos movimentos sociais nas últimas décadas no Brasil ao lado de outros como aborto, amamentação, esterilização, câncer cervical, cesárea, mortalidade materna e anticoncepção (TORNQUIST, 2004, p.85). Presentemente se inscreve a discussão sobre a situação da **violência obstétrica** que medicaliza e submete as mulheres às tecnologias inseridas na prática médica, convertendo-as em meios de pressionar o momento do parto e nascimento.

A dimensão paradigmática da bioética tende a reverter o paternalismo hipocrático impositivo sobre o direito dos pacientes de decidirem sobre o seu tratamento, incluindo questionamentos sobre o ato de parir das mulheres. Essa imposição decisória nem sempre beneficia aos pacientes, podendo produzir graves consequências. O compromisso assumido enquanto profissional, fundamentando-se no respeito à vida e à pessoa, deveria ser o dever fundamental do médico, mas sempre circunstanciado pela autonomia de os pacientes decidirem sobre sua própria condição.

Historicamente, como já referido, a tradição da medicina pré-hipocrática se baseava no elemento sobrenatural e no saber empírico para decidir sobre o adoecimento das pessoas. Nesse momento, sendo o parto considerado um fenômeno natural (*physis*) e fisiológico, primeiramente as mulheres se isolavam para **parir**. Pelos desdobramentos na hora do parto, elas passaram a ter a assistência de outras mulheres que as auxiliavam na busca de garantir a eficiência na hora da parturição. Nesse processo ocorria o acúmulo de conhecimentos entre elas, que agregavam o que aprendiam no partejar. Aquelas que acumulavam mais domínio e experiência prática eram consideradas pela comunidade como mulheres **parteiras**, pois possuíam maior destreza para orientar a grávida na hora do parto e atendiam aqueles que ocorriam nos domicílios. Seus conhecimentos eram “tradicionalmente passados de geração para geração”. Os historiadores descrevem o modo como este fenômeno

se processava, em casa, e registram as diversas mezinhas²⁹ que eram aplicadas para auxiliar na hora do nascimento³⁰ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Com a medicina científica hipocrática, as **parteiras** foram sendo substituídas pelos homens da ciência, sem que estas, contudo, deixassem de enfrentar as novas medidas, inclusive usando disfarce masculino para exercer a profissão³¹ (MACHADO, 1997; SABATINO, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Na medicina contemporânea, com a regulamentação profissional do médico, embora haja uma lista de regras adotadas para a inclusão das **parteiras** na área da obstetrícia, o parto se deslocou para a esfera dos hospitais e tem se constituído em uma questão política. Diz Bárbara Silva (2017, p. 25):

Parir é verbo cuja origem etimológica remonta a palavra em latim *parere*, que significa “dar à luz”, e que por sua vez se associa com a raiz indo europeia *pere*, que significa “produzir”. Parir é, portanto, ação daquelas que só a mulher pode realizar, é sujo que produz gente, que produz discurso e resistência quando traz essa pessoa ao mundo. Parir é político, quem faz age, e enquanto agir político, por ser um corpo autônomo que ainda precisa se impor, e lutar para que realize, resista e seja aquilo que crê ser melhor para si, apesar e considerando os poderes que atuam sobre si.

O olhar devido a essa re-visão do conceito de político tende a promover o processo de discussão sobre o ato de parir que se desloca do espaço privado onde se concentrava em conversas particulares e ditas “de mulher” para adentrar no espaço público, em debates sistemáticos sobre o percurso que desenvolveu nestes quase dois mil e quinhentos anos da medicina ocidental que já há algum tempo passou a medicalizá-lo (SILVA, 2017).

Esse processo de medicalização provocou denúncia pública dos movimentos de mulheres e feministas com críticas ao modo como as gestantes em trabalho de parto estavam sendo tratadas, na tentativa de recuperar as perspectivas humanistas sobre o fenômeno de **parir**, travando grandes lutas para frear o processo de medicalização que passou a submeter às mulheres e buscando proporcionar que esse evento natural da reprodução feminina favorecesse a autonomia sobre seu corpo grávido (SILVA, 2017).

Fabíola Rohden (2001) em seus estudos sobre o surgimento das especialidades médicas focadas nas mulheres, aborda a ginecologia e a obstetrícia no momento em que se institucionalizam as práticas médicas, como eixos da medicalização e que se tornam as

²⁹ Medicamento caseiro.

³⁰ Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

³¹ Há a lenda de Agnodice, 300 a.C, que assistiu a uma mulher travestida de homem na Grécia. Cf. Sabatino, Hugo. Atenção ao Nascimento Humanizado – Baseado em Evidências Científicas, 2011, p. 84.

principais áreas impositivas para a diferenciação sexual e sobre os processos reprodutivos, atribuídos principalmente à mulher:

Naquele momento, eram os médicos que podiam discursar quase que exclusivamente sobre a diferença sexual, concebida como eminentemente biológica. É no decorrer do século XIX que a medicina passa a se preocupar de maneira mais intensa com o campo da sexualidade e da reprodução, o que se traduz no desenvolvimento de especialidades como a obstetrícia e no surgimento da ginecologia. (ROHDEN, 2001, p.19).

Ao mesmo tempo que trata dos problemas relativos à mulher e à reprodução, a ginecologia desenha os parâmetros para a distinção entre os sexos – que passa, sobretudo, pelo atrelamento da mulher à função reprodutiva, diferentemente do homem. (ROHDEN, 2001, p. 49).

Para Rohden (2001) a ginecologia legitimou a diferenciação dos papéis sociais, visto que as construções desenvolvidas sobre a sexualidade, por essa disciplina, vieram afirmar a caracterização de homens e mulheres, demonstrando que algumas condições estão associadas unicamente a estas últimas, como a puberdade, menstruação ou menopausa, sem nenhum fato análogo relacionado aos homens. Afirma que nos trabalhos que estudou para sua pesquisa, ao tratarem desses assuntos “*os médicos tentavam delimitar de maneira bastante rígida as diferenças entre homens e mulheres*” (ROHDEN, 2001; p. 20). Nesse mesmo contexto, expõe que na visão de alguns autores esses papéis sociais se diferenciam a partir da reprodução e nos quais estariam fundamentados os comportamentos “apropriados” para homens e mulheres, a exemplo das atividades públicas do trabalho, política e comércio para os homens e as da esfera da família, mãe e esposa, para as mulheres, entendendo que o corpo feminino teria sido concebido para a reprodução (ROHDEN, 2001).

[...] em boa parte do século XIX especialmente, a medicina da sexualidade e reprodução era a medicina sobre a mulher, expressa, sobretudo na criação de uma especialidade, a ginecologia, que se definia como a ‘ciência da mulher’. Pouco se falava da importância do homem na reprodução, talvez porque não se questionasse o seu papel. Não se ousava, por exemplo, falar em esterilidade masculina. (ROHDEN, 2001; p. 45).

A evolução dos conhecimentos médicos definiu a ginecologia como essa disciplina específica que se responsabiliza pelo tratamento das doenças femininas, porém cabe lembrar, conforme afirma Rohden (2001), que “o tratamento dos fenômenos da reprodução na mulher, como gravidez, parto e puerpério, já há algum tempo constituíam o foco da obstetrícia” (ROHDEN, 2001; p. 49). Estas duas áreas tendem a ser consideradas como extensão uma da outra, contudo, enquanto a ginecologia estaria associada à cirurgia

abdominal feminina (extração dos ovários e histerectomia), a obstetrícia acompanha a gestação, o parto, e o puerpério, nos seus aspectos fisiológicos, sendo o obstetra responsável pelo período do nascimento da criança. Observando que a ginecologia chegou depois e utilizou-se dos conhecimentos produzidos pela obstetrícia (ROHDEN, 2001).

Os pressupostos de intervenção médica sobre o parto, considerando as práticas que se inscreviam como necessárias ao momento do nascimento da criança, foram sendo avaliados numa outra perspectiva, como eventos sociais integrados ao processo reprodutivo de mulheres e homens. Envolvendo a família, a comunidade e constituindo-se de uma significativa experiência dos participantes do processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 9)

O início do Parto Humanizado no Brasil se dá nos anos 80, com raízes bem anteriores. Devido à epidemia de cesáreas e a crescente mortalidade materna e infantil duramente criticadas pelos profissionais da saúde e ativistas sociais, a Organização Mundial de Saúde – OMS e demais órgãos internacionais criaram uma agenda para atender os questionamentos sobre “a medicalização excessiva do parto (representado pelas cesáreas) e apoiar as reivindicações crescentes dos movimentos feministas e sanitaristas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos” (TORNQUIST, 2004).³²

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 9).

Nesse contexto, um ponto importante que precisa ser considerado na assistência prestada atualmente à mulher e seu bebê no parto, é a influência da formação profissional. Para Diniz, et al. (2015) a formação dos profissionais de saúde, mais especificamente dos médicos, é estruturante nessa assistência e também reflete na resistência à mudança, visto que costumariam ignorar as constantes atualizações baseadas em evidências científicas que são instantaneamente divulgadas em publicações eletrônicas de fácil acesso. E afirma que a maioria dos cursos de medicina:

³² Interessante o que diz RIOS (2009, p. 254): “Na área da saúde, surgiram várias iniciativas com o nome de humanização. É bem provável que esse termo tenha sido forjado há umas duas décadas, quando os acordos da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental⁸, e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento, na área da Saúde da Mulher⁹, começaram a ganhar volume e a produzir ruído suficiente para registrar marca histórica. (gripo nosso)

[...] tem sua bibliografia baseada em livros desatualizados,³⁷ com raras orientações aos estudantes sobre como buscar, avaliar e revisar os estudos disponíveis a respeito de um determinado tema. Isso significa que os formandos têm limitado seu conhecimento sobre a prática baseada em evidência, muitas vezes tratando as melhores práticas, baseadas em evidências, como questões “de opinião”, “de filosofia”, e não como o padrão-ouro da assistência. (DINIZ, et al., 2015; p.4)

Pensar o parto e o nascimento não deve se reduzir a uma visão biológica e de rotina, mas ter uma perspectiva de que é um processo individual onde cada caso é um caso. Como diz o texto do Ministério da Saúde (2001) “Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento”. Por outro lado, a autonomia advinda do conhecimento e o protagonismo da ação tendem a fortalecer o empoderamento da mulher e sua resistência à imposição de regras sobre as tramas do parto. Nessa ótica, tranquilizá-la e a seu acompanhante sobre a fisiologia e práticas no trabalho de parto e parto deve ajudar com que o momento do nascimento seja de envolvimento e participação ativa e familiar.

6 PEDIATRIA E NEONATOLOGIA - HISTÓRIA E PRÁTICAS

Estudar a saúde da criança envolve a necessidade de reflexão sobre a importância dada a esses indivíduos no decorrer dos tempos, considerar as diferentes culturas e suas práticas de cuidado. Nesse sentido, um pequeno resgate da história mostra que as crianças foram cuidadas em corpo e alma na Paideia grega, na perspectiva da formação do cidadão; foram des-cuidadas quando filhas de escravos no período colonial brasileiro e na Idade Média francesa, quando eram ignoradas enquanto estatuto social (ARIÈS, 1981; PRIORI, 2012) e chegaram a meados do século XIX desconsideradas pela medicina, uma vez que inexistiam instituições dedicadas aos cuidados com os bebês e eram desenfreadas as taxas de mortalidade infantil, em especial entre os recém-nascidos e prematuros (LUSSKY, 1999; RODRIGUES & OLIVEIRA, 2004).

Segundo Rodrigues & Oliveira (2004) a situação social dos recém-nascidos podia ser traduzida pelo argumento de AVERY (1999, p. 3):

Esperava-se que as crianças nascidas prematuramente fossem ao êxito letal, assim como também aquelas crianças nascidas com malformações. Havia um sentimento de que a seleção natural se encarregaria das crianças ‘menos adaptadas’ à sobrevivência, tal como o sugerido pelo termo ‘fracote’ atribuído às crianças prematuras. (AVERY, 1999, p. 3 apud RODRIGUES & OLIVEIRA, 2004, p. 287).

A partir da evidente necessidade de cuidados a serem aplicados à criança, e em especial ao recém-nascido, a pediatria³³ se firma como especialidade médica durante a segunda metade do século XIX, habilitando o profissional dessa área por seus saberes da prática médica acerca das doenças que a criança padecia nesse período, embora constem registrados nos históricos da medicina infantil informações de técnicas e procedimentos diversos em vários povos e culturas desde civilizações antigas (FERRAZ, 2011).

As altas taxas de mortalidade infantil associadas à queda da natalidade criaram grande receio de “despovoamento” na Europa da época, levantando o temor de vulnerabilidade da defesa nacional (FERRAZ, 2011; LUSSKY, 1999). Nesse contexto, entre 1870 e 1920, aparece maior interesse pela criança e sua saúde através de um programa denominado Infant Welfare Movement – IWM (Movimento de Bem-estar Infantil) que passa a desenvolver diversas ações com o objetivo de reduzir a mortalidade nessa faixa de idade

³³ Especialidade médica dedicada à criança e ao adolescente, nos seus diversos aspectos, sejam eles preventivos ou curativos.

num período que ficou registrado como um dos “primeiros momentos da medicina neonatal” (Cf. Rodrigues; Oliveira, 2004, p. 287).

Entre as ações desenvolvidas observaram-se: práticas de cuidado preventivo nas maternidades com a incorporação e uso de incubadoras (passaram a ser fabricadas), criação de creches e um programa de cuidado preventivo para o bebê. Nesse período, o obstetra Pierre Budin, de origem francesa, escreveu um livro (1892) sobre bebês nascidos de parto prematuro e classificou as crianças em pequenas e grandes para a idade gestacional, desenvolvendo os princípios e métodos que servem de base à neonatologia, motivo pelo qual é considerado o pai dessa especialidade, embora algumas pessoas ainda confundam e atribuam o título ao Dr. Alexander Schaffer, que usou o termo Neonatologia pela primeira vez no livro "Diaseases of the Newborn" em 1963. (LUSSKY, 1999).

Durante muito tempo a responsabilidade dos cuidados com o bebê no nascimento foi do profissional que assistia ao parto, ou seja, inicialmente era atribuição das parteiras e com a institucionalização do parto e predomínio profissional dos obstetras, tornou-se ofício deste a recepção do recém-nascido, que “ficava mesmo numa terra sem homens (no-mansland), entre a obstetrícia e a pediatria”, conforme afirmou Lussky (1999 apud BALLANTYNE, 1916).

Assim, no final do século XIX e início do século XX, surge essa nova especialidade profissional que começa a se ocupar das crianças com idades de 0 até os 28 dias de vida. A neonatologia como um ramo da pediatria passa a disputar com a obstetrícia a assistência aos bebês. Sua história é, portanto, imanente à história da obstetrícia e da pediatria. Lussky (1999) relata:

Os nascimentos domiciliares deram lugar a partos hospitalares. Com o nascimento hospitalar aumentando de menos de 5% em 1900 para mais de 50% em 1921, os enfermeiros começaram a aparecer e os pediatras assumiram um papel maior nos cuidados neonatais. (LUSSKY, 1999, p.2).

Várias outras evoluções, no sentido da assistência ao recém-nascido, foram sendo incorporadas paralelamente nas décadas seguintes e consideraram, entre outros: a instituição do método de Credè³⁴ para combater a conjuntivite neonatal; o desenvolvimento da escala de Apgar, definindo parâmetros para a avaliação da vitalidade do bebê; grandes evoluções na década de 1940, após a guerra, entre as quais o laboratório do recém-nascido, radiologia,

³⁴ Criado em 1881, consistia na aplicação de uma gota de solução aquosa de nitrato de prata (NP) a 2% após a limpeza dos olhos. Posteriormente a solução de NP a 1% passou a ser o método de Credé, por ser menos irritante que a 2%.

exsanguíneo transfusão³⁵ que salvou mais de 8.000 vidas nos EUA; banco de sangue; infusão de fluidos endovenosos; antibióticos; seguiram-se o investimento nos bebês prematuros, com a terapia com surfactante³⁶ e controle térmico que tiveram enorme impacto e resultaram em maior sobrevivência dessas crianças (LUSSKY, 1999).

Lussky (1999) ressalta, porém, que o fato de buscarem e atingirem evoluções indiscutíveis e de extrema importância na assistência neonatal, não impediu que os profissionais produzissem ou insturassem métodos danosos aos bebês, como: suspensão temporária das incubadoras na década de 1920, por preocupações equivocadas sobre complicações infecciosas, que só a fizeram retornar na década de 1930; uso de substância à base de amônia e uísque para o manejo da apnéia infantil; submissão dos bebês a horários rígidos de alimentação para controlar a sede e regular a temperatura; despertar o bebê para alimentá-lo; esterilização dos bicos de mamadeiras em ácido bórico; oferta de água antes da alimentação para controlar a sede e regular a temperatura; isolamento rígido das enfermarias de recém-nascidos, que reduziu as epidemias, mas resultou na separação da mãe, com comprometimento do vínculo e do aleitamento materno; aparecimento de doenças iatrogênicas como a Retinopatia da Prematuridade (ou inicialmente conhecida como Fibroplasia Retrolental) provocada por oxigênio-terapia suplementar, e da Síndrome Cinzenta do recém-nascido ou Síndrome do bebê acinzentado³⁷, provocada pelo uso do Cloranfenicol³⁸ no bebê prematuro; entre outras nos diversos períodos desse processo evolutivo até a atualidade (LUSSKY, 1999).

Ainda de acordo com Lussky (1999), por volta da década de 1950 a mortalidade infantil que havia sofrido grande redução na primeira metade do século 20 começou a se estabilizar, mesmo observando-se que havia muito para avançar, como a necessidade de redução dos casos de iatrogenia. Este fato provocou a manifestação da revista científica inglesa *The Lancet*, que afirmou “A iatrogênese neonatal moderna atingiu um pico quando quase todos os grandes erros no recém-nascido foram amplamente praticados, pelo menos por um tempo.” (LUSSKY, 1999; p.4)³⁹

³⁵ Substituição do sangue do RN através da retirada de múltiplas alíquotas pela mesma quantidade de sangue de um doador homólogo.

³⁶ Substância existente nos pulmões com a função de estabilizar os alvéolos e os bronquíolos respiratórios durante a fase expiratória, evitando o colapso das vias aéreas.

³⁷ Forma grave de toxicidade ao antibiótico ocasionada pela incapacidade do bebê conjugar e eliminar a droga.

³⁸ Cloranfenicol é um antibiótico bacteriostático com amplo espectro de ação contra bactérias gram-positivas e gram-negativas e também alguns outros micro-organismos.

³⁹ Revista científica inglesa sobre medicina publicada semanalmente e com revisão por pares. É uma das mais antigas e conhecidas revistas médicas do mundo e descrita como uma das mais prestigiadas.

Com o aparecimento da Unidade Intensiva Neonatal (UTI neonatal) nos anos 60 o cuidado do bebê prematuro ganhou maior foco, e deixou de ser somente o controle de temperatura, alimentação e vulnerabilidade às doenças, para aportar uma abordagem mais abrangente e científica. Nesse período a morte por Síndrome da Angústia Respiratória do Recém-nascido⁴⁰, de um filho do presidente americano John Kennedy, prematuro de 32 semanas, associada ao não cumprimento das metas de redução da mortalidade infantil, impulsionaram a manifestação do Congresso Americano, que declarou os indicadores inaceitavelmente altos e aprovou um incremento de financiamento para a pesquisa neonatal pelos Institutos Nacionais de Saúde daquele país. Alavancaram-se então a melhoria do suporte respiratório, terapia de fluidos, avaliação de bebês com baixo peso ao nascer, regulação de temperatura e tratamento de eritroblastose fetal, entre outros. Mais tarde os ventiladores neonatais, aparelhos de fototerapia e CPAP, além da nutrição enteral e parenteral e os sistemas de monitoramento neonatal, acrescentaram mais tecnologia para os cuidados, principalmente dos prematuros.

Avança ainda o entendimento sobre outras tecnologias leves positivas, como o retorno às Unidades Neonatais das famílias anteriormente excluídas porque eram consideradas riscos para doenças infecciosas. Os pais tornam-se parte integrante da equipe da UTI Neonatal, ganham grupos de apoio na maternidade, obtêm o status de "não visita" e a amamentação passa a ser encorajada. Acompanhando tudo isso, passou-se a observar a melhoria da sobrevivência dos bebês, e no final da década de 1970 os Estados Unidos (EUA), conseguiram salvar metade dos bebês nascidos com menos de 900g ou 27 semanas de vida, e um pouco mais tarde, na década de 1990, o tratamento de bebês de 23 a 25 semanas, com pesos de nascimento de 500 a 750 gramas também foi possível através da terapia de reposição de surfactante, (LUSSKY, 1999).

No caso do Brasil, a Pediatria absorveu primeiramente os conhecimentos europeus e posteriormente, também, o modelo americano. O médico Artur Moncorvo de Figueiredo surge com destaque no início da história da pediatria brasileira por sua prática em consultório, implantado na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, inaugurada em 1882, onde também ministrava cursos livres sobre doenças das crianças. Esse profissional ainda foi responsável pela criação de uma cadeira de Clínica de Moléstias de Criança nas faculdades de medicina brasileiras, àquela altura existentes somente no Rio de Janeiro e na Bahia.

⁴⁰ Dificuldade apresentada pelo recém-nascido para respirar devido à deficiência do surfactante pulmonar nos em seus pulmões. Ocorre com mais frequência no bebê nascido antes de 37 semanas de gestação e o risco é inversamente proporcional à idade gestacional, ou seja, aumenta com o grau de prematuridade.

No início do século XX, a área da assistência à criança recém-nascida implantou no Instituto de Proteção e Assistência a Infância, um serviço de leitos de internação para infantil, com algumas incubadoras importadas de Paris, para o trato com recém-nascidos prematuros (LUSSKY, 2005).

No referente à formação do profissional na área, em sua tese de doutorado a historiadora Júnia Pereira (2006) estudou a constituição da pediatria no Brasil como “uma especialidade médica, um campo de saberes, práticas e procedimentos num contexto de busca de afirmação perante seus pares e a sociedade”. Essa autora extraiu informações importantes no contexto da pediatria brasileira através de relatórios de práticas médicas, fichas de saúde da criança, publicações de profissionais da área, entre outros. E afirmou que a pediatria foi moldada sobre um viés civilizatório que rompeu com saberes socialmente elaborados, e estabeleceu práticas institucionalizadas, fato que teria garantido somente aos pediatras o direito de atender às crianças doentes e contribuído para que os profissionais dessa especialidade confundissem a infância com “infância doente”. O que repercutiria até os dias de hoje através da dificuldade em pensarem a infância saudável ou considerarem a doença como parte da vida e da saúde. (PEREIRA, 2006)

Através dessa concepção de infância doente e frágil identificada no percurso de combate à mortalidade infantil e sob o fantasma do raquitismo, os médicos criaram a representação do bebê ideal, robusto e saudável, cuidando de demonstrar a necessidade de livrar as famílias do perigo anunciado à grande parte das crianças e desviando para si o papel de protetores da vida.

Dois pressupostos também foram destacados por Pereira (2006) em relação aos primeiros pediatras brasileiros e apontaram que esses profissionais não se restringiram apenas em serem reprodutores dos conhecimentos importados de fora do país, mas teriam produzido os seus próprios, além de registrarem as peculiaridades da medicina local. Por outro lado, em relação ao tratamento das crianças, considera que esses profissionais precisaram compreender os complicadores relativos à comunicação pré-verbal ou pouco clara, e as respostas orgânicas, diferentes de um adulto, a certos tratamentos instituídos, ou seja, refutando a ideia corrente à época da Idade Média de que a criança seria um adulto em escala reduzida (PEREIRA, 2006; ARIÈS, 1981). Tratava-se, portanto, de criar uma nova forma de anamnese, exame físico, métodos diagnósticos e terapêuticos. Uma nova semiologia; desenvolvimento de técnicas de reconhecimento dos sinais e sintomas de um corpo em crescimento, de um ser que não verbaliza e/ou não consegue compreender e relatar suas sensações e sofrimentos (PEREIRA, 2006).

[...] ao fazer uma opção por uma faixa etária, a pediatria não estaria reduzindo o objeto de estudo e ação prática a uma parcela menor da totalidade dos processos de diagnóstico e de terapêutica. Pelo contrário, estaria anunciando uma nova semiologia, uma nova terapêutica e novos objetos na formação médica, ao trazer à baila o que seriam as peculiaridades da infância frente às doenças e o que seriam as posturas diferenciadas dos médicos (de crianças e não de adultos) em situações de atuação profissional (PEREIRA, 2006, p. 57).

Ao diferenciar a criança do adulto, a pediatria nasceria como especialidade médica assentada no pressuposto da diferenciação anatômica e fisiológica e na ideia de que o organismo infantil responde diferentemente às doenças do que o organismo adulto. (Idem *ibidem*, p.131).

No entanto, a necessidade de se firmar como prática médica através de pressupostos civilizatórios e salvacionistas teria conduzido a literatura médica-pediátrica a produzir discursos de inferiorização das mulheres parteiras, amas ou mães. Desqualificando suas práticas e saberes, apontados como “crendices” com potencial prejudicial, e afirmando a necessidade de substituí-las pelas práticas médicas. Dessa forma, classificaria as mães de acordo com sua condição econômica e social, geralmente comparando-as com a idealizada “boa mãe”. Assim, a mãe pobre seria tida como “ignorante” e não teria como oferecer “condições materiais” ao filho; enquanto a rica seria considerada “despreparada” e “pouco afeita às prendas do lar”. Na estratégia para desqualificar seus saberes utilizaria ainda, denominações depreciativas para mulheres (“mexeriqueiras, curandeiras, comadres, beatas e aparadeiras”) e para outros atores atuantes no cuidado da criança. Estariam, assim, situadas de forma irremediável à “tutela” do médico de crianças (PEREIRA, 2006; COSTA, 1879 apud PEREIRA, 2006)

Nessa “fase de consolidação” e em busca da “legitimidade”:

[...] a pediatria nascente desqualificaria os saberes sociais, alocando-os em patamares inferiorizados, contribuindo para difusão da idéia de que a mulher (nesse caso, reduzida à condição de mãe) era um sujeito incapaz de promoção social do cuidado à infância, devendo ser tutelada, aconselhada e policiada. (PEREIRA, 2006; p. 81).

Outra via também utilizada para desencorajar as mulheres à automedicação, ao autocuidado e a medicarem seus filhos foi a educação. Através de estratégias de educação das mulheres sobre os cuidados com as crianças, eram difundidos o saber médico e a institucionalização desses cuidados. Nesse contexto instituía-se as necessidades da puericultura ou cuidado com a alimentação, higiene, vestuário, para os pais e famílias, enquanto os cuidados com as moléstias se restringiam aos círculos médicos.

Os atendimentos das crianças por esses profissionais eram realizados inicialmente no próprio domicílio do doente ou do médico, passando para os consultórios médicos, dispensários, policlínicas e hospitais especializados em crianças no final do século XIX e início do século XX, quando surgem esses serviços. Os mais modestos recorriam às casas de expostos e havia os que não tinham alternativas além de procurar os dispensários, enquanto as crianças de famílias com mais recursos tinham privilégios e eram atendidas em casa e de forma reservada do conhecimento da sociedade (PEREIRA, 2006).

No caso dos recém-nascidos, o atendimento fazia parte das práticas dos profissionais que atuavam na assistência ao parto, como uma extensão do cuidado com a gestante. Porém no final do século XIX surgem os especialistas formados nos cursos livres de pediatria da Policlínica no Rio de Janeiro, e mais tarde ocorre a introdução da disciplina de moléstias de crianças na faculdade de medicina. E só quando já se encontrava reconhecida e amplamente divulgada foi que essa especialidade médica conseguiu expandir sua produção científica e se expressar junto à sociedade (PEREIRA, 2006).

Após várias experiências com vistas à reforma das práticas pediátricas, surge a pediatria social. As atenções se voltam para todas as crianças, considerando os “fatores ambientais, psicológicos, econômicos, sociais e culturais, que incidem sobre o menor e sua família e que podem predispor-lo a uma determinada doença” (MARCONDES, 1973; apud ZANOLLI; MERHY 2006, p. 982). Para Zanolli & Merhy (2001, p. 978):

A pediatria social, como campo de práticas e saberes, começou a ser construída no Brasil no final da década de 60 e início de 70, junto com as propostas de reforma do ensino e da atenção médica influenciadas pelos movimentos de medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária e medicina social. Posteriormente, na década de 80, sofreu influência da reforma sanitária e da integração docente assistencial e, mais recentemente, nos anos 90, da saúde coletiva.

A intenção de demonstrar os conceitos e ideias que circulavam durante a introdução da pediatria no País, considera entender como esta foi modulada para compor a proposta que se tem nos dias atuais, onde a prática, ainda que tenha avançado com a instituição dos programas governamentais de busca por uma pediatria social para todas as crianças, ainda reproduz, em muitos casos, o modelo curativo à medida que se reduz à prática clínica exercida de forma isolada do contexto social e político que condicionam ou determinam as situações de adoecimento. Nesse contexto, deixariam de refletir o próprio papel no enfrentamento mais amplo das mortes infantis e da própria condição da criança na sociedade. (ZANOLLI & MERHY, 2001; PEREIRA, 2006).

7 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados, a análise e a discussão dos resultados da pesquisa. As entrevistas foram analisadas após a transcrição e a partir de leitura minuciosa foram identificados os temas para organização em categorias de análise. Segundo Spink (2010, p. 39), “a definição das temáticas organizadoras dos conteúdos da entrevista já é o processo de interpretação” e “os mapas possibilitam preservar o contexto interativo”. A partir das entrevistas realizadas, foram construídos 11 mapas (um para cada entrevistado), cada mapa constituído por 7 temas ou categorias que foram definidas a partir das narrativas dos profissionais nas entrevistas semiestruturadas aplicadas, quando manifestaram seus conhecimentos, experiências e práticas de atendimento ao parto e ao recém-nascido.

Após a montagem dos mapas com as categorias definidas em sete colunas, passou-se à transcrição dos fragmentos destacados das falas, respeitando a distribuição temporal nas linhas, conforme o momento de aparecimento na dinâmica discursiva. Esse processo de construção dos mapas se deu de forma fluida, com a inserção dos fragmentos nas colunas/linhas, demonstrando que não houve fragilidade na identificação das categorias.

Os mapas são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários. Possibilitam, sobretudo, nos sensibilizar para a existência de múltiplas modalidades de diálogos. Por exemplo, certas entrevistas são conduzidas como inquéritos: a entrevistadora chega com seu roteiro e procura garantir que deu conta de todas as questões dele constantes. (SPINK, 2010, p.38)

O Apêndice A apresenta um excerto do mapa para ampliar a compreensão dessa estratégia de análise e para efetivação das análises, tomou-se o cuidado de não descontextualizar os fragmentos do sentido original em que foram expressos na entrevista. Procurando, ainda, contemplar a amplitude dos sentidos produzidos, sem esquecer que as experiências, expectativas, intenções e a formação podem conduzir a esses sentidos.

Ressalta-se que por se estar falando da violência obstétrica perinatal, que reflete as práticas e repercussões das práticas obstétricas e neonatais sobre os bebês, em muitos momentos se irá referir às situações relativas à gestante, já que nesse momento elas podem ter repercussão nos bebês.

✓ Sobre as Entrevistas:

Como descrito na Metodologia, decidiu-se realizar entrevistas semiestruturadas, com um roteiro que contemplasse questões com foco nos objetivos da pesquisa. Esse modelo de instrumento de pesquisa favorece ao direcionamento do tema e, ao mesmo tempo, permite ampliar ou inserir conteúdos dos entrevistados que, porventura, se identifique como interessantes.

As entrevistas realizadas constituem-se em registro de um momento de transição que entrelaça visões, ora claras e contundentes de oposição ao modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento, ora traduzem a limitação do entendimento desse processo que obriga o profissional a repensar suas práticas e que, ao mesmo tempo, se constitui em ameaça a uma rotina institucionalizada que orienta e conforma a hierarquia e o poder na assistência à saúde. Uma espécie de paternalismo médico, onde o princípio da beneficência torna-se absoluto em detrimento à autonomia do usuário que pode ser desconsiderada (BEIER, 2010; p.252).

7.1 Sentidos atribuídos ao nascimento.

O primeiro questionamento apresentado aos entrevistados se referia ao que pensavam sobre o nascimento e se o consideravam importante para a saúde e a vida do bebê. Observou-se, basicamente, a produção de dois sentidos: um de dimensão biomédica, que apareceu de forma preponderante, notadamente na fala dos que atuam mais próximos à neonatologia; e um sentido mágico religioso ou afetivo.

Sim, pra saúde... existe a questão do minuto de ouro pro pediatra... muito valorizado por causa da prevenção da asfixia neonatal [...]. (informação verbal)⁴¹

Na verdade é fundamental... Ehh pra saúde especialmente porque é um momento único... Essa fisiopatologia tem todo uma mudança de como funcionava na barriga. A parte respiratória, a parte hemodinâmica... muda drasticamente. E essa transição, se for feita de maneira lisa, digamos assim, ehh...tem uma diferença muito grande no prognóstico dessa criança! Isso eu falando da parte médica. [...]. (Dr. Marcos).

⁴¹ Dr.^a Maria. Entrevista concedida à Ana Guzzo. Belém, 09 dez. 2016. A citação direta de informações verbais, nesse caso, dados obtidos através de entrevistas, exige a indicação após o texto e entre parênteses da expressão *informação verbal*, com os demais dados disponíveis em rodapé. (Cf. ABNT. 105:2002). Como o presente trabalho é composto por inúmeras informações do tipo verbal, após a 1ª citação manter-se-á somente o nome fictício dos entrevistados. As informações sobre o local e a data das entrevistas podem ser observadas no Quadro 1 – Perfil dos participantes da Pesquisa.

Os dois fragmentos de falas demonstram a preocupação dos profissionais em explicitarem que o nascimento considera a biologia do bebê, que vai passar por uma transição ou adaptação para começar a respirar, e como esses profissionais precisam estar preparados para a necessidade de tomar atitudes salvadoras dessa criança.

Supostamente determinada pela formação e caracterizada pela preocupação com o cumprimento de técnicas ou protocolos, a dimensão biomédica do nascimento aparece para alguns entrevistados como o primeiro pensamento, demonstrando que ancoram no objetivo profissional a maior importância desse momento, onde aparecem como alguém que vai garantir que tudo aconteça sem riscos, deslocando para si a responsabilidade de manter a vida do bebê através da utilização de protocolos e técnicas preconizadas pelas entidades médicas.

O sentido biomédico tem como base a visão biológica que relaciona o corpo dos indivíduos com as máquinas, isto é, onde a saúde é vista na perspectiva de uma abordagem curativa e centrada na figura do médico, em uma relação de produção e de consumo.

Complementando esse discurso inicial os entrevistados ampliam a fala, buscando contemplar outras dimensões do nascimento, além da biológica, inicialmente manifestada, que inclui um contexto afetivo desse momento:

[...] E também é o nascimento de uma família, né? Então... o nascimento é a vida, né? Que tá sendo... Finalmente... o primeiro choro, primeira respiração... Sem dúvida é muito importante! (Dr.^a Maria).

Em relação à parte emocional... tenho até trabalhado bastante nesse sentido de fazer essa parte mais humanizada e faz muita diferença, na verdade. Então a gente tem trabalhado de sempre o pai na sala de parto, pro pai participar desses cuidados iniciais... Claro, quando o bebê nasce bem. Desde colocar a touquinha no bebê pra ajudar a secar a cabeça, até acalantar o bebê junto com essa mãe... Isso no parto cesariano, mesmo. E você sente o empoderamento desse pai e dessa mãe. Uma coisa que faz muita diferença! (Dr. Marcos).

Nos fragmentos das entrevistas observa-se que os profissionais incluem em suas falas iniciais a percepção de que o momento “também” significa a chegada do bebê, o início da família e tudo o que abrange essa outra dimensão do nascimento, reconhecendo que o momento ainda é importante nessa perspectiva.

Outro sentido identificado na análise das falas dos entrevistados foi o que se decidiu chamar de cunho mágico religioso ou afetivo, manifestado de duas formas: na complementação de uma fala de sentido biomédico inicial, como visto acima; ou isolado no discurso de um profissional como no trecho abaixo:

Sim, é algo assim que é inesperado... É algo criado por Deus. E algo que uma mãe... assim, planeja ter... Chega na hora ter um parto, ver a carinha, ver o rostinho do bebê.... Então é algo assim que.... Inexplicável, né? (Enf.^a Judith).

Pra mim, o nascimento, é um momento mágico [...].(Dr.^a Madalena).

A perspectiva mágico-religiosa sobre a saúde (que inclui também a doença) vem dos tempos antigos e reflete o pensamento que atribuía às forças da natureza e sobrenaturais os poderes que causavam o bem e o mal. A evolução dos conceitos de saúde e doença e implantação do modelo biológico não conseguiu excluir essa dimensão que também organiza o cuidado e continua convivendo simultaneamente com o modelo biomédico nas diversas manifestações e percepções individuais e das várias culturas.

Ainda no contexto do nascimento, dois outros entrevistados construíram sentidos diferentes dos demais, situados em um patamar nem mágico e nem biomédico, mas que conduziu para uma dimensão mais humana, entendendo a realidade e os condicionantes dela, além da necessidade de atribuir o poder aos verdadeiros protagonistas desse momento, numa perspectiva de evolução do estágio atual da assistência ao parto:

Muito! Tudo relacionado ao nascimento, né?... Se é um nascimento programado ou se não é um nascimento programado, se é um nascimento desejável ou não, amado ou não, se é uma criança bem vinda ou não.... Acho que isso influencia tudo, né? (Dr.^a Sarah).

É um evento que envolve múltiplos fatores e que, digamos assim, o personagem principal, o protagonista, como eu gosto de falar, é a mãe... No caso, o binômio, mãe-bebê. (Dr. Lucas).

O sentido biomédico produzido para o nascimento e identificado em algumas falas, diz muito do que se observa ao longo das entrevistas sobre a percepção de mais de 60% dos profissionais no contexto da assistência obstétrica e neonatal. Fica claro durante as narrativas a existência de um modelo de atenção hegemônico que ainda está vigente e que se estabeleceu no interior dos serviços com a ajuda da própria estrutura física, projetada para contemplá-lo. Complementam e consubstanciam o modelo, a organização dos processos de trabalho de forma hierarquizada e protagonizada pelo profissional médico. E embora se tenha registrado a utilização do termo “humanização” com muita frequência, percebe-se que o sentido fica restrito a um “tipo” de assistência ofertada em alguns momentos ou quando é possível ocorrer, evidenciando que o entendimento sobre humanização e boas práticas parece ainda não ter alcançado a capilaridade e ou o crédito necessário para ser, efetivamente, integralizado nos serviços. Comprovando que o processo ainda caminha a pequenos passos para ser efetivamente incorporado.

Nesse contexto, a produção de um sentido mais amplo para o nascimento, que o inclua como experiência sociocultural e familiar, identificando a existência de um poder próprio dos atores desse ato, anima esta pesquisadora a pensar que a percepção do profissional já sofre os efeitos, mesmo que ainda incipientes, da implementação das boas práticas e da política de humanização na assistência obstétrica e neonatal.

Essas falas dos entrevistados demonstram um pouco do significado do nascimento na perspectiva dos profissionais de saúde no atual momento histórico, em que a prática profissional de alguma forma já absorveu conteúdo da política de humanização, e consegue timidamente transpor o limite da perspectiva biológica. Resta evidenciado que os vários sentidos podem estar compartilhando espaços nas práticas atuais, visto que não são únicos, não são excludentes e podem reconhecer o poder das pessoas que estão vivenciando um momento importante de suas vidas, os verdadeiros protagonistas do parto e nascimento.

7.2 Quando os bebês choram: sobre Bebês e Dor

Os sentidos que as/os participantes produziram sobre a dor e seus reflexos no bebê podem ser organizados em três eixos. Vale lembrar que esses se entrelaçam e se tornam complementares, mas didaticamente a divisão melhora a reflexão sobre o fenômeno nas práticas de assistência neonatal em contextos específicos: a) o bebê sente dor? b) avaliando a dor no bebê e; c) mecanismos para minimizar a dor no bebê.

Com a finalidade de fundamentar a análise e situar o leitor, considerou-se importante, primeiramente apresentar a conceituação de Dor, entendendo que contribuirá para a compreensão dos aspectos que acompanharão as abordagens:

A Dor é considerada um mecanismo de proteção do organismo contra o dano tecidual, e de acordo com a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED, trata-se de “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores” (SBED, s/d).

Essa definição, elaborada entre 1976 e 1977, por especialistas de diversas áreas médicas, reunidos pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, na sigla em

inglês), é aceita até os dias de hoje (SBED, s/d). Porém, segundo Guinsburg (2010), tratando-se de um bebê, que não consegue se manifestar verbalmente, a dor se torna um fenômeno diferenciado, merecendo o conceito que a compreende como: “uma qualidade inerente à vida, que aparece no início da ontogenia para servir como um sistema de sinalização para as lesões teciduais” (GUINSBURG & CUENCA, 2010).

a) O bebê sente dor?

Ao investigar os sentidos dados pelos entrevistados à dor no bebê, observou-se que há diferentes perspectivas, porém, nove desses profissionais concordaram que o bebê sente dor durante parto e todos concordaram que alguns procedimentos realizados nos primeiros momentos ou dias de vida podem ser dolorosos e produzir sofrimento.

Nove entre os onze entrevistados afirmaram acreditar que o bebê sente dor no momento do parto, sem mencionarem ou relacionarem este fato às intervenções obstétricas como Kristeller, uso de medicações ou Fórceps, entre outros. Algumas falas foram bem objetivas e compostas de frases afirmativas, mas curtas, como: “*Sim, acredito!* ”; “*Sim, sim... eles são muito sensíveis! Com certeza!* ” ou “*Com certeza, sentem dor!*” sugerindo que situam a questão em um contexto de tamanha obviedade, que não mereceria maiores explicações.

De uma forma geral, as narrativas associaram a dor desse momento, às contrações uterinas e à compressão que o corpo do bebê sofre ao transpor o estreito trajeto do canal de parto durante o período expulsivo, como demonstram os fragmentos abaixo, retirados das entrevistas:

Com certeza ele sente, né? [...] O parto normal, o parto cesariana, ele é dolorido pro bebê, porque ele tá ali onde ele foi gerado, quietinho[...]de repente alguém tira ele... ou, de repente, o organismo da mãe manda ele sair...ehh... Já pensou? Um trauma passar, né? A fisiologia já explica pra gente, que o bebê aperta todinho, né? No canal de parto. É apertado pra expelir o líquido, né? Então deve ser uma dor insuportável, passar aquela... tudo apertadinho [...]. (Enf.^a Ana).

Acredito. Eu acredito que sim, deve ser difícil passar pelo canal do parto. Deve ser difícil! Não deve ser fácil! A senhora já entrou num buraco estreito tentando sair? Não é fácil! Ainda mais quando a gente não tem direção, a gente vai de cabeça, parece um peixe. Não é fácil! Experimente (risos)! (Dr. Paulo).

No mesmo sentido surge a percepção de alguns profissionais, como Dr.^a Madalena, de que a dor do bebê durante a passagem no canal de parto é comparável ao sofrimento da mulher nesse momento:

Com certeza! Eu acho que eles sofrem tanto quanto a mãe, por isso que eu sou contra fazer um monte de coisa, inclusive furar orelha de bebê. (Dr.^a Madalena).

Embora reconheçam que o bebê sente dor no momento do parto e, até comparando com a da mulher, esse reconhecimento não foi utilizado para justificar procedimentos como a cesariana e, da mesma forma, não refletiram o efeito de práticas potencialmente agravantes dessa dor, como a utilização do Kristeller, ocitocina⁴² intraparto sem critério, episiotomia para a mulher, entre outras.

O reconhecimento da dor do recém-nascido é uma evolução dos estudos da dor e da Pediatria, posto que por muito tempo esse fenômeno no bebê permaneceu no desconhecimento ou com pouco aprofundamento científico, como afirmou Chamberlain (1991). Nesse contexto, ao avaliar diversos trabalhos que aplicavam métodos pouco éticos e cujos resultados afirmavam que os bebês tinham hipoestesia⁴³, o autor criticou o que chamou de “uma interpretação tendenciosa” dos pesquisadores, acusando-os de reforçarem a visão tradicional das revistas médicas do século XIX (CHAMBERLAIN, 1991). Afirmava que os médicos não estavam preocupados com a dor dos bebês.

Em seu estudo realizado na década de 1990, Chamberlain (1991) considerou “desencorajador” o olhar que lançou sobre a literatura médica com relação a dor infantil. O autor identificou que nos dez livros de Pediatria mais utilizados na época, a dor no bebê era praticamente desconsiderada, posto que de 15 mil páginas dos livros analisados, apenas 3 estavam relacionadas ao assunto. Registrando que a produção científica sobre a dor no recém-nascido só apresentou crescimento a partir da década de 1980, após 60 anos em que conseguiu juntar apenas 20 artigos de revistas sobre o tema. (CHAMBERLAIN, 1991).

Com o avanço dos estudos e pesquisas na área, ficou comprovada a capacidade dos bebês de responderem aos estímulos nociceptivos⁴⁴, através de manifestações

⁴² Principal hormônio responsável pelo parto em mamíferos. Promove as contrações uterinas, que provocam a dilatação do colo uterino e a descida do bebê através da pelve da mulher.

⁴³ Sensibilidade a estímulos tácteis abaixo do normal; hipoestesia.

⁴⁴ A capacidade de sentir dor, causada pela estimulação de um nociceptor. Fisiologicamente, é composto de quatro processos: transdução, transmissão, modulação e percepção. Chamado também sensação de dor e algesia.

“comportamentais e fisiológicas”, considerando que se trata de indivíduos não verbais ou pré-verbais (GUINSBURG & CUENCA, 2010).

Por outro lado, não é aceitável que o reconhecimento da dor no recém-nascido, como um fenômeno que pode estar presente no nascimento, seja a única avaliação a ser considerada, ou seja, que se transforme o parto em evento de risco, dor e medo para a mulher e seu bebê, como forma de justificar a utilização de condições salvadoras, como historicamente se tem conhecimento e foram lembradas por Diniz (2005), quando se referiu às várias versões do conceito de humanização no contexto histórico. Demonstrando que essas versões expressam “uma mudança do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro[...]”, lembrando que depois de ser vista como culpada a pagar pelo pecado original, a mulher no parto foi tida como “vítima de sua própria natureza”, sendo atribuição do “obstetra antecipar e combater os perigos” a que está sujeita. Argumenta, ainda, que “segundo DeLee, para a mãe o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forçado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea)” (DINIZ, 2005, p. 628).

Diniz (2005) argumenta que essa cena assustadora alimentou as percepções dos profissionais e a necessidade de desenvolverem métodos e intervenções cada vez mais frequentes e “salvadores” favorecendo o reforço às práticas cesaristas.

De acordo com dados da pesquisa Nacer no Brasil, realizada em 2011/2012, com 23.894 mulheres entrevistadas, as práticas intervencionistas no parto foram registradas em várias proporções, sem nenhum “respaldo em nível internacional”, como: a manobra de Kristeller registrada em 37% dos partos, episiotomia em 56% e a posição litotômica em 92% das mulheres, além da utilização de ocitocina e realização da ruptura artificial da membrana amniótica, em 40% dos partos de risco habitual, com o propósito de acelerar o trabalho de parto. (LEAL et al, 2014).

Embora os entrevistados não tenham associado a dor no bebê no momento do parto com procedimentos obstétricos intervencionistas, ao tomar como parâmetro a pesquisa Nacer no Brasil (2014) que estudou a realidade da assistência obstétrica e neonatal de todas as regiões brasileiras, observa-se que esse cuidado não é consenso entre os profissionais que assistem ao parto no país, mas, ao contrário, o que se demonstra é o abuso das intervenções que contribuem para aumentar dor e sofrimento de mulheres e bebês.

Ressalte-se que as Diretrizes do Parto Normal e da Cesariana, foram publicadas pelo Ministério da Saúde em 2016 e 2017, respectivamente, com a finalidade de fornecer subsídios e orientações à sociedade e aos profissionais de saúde sobre a promoção, proteção e apoio ao parto normal, além dos critérios de indicação das cesarianas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; 2017).

No mesmo contexto, relativo ao reconhecimento da dor no bebê durante o parto, outro entrevistado, construiu um sentido diferente dos demais, conforme pode ser observado no fragmento abaixo, retirado da entrevista:

Eu acredito que, o parto em si não é um procedimento, a meu ver, doloroso, mas é um procedimento, sim, que tem estímulos que ele não tá “acostumado a”. Então, o estímulo luminoso muito exacerbado com um bebê que tava 40 semanas dentro do útero, claro que é desconfortável, se você não esquenta adequadamente o campo aquecido pra receber ele, tem esse estímulo térmico também, é outro estímulo que é bem desagradável [...]. (Dr. Marcos).

Para esse profissional que denominamos de Dr. Marcos, o parto não é exatamente uma experiência dolorosa para o bebê, mas um estímulo diferente das vivências a que estava acostumado no interior do útero. No mesmo sentido, refere-se à luminosidade, ao frio e demais situações que chama de “desconfortáveis” e que gerariam “estímulos desagradáveis”. Nesse momento de sua narrativa, não está se referindo aos procedimentos realizados com o bebê, mas às diferentes condições que este passa a experimentar durante e logo após o parto.

Chama à atenção na fala desse profissional a referência que faz ao parto como “procedimento”, o que reforça esse evento como ato médico e um lugar de fala de profissional de saúde numa posição ainda impregnada de práticas hierárquicas e relações de poder desiguais. No entanto, no contexto mais amplo da fala, são possíveis duas interpretações: a) considerar que há indícios de transição para uma atenção humanizada, à medida que o entrevistado consegue entender como “novos estímulos” ou “estímulos desagradáveis” as experiências vividas pelo bebê no parto, permitindo atribuir capacidade de adaptação a esses estímulos, o que excluiria de sua prática o entendimento de parto como evento de risco potencial a que estão expostos mãe e bebê e; b) a outra interpretação seria considerar que a perspectiva do profissional foi retirar o foco das más práticas profissionais ao nascimento, justificando a exposição a condições estressantes como exposição a luz, frio, etc. como novas experiências.

O trabalho de parto e o parto vêm sendo apontados como processos de extrema importância para a vida do bebê, como está expresso em um volume considerável de estudos, que demonstram essa relevância, a exemplo do trabalho publicado por Charles Tesser, Roxana Knobel e Simone Grillo Diniz, em 2015, quando afirmam que:

O trabalho de parto e o parto são potentes processos neuroendócrinos que interferem na expressão do genoma humano (processos epigenéticos). Os mecanismos de regulação do stress, a produção de neurotransmissores e a transição respiratória são distintas para os que passaram e não passaram pelo trabalho de parto, com consequências epigenéticas que podem durar toda a vida. O modo de nascer tem repercussões para toda a vida sobre o risco de doenças crônicas, e há evidências sólidas destas diferenças. (TESSER et al, 2015, p. 5)

Ao deixarem de passar pelo trabalho de parto, os bebês, entre outras coisas:

[...] são privados dos fenômenos hormonais e fisiológicos que ocorrem durante o trabalho de parto. Estes permitem uma adaptação pulmonar mediada pela liberação de catecolaminas que estimulam a reabsorção do líquido pulmonar fetal, diminuem a sua secreção e aumentam a produção de surfactante [...] (RESENDE et al., 2015, p. 605).

Um fato que surgiu na análise de determinadas falas, neste subitem, diz respeito a forma como alguns entrevistados demonstraram acreditar que o bebê sente dor, independente do momento (parto, primeiros momentos ou dias de vida). Frases, como: “*deve ter dor*” ou “*eu acho que sim, pois ele chora*” ou, ainda, “*Não sente a dor? Sente... (risos)*”, observadas no fragmento abaixo:

Eu acho que sim... Ele chora... A senhora nunca viu? Viu sim. Claro que sabe... (risos). Não sente a dor? Sente! (risos). (Dr. Paulo).

É de se supor, ao analisar essas falas, que ainda há por parte de determinados profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento, independente da especialidade, alguma dificuldade na apropriação sobre o tema em análise. O que pode repercutir em obstáculo para a implementação das boas práticas da assistência obstétrica e neonatal, recomendadas pela OMS (1996), à medida que supõem o menor valor atribuído à criança como sujeito do cuidado.

O bebê, sim, sente dor. Ehhh... tem, inclusive, várias escalas de dor pra recém-nascido. Então tem escala pra bebê a termo, pra prematuro, escala que deverá ser aplicada pela parte médica, pela parte da enfermagem. Então, sim, sente dor. [...]. (Dr. Marcos).

A dor nos primeiros dias de vida do recém-nascido teve o mesmo sentido para a maior parte dos entrevistados, ou seja, entendem o bebê como um indivíduo com capacidade de sentir os estímulos dolorosos e reagir. Em alguns casos os profissionais conseguiram ampliar o tema e descrever outros estímulos capazes de causar desconforto ao bebê, como a luminosidade e o frio, por exemplo, além de demonstrar o domínio relativo à utilização de escalas de avaliação da dor no recém-nascido, conforme relatou Dr. Marcos no trecho acima.

A maior parte dos profissionais estimulados a falar como percebiam que o bebê estava sentindo dor, demonstraram que as punções são, realmente, os estímulos mais frequentes a produzir dor nessa faixa de idade. Afirmando que normalmente são realizadas em grande número, principalmente na sala de parto e Unidade Neonatal, com a finalidade de aplicação de vacinas, vitamina K, medicamentos e coleta de sangue.

Para Guinsburg (1999) a partir da implementação das unidades de terapia intensiva neonatal, passou-se a registrar aumento da sobrevida dos bebês potencialmente graves, prematuros ou não. No entanto, observou-se, também, uma elevação do número de intervenções invasivas relativas a exames e procedimentos, na busca de salvar a vida desses bebês, o que a levou a concluir que a sobrevivência do bebê “tem um custo” que “inclui a dor” (GUINSBURG, 1999). Esse fato ganha maior dimensão tendo em vista que se trata de uma fase importante para o desenvolvimento infantil, quando as conexões neurológicas estão sendo constituídas e/ou reforçadas e a exposição a estímulos dolorosos, principalmente persistentes e prolongados, se traduzem em risco que pode comprometer o futuro do bebê. (GUINSBURG, 1999).

Como afirmou Guinsburg (2010) sobre a dor no recém-nascido:

[...] pode ter repercussões orgânicas e emocionais que comprometem o seu bem-estar em curto prazo e que podem modificar de forma permanente a organização do sistema nociceptivo, além de potencializar a suscetibilidade destes pacientes a alterações cognitivas, psicossomáticas e psiquiátricas na infância e na adolescência. (GUINSBURG & CUENCA, 2010, p. 02).

b) Avaliando a dor no recém-nascido

Após as considerações sobre a percepção da dor pelo bebê e mecanismos ou procedimentos potencialmente dolorosos, os entrevistados foram indagados, sem alternativas pré-estabelecidas, sobre como avaliavam ou diagnosticavam que o recém-nascido estava

acometido de quadro doloroso, tendo em vista se tratar de indivíduos em período pré-verbal. Em que pese tratar-se de um grupo composto por três especialidades profissionais, mas que atuam no momento do parto e nascimento, o que se observou foram falas, em sua maior parte, baseadas em avaliações subjetivas ou em conhecimento superficial. O choro foi a manifestação de dor mais citada pelos entrevistados. Ao todo 7 (73%) falas consideraram o choro como o sinal que identificam no bebê que está com dor, conforme se pode observar no trecho abaixo:

É através do choro. Você vê que é um choro, é choro.... Chorou, tá com alguma coisa incomodando! Alguma coisa! [...]. Uns se espicham assim, se empurram da mãe. (Dr.^a Madalena).

Em artigo intitulado “*O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido*”, que entrevistou 104 pediatras na cidade de Belém-Pa, Chermont et al (2003) demonstraram que dentre os pediatras entrevistados, somente 1/3 conhecia alguma escala de avaliação de dor, e questionavam o critério que aqueles profissionais utilizavam para avaliar e tratar a dor nos bebês, visto que desconheciam os parâmetros (?). No mesmo trabalho, os autores registraram que a manifestação de dor mais citada pelos profissionais foi o choro. (CHERMONT et al., 2003).

Para Guinsburg (2010) os profissionais que trabalham com recém-nascidos e lactentes pré-verbais precisam se apropriar na leitura dos sinais e manifestações de dor especificamente nesses indivíduos, visto que se trata de exigência prioritária do compromisso do profissional de saúde, que é “diminuir o sofrimento do paciente”. (GUINSBURG, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; CHERMONT, et al, 2003). Mas apesar do tempo de evolução dos conhecimentos sobre a dor em indivíduos dessa faixa etária, incluindo a construção/elaboração das escalas de avaliação de dor, ainda se registra distância importante “entre o conhecimento teórico e a conduta prática por parte dos profissionais de saúde”, como identificado por Chermont et al (2003) e reafirmado por Guinsburg (1999; 2010).

Alguns entrevistados, a despeito de terem citado apenas o choro como sinal que reconhecem como manifestação da dor no recém-nascido, entendem que esse não é um dado específico do fenômeno em bebês, mas que pode associar-se a outras situações como a fome, o frio ou algum desconforto, conforme foi observado nas falas de Enf.^a Ana e Enf.^a Judith, no trecho abaixo:

Ele logo responde, né? Com o chorinho, né? O choro ainda é a principal resposta que a gente tem que o bebê não tá legal, mas, assim.... Tem bebê que fica bem irritado também, pelo barulho.... Aí a gente logo, “ah esse bebê é chorão”, mas algo ali tá despertando isso nele, né? Ele pode reclamar da luminosidade, com barulho e com os procedimentos que ele sofre, né? Que ele recebe, na verdade! Não é sofrer! Que é a vitamina k, as vacinas que ele faz ainda dentro do hospital, né? A BCG e a hepatite B... Com certeza! Eu acredito que sim! Se não sentissem, eles não choravam (risos). (Enf.^a Ana).

Eu acho que, assim, é muita... O choro... ele pode dizer muita coisa pra gente, né? O choro é... Ele pode ter feito xixi, ou o choro pode ser uma dor, uma cólica, ou pode ser uma vitamina k, mas eu acredito que a vitamina k em si, eu acho que há uma sensação de dor, porque quando se faz uma medicação, uma furadinha que dá no bebê é automaticamente o impacto que ele tem é o choro, então com certeza causa uma certa dor nele, entendeu? (Enf.^a Judith).

Os bebês manifestam a dor por meio da alteração de parâmetros fisiológicos, e comportamentais. Os parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial, não são específicos, pois se alteram em outras situações de estresse. Os parâmetros hormonais são pouco específicos, de difícil controle e sua avaliação implica em dor, pois exige a punção para coleta de amostra sanguínea, além de necessitar um tempo para resposta. Restam os parâmetros comportamentais que oferecem respostas mais específicas que os fisiológicos e incluem o choro, as mímicas faciais, resposta motora e o padrão de sono e vigília. Ainda que destacada a avaliação da dor através dos parâmetros comportamentais, esse sinal é considerado subjetivo dado que fica na dependência da avaliação de um cuidador. (GUINSBURG & CUENCA, 2010; SILVA et al, 2007, CHERMONT, 2002).

Na concepção dos autores Guinsburg & Cuenca (2010):

Atribui-se importância crescente a essas medidas comportamentais, uma vez que elas parecem representar uma resposta mais específica ao estímulo doloroso, comparadas aos parâmetros fisiológicos acima descritos. (GUINSBURG & CUENCA, 2010, p. 3).

Na análise dos dados encontrou-se, também, três profissionais que conheciam as escalas de avaliação de dor do recém-nascido. Um deles, atuante em obstetrícia, apesar de não as utilizar em suas atividades profissionais, conseguiu descrever a lógica proposta por esses instrumentos. Outros dois afirmaram que as escalas eram utilizadas na Unidade Neonatal do hospital em que atuavam.

✓ As Escalas de dor do Recém-nascido

Depois de entender que o bebê é um indivíduo com capacidade nociceptiva, porém não verbaliza suas sensações, mas transmite sinais de sua dor de várias formas através de parâmetros fisiológicos e comportamentais, foi necessário construir um método para decodificar esses sinais e garantir o seu uso para fins terapêuticos. Isso ocorreu por volta do final da década de 80, quando foram concebidas as Escalas de Avaliação da Dor dos Recém-nascidos. (GUINSBURG & CUENCA, 2010; CHERMONT et al, 2003). A considerar o parâmetro utilizado, dois tipos de escalas são mais habituais:

“[...] escalas **unidimensionais**, que avaliam a resposta comportamental à dor, e ferramentas **multidimensionais**, que incluem uma combinação de parâmetros objetivos e subjetivos relacionados à resposta à dor exibida pelo recém-nascido. (GUINSBURG & CUENCA, 2010, p. 6-7) (*Grifo nosso*).

A existência de uma “dissociação” entre manifestação comportamental e fisiológica da dor dos bebês, sugerindo que podem existir atalhos nas conexões nociceptivas que atuariam os núcleos cerebrais responsáveis pelos movimentos da face e do corpo, sem passar pela ativação dos centros de controle das respostas fisiológicas, é uma hipótese que explicaria os sinais comportamentais mais frequentemente encontrados, em descompasso aos fisiológicos. Justificando a maior sensibilidade das escalas unidimensionais na tradução dos sinais de dor do bebê e, portanto, a sua utilização indispensável, associada às demais, no diagnóstico da dor neonatal, Guinsburg relata que três escalas têm sido eleitas com mais frequência para utilização no serviço neonatal em que atua: BIIP, NIPS e EDIN. (GUINSBURG & CUENCA, 2010).

A título apenas de demonstração, fez-se uma abordagem superficial sobre duas das escalas citadas, escala BIIP e NIPPS:

Escala BIIP ou Behavioral Indicators of Infant Pain (Indicadores Comportamentais da Dor Infantil) é uma versão mais moderna da escala NFCS (Sistema de Codificação Facial do Recém-Nascido). É uma escala comportamental e considera estado de alerta e movimentação das mãos, associando o bebê e o meio ambiente. Pode ser utilizada para crianças em todas as faixas etárias, inclusive neonatos prematuros e a termo. (GUINSBURG & CUENCA, 2010).

Quadro 4 - Escala de avaliação da dor no recém-nascido - BIIP

BIIP	Pontos	Definição
<i>Estado de sono/vigília</i>		
Sono Profundo	0	Olhos fechados, respiração regular, ausência de movimentos das extremidades.
Sono Ativo	0	Olhos fechados, contração muscular ou espasmos/abalos, movimento rápido dos olhos, respiração irregular.
Sonolento	0	Olhos fechados ou abertos (porém com olhar vago, sem foco), respiração irregular e alguns movimentos corporais.
Acordado/Quieto	0	Olhos abertos e focados, movimentos corporais raros ou ausentes.
Acordado/Ativo	1	Olhos abertos, movimentos ativos das extremidades.
Agitado/Chorando	2	Agitado, inquieto, alerta, chorando
<i>Face e mãos</i>		
Fronte Saliente	1	Abaulamento e presença de sulcos acima e entre as sobrancelhas
Olhos espremidos	1	Compressão total ou parcial da fenda palpebral
Sulco nasolabial aprofundado	1	Aprofundamento do sulco que se inicia em volta das narinas e se dirige à boca.
Estiramento horizontal da boca	1	Abertura horizontal da boca acompanhada de estiramento das comissuras labiais.
Língua tensa	1	Língua esticada e com as bordas tensas
Mão espalmada	1	Abertura das mãos com os dedos estendidos e separados.
Mão fechada	1	Dedos fletidos e fechados fortemente sobre a palma das mãos formando um punho cerrado/ mão fechada

Fonte: Guinsburg & Cuenca (2010)

Escala NIPPS ou Neonatal Infant Pain Scale (Escala de Dor Neonatal) é uma escala multidimensional que associa um indicador fisiológico e cinco comportamentais. Normalmente utilizada para avaliar tanto neonatos a termo ou prematuros e devem ser aplicadas 1 minuto antes e um minuto após procedimentos agressivos. (GUINSBURG & CUENCA, 2010; SILVA, et al, 2007).

- ✓ **Comportamentais:** Expressão facial, choro, movimentos dos braços e pernas e estado de consciência.
- ✓ **Fisiológico:** Padrão respiratório.

A análise do escore varia de 0 (zero) a 7 (sete) pontos. A pontuação máxima é de 7 pontos, considerando dor ≥ 4 . (SILVA, et al, 2007).

Quadro 5 - Escala de avaliação da dor no recém-nascido - NIPPS

Escala de NIPPS para avaliação da dor em recém-nascido a termo e prematuros			
PARAMETRO	0	1	2
EXPRESSÃO FACIAL	RELAXADA	CONTRAÍDA	X
CHORO	AUSENTE	RESMUNGOS FRACOS	VIGOROSO
RESPIRAÇÃO	RELAXADA	ALTERADA/IRREGULAR	X
BRAÇOS	RELAXADOS	FLETIDOS /ESTENDIDOS	X
PERNAS	RELAXADAS	FLETIDOS /ESTENDIDOS	X
ESTADO DE CONCIENCIA	DORMINDO	AGITADOS	X

Fonte: Guinsburg & Cuenca (2010)

Guinsburg (2010) ressalta que as avaliações de dor devem ser realizadas com regularidade pelos membros da equipe, observando as escalas específicas para as categorias profissionais, e o resultado das avaliações para a efetiva prescrição e aplicação da terapia indicada, que impõe, da mesma forma, avaliações frequentes de efetividade e revisão de todo o processo.

Apesar de todo o arsenal de pesquisas desenvolvidas desde a década de 80 e que subsidiou a criação de escalas de avaliação de dor para auxiliar no tratamento que amenize ou elimine a dor dos bebês que não conseguem verbalizar o que sentem e sofrem e, ainda, da repercussão que a exposição prolongada a esses estímulos pode produzir para esses indivíduos, algumas situações ainda concorrem para que a dor em bebês seja subestimada, como:

a) o reduzido conhecimento sobre os efeitos da dor no neonato; b) dificuldade na avaliação da dor pelos profissionais; c) conhecimentos incompletos sobre métodos ou medicamentos para alívio ou redução da dor em bebês; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.70)

a) ausência de protocolos de avaliação e tratamento da dor nas unidades neonatais e pediátricas; b) desconhecimento teórico sobre a fisiopatologia da dor, métodos de avaliação e alternativas terapêuticas por parte da equipe multiprofissional que atua diretamente com esses pacientes. (SILVA et al, 2007, p. 569)

Silva et al (2007) argumentam que é necessário que:

[...] a dor no recém-nascido seja valorizada como o quinto sinal vital, sendo avaliada de maneira sistematizada e tratada mediante protocolos previamente estabelecidos, abolindo o empirismo e o subtratamento. Essa cultura deve ser incorporada à prática diária das unidades e não como rotina aplicada em situações específicas. Uma vez difundido esse padrão de comportamento, torna-se uma transgressão não avaliar e não tratar a dor desses pacientes tão frágeis e expostos com tanta frequência a procedimentos dolorosos e estressantes. (SILVA et al, 2007, p.568)

c) Estratégias de alívio da dor no recém-nascido

Sobre os métodos ou estratégias de alívio da dor ou analgesia utilizada para o bebê, a maior parte dos entrevistados relatou utilizar algum método, referindo-se, invariavelmente ao uso da sucção nutritiva ou não nutritiva e contato materno. Entre os profissionais que não atuam na neonatologia, pelo menos dois conseguiram relatar algum tipo de método de alívio, embora não tenham que realizar esse procedimento como rotina. Como demonstrado no caso abaixo:

Eu uso uma coisa que ninguém gosta (risos), mas eu quero, eu coloco assim, quando ele não aceita quando a mãe não tá conseguindo botar na mama, porque ela fica muito nervosa, também, e isso passa pro bebê, eu ponho a mãozinha dele. A costa da

mão.... Essa parte aqui (demonstra) ... na boca. Na boca dele, do bebê. Essa parte do osso, aqui debaixo da mão, pra ele sugar. A sucção, não sei porque, ajuda. Mesmo que não saia nada, é só [...]. (Dr.^a Madalena).

A entrevistada, embora desconhecendo, utiliza o método denominado “sucção não nutritiva”, indicado para a realização de pequenos procedimentos como punções. Trata-se de uma das estratégias de alívio da dor empregadas com maior frequência na neonatologia juntamente com a sucção nutritiva, como o aleitamento materno. Esse recurso não farmacológico, a semelhança da utilização da chupeta, glicose ou água com açúcar, embora não diminua a dor, inibe a hiperatividade e modula o desconforto do recém-nascido, ajudando o bebê a se organizar durante os estímulos agressivos e controlando os impactos sobre o organismo. (GUINSBURG, 1999).

Entre os profissionais que atuam em neonatologia, o conhecimento foi naturalmente maior sobre os métodos de alívio, incluindo a menção sobre utilização das escalas de avaliação de dor e métodos medicamentosos para os casos de procedimentos maiores.

Sim, principalmente nos bebezinhos, ditos normais, na coleta de exames que precisa eventualmente.... Tem a sucção não nutritiva, que é um dedo de luva pra poder aliviar o bebê ou o próprio seio materno e, também, tem a estratégia da glicose [...] É protocolo, pra analgesia de punções venosas. Quando é um procedimento mais doloroso que aí eu listo aí principalmente passagem de cateter. Não cateter umbilical, PICC e flebotomia, e, também, intubação traqueal, a gente faz essa analgesia com Fentanil mesmo, [...]. Então cada procedimento tem uma linha de analgesia proporcional à dor que lhe confere, e esse acompanhamento é feito por escore de dor antes e depois dos procedimentos. (Dr. Marcos).

Uma das entrevistadas demonstrou que embora tenha conhecimento sobre protocolos de avaliação de dor para os recém-nascidos, na UTI Neonatal onde trabalha, não identifica que os mesmos sejam utilizados, assim como os métodos de alívio, conforme observado no fragmento retirado da entrevista:

Olha, tanto aqui quanto no Hospital Carinho (público), por exemplo, quem faz coleta de sangue pra exames são os técnicos do laboratório, né? Quem faz o Dextro⁴⁵ pra ver a glicemia são os enfermeiros. Aqui eu não observo e no Hospital Carinho (público) eles não fazem a analgesia, não. Nem essa história de chupetinha de glicose eles não fazem, não. O certo, ao meu ver, não seria nem a chupetinha de glicose... porque como a gente sabe a glicose... ela tem um efeito analgésico. Ao meu ver nem seria isso, seria mesmo colocar pra mamar, porque tá comprovado que quando o bebê mama alivia a dor. Então se você puder fazer qualquer coisa que seja doloroso com o bebê mamando, é melhor. Isso já é uma analgesia. ficou comprovado. (Dr.^a Esther).

⁴⁵ Exame de sangue que, realizado com um aparelho digital, mede a quantidade de glicose presente no sangue: exame de Dextro.

Fica demonstrado na fala da profissional que há um conhecimento técnico, porém, identifica-se a construção de um sentido que a exclui da responsabilidade ou participação na cena da dor ou do procedimento doloroso no bebê. O sentido de insatisfação que constrói ao demonstrar a prática descompromissada dos membros da equipe, parecem distante da sua própria responsabilidade, embora o ato ocorra em sua presença. E não considera que possa intervir para mudar essa prática. O erro é do outro.

Para Silva et al (2007), “a dor deve ser valorizada como o quinto sinal vital e avaliada de maneira sistematizada também nos recém-nascidos” a fim de resultar em sua efetiva estratégia de tratamento, uma vez que “[...]. O ideal é que a avaliação e o tratamento da dor sejam interdependentes, pois um é praticamente inútil sem o outro [...]”. (SILVA et al. 2007, p.566).

Em 1989, Schechter, em publicação no *Pediatrics Clinics of North America*, constatando que a dor nas crianças não era tão valorizada quanto nos adultos, visto que as informações ainda eram limitadas, ponderou que as mudanças estavam avançando e que “Em breve, será inaceitável socialmente que o médico ignore o sofrimento das crianças” (SCHECHTER, 1989). Afirmação que justifica o estranhamento que se avoluma ao se perceber que passados 28 anos, ainda pode ser natural desconsiderar a analgesia para realização de procedimento doloroso no bebê. Mesmo reconhecendo-a como um ato de violência, como foi observado, embora de forma jocosa, na manifestação de um dos entrevistados:

Não sei.... Não sei te responder.... Realmente eu não sei. Só sei que a agulhada dói (risos) Eu encho muito o saco da "colega" (risos): “Vocês falam de violência e vocês tascam essa agulhada e ninguém fala nada [...]”. (Dr. Paulo).

A análise dos dados referentes ao tema/categoria, demonstrou que a maior parte dos entrevistados reconhece que o bebê é capaz de sentir dor, poucos parecem ter conhecimento mais aprofundado sobre o seu diagnóstico, incluindo as escalas de avaliação de dor, mas uma boa parte consegue demonstrar alguma estratégia para alívio, diferente do que concluiu Chermont em 2003, quando comprovou que era reduzido o número de profissionais que utilizava estratégias de alívio da dor em recém-nascidos.

A partir da análise desse tema/categoria, constatando que passados mais de 14 anos da pesquisa de Chermont em 2003, ainda há muito que avançar no sentido de instituir a utilização dos protocolos de avaliação e tratamento da dor no recém-nascido, uma vez que se

está caminhando muito lentamente, a considerar o contexto histórico evolutivo do exercício profissional, para a efetivação das práticas preconizadas pela Política Nacional de Humanização, Política de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISM) e a Rede Cegonha. Porém, grande parte do esforço necessário para efetivar essa mudança, ainda depende do empenho coletivo de fazer, visto que, em que pese os parcos avanços, fica claro o pouco interesse que o assunto ainda desperta nos profissionais que atuam diretamente na cena do parto. Nesse contexto avalia-se que os sentidos produzidos pelos profissionais, de maneira geral, ainda estão desconectados do significado de cuidado em saúde, e do bebê como sujeito de direitos.

7.3 Protocolos e condutas obstétricas e neonatais

No tema/categoria Protocolos e Condutas Obstétricas e Neonatais, pretende-se analisar os sentidos que os profissionais atribuem aos protocolos ou outros instrumentos utilizados para balizar e desenvolver suas práticas nas maternidades onde atuam, mais especificamente na sala de parto e nascimento.

Os protocolos se constituem em instrumentos legais que orientam as práticas profissionais dentro dos serviços de saúde. Baseados nas melhores evidências científicas, os protocolos preveem todos os fluxos diagnósticos, terapêuticos e operacionais, definindo as competências sobre as decisões, usos de tecnologias e realização de procedimentos e intervenções, em busca de garantir o cuidado/assistência qualificado/a. No protocolo estão previstas as diversas direções/alternativas do processo de cuidado a partir das respostas/manifestações apresentadas, de forma encadeada, para as melhores decisões que favoreçam o/a usuário/a. (PIMENTA, 2015)

Na análise dos dados da pesquisa, surgiram várias abordagens sobre protocolos e práticas obstétricas e neonatais, entre as quais a que se refere à **existência e utilização de protocolos assistenciais próprios das maternidades**, como base para as práticas desenvolvidas no trabalho de parto, parto e com o recém-nascido. Nesse sentido, embora não se tenha conseguido a disponibilização desses instrumentos, observamos que apenas uma maternidade pública, das que os entrevistados trabalham, possui protocolo próprio com esse

objetivo, utilizado também em uma maternidade privada, conforme citado por um dos entrevistados.

No caso da Neonatologia, os entrevistados, justificaram a ausência de protocolos em suas práticas, devido buscarem cumprir as diretrizes de sua sociedade de classe e do Ministério da Saúde. Fazendo-se valer, principalmente, das “Diretrizes da Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP 2016”, que está disponível on-line. Houve, ainda, menções ao que chamaram de “Parto Humanizado do Ministério da Saúde” e à Rede Cegonha/MS.

Fica demonstrado, portanto, que apenas uma das maternidades em que trabalham os profissionais entrevistados (pública) dispõe de protocolo obstétrico e não há protocolo de atenção neonatal. Mas tal fato não parece ser uma preocupação desses profissionais, visto que ancoram suas práticas nas diretrizes da SBP.

A gente tenta seguir o fluxograma da Sociedade Brasileira de Pediatria, em relação a reanimação neonatal, onde eu tenho alguns... eh... eh ...sinais de inspeção do bebê, pra ver se ele nasceu bem. Então tudo o que a gente for fazer com bebê vai depender do estado de vitalidade que ele nasce[...]. (Dr.^a Maria).

Uma perspectiva que parece mobilizar os entrevistados a verem o valor do protocolo é o entenderem como meio para sua própria segurança, quando demonstram que podem usá-lo como estratégia de defesa no caso de problemas com a aplicação de determinadas práticas como a episiotomia. Situação relatada pelo Dr. João no fragmento abaixo:

O nosso protocolo permite que a gente peça autorização pra paciente e faça uma anestesia local e faz a epísisio. Então isso me livra de ser processado por ser violência obstétrica: “_ Não... Tá no protocolo! (Dr. João).

Os investimentos em várias estratégias pela mudança do modelo de assistência ao parto, a partir da incorporação das boas práticas obstétricas e neonatais, alicerçadas em bases científicas, vêm repercutindo paulatinamente nas mudanças e reflexões dos profissionais, mesmo que o sentido possa passar, antes, pelo medo das punições ou processos éticos. Essas reflexões envolvem um contexto de maior cuidado e, inclusive, descontinuação da utilização de procedimentos incrustados nas rotinas dos serviços. Uma fala importante nesse sentido está no fragmento abaixo:

[...] eu tenho essa visão de 2009 pra cá; o que eu vejo desenvolver do parto, eu percebo que é muito mais tranquilo pro bebê o nascimento, esperando cada puxo involuntário, ehh... explicando pra mãe que ela não precisa empurrar de uma vez,

que ela pode ir devagar, que o tecido vai se adaptando. Eu tenho impressão que essa transição lenta é melhor de que a brusca, de que é empurrado, de que a ocitocina artificial. Eu tenho certeza disso ai... (Dr.^a Madalena).

A entrevistada revela ter registrado na memória o momento em que começou a rever suas condutas frente à assistência obstétrica e a partir desse marco importante em sua trajetória, inaugurou a mudança que parece tê-la feito entender que o nascimento sem sua intervenção pode ser mais tranquilo para o bebê, à medida que permite ao mesmo transpor o canal de parto, vivenciando uma “transição lenta” e necessária. Sem ocitocina de rotina e sem puxos dirigidos.

a) O Parto

De uma forma geral, a análise dos dados em relação às práticas obstétricas no parto demonstrou que para os entrevistados o parto normal vem prevalecendo nas maternidades públicas onde trabalham, com percentuais entre 50 a 70% (valores citados pelos entrevistados) e os números da cesariana são, ainda, extremamente elevados na maternidade privada, representando percentuais entre 80 a 95% (também citados). A maior parte dos entrevistados se disse voltada ao atendimento humanizado do parto, e, nesse sentido, estariam buscando reduzir as taxas de cesariana nas instituições em que atuam. Essa afirmação, no entanto, ainda não encontra respaldo nos números informados, que revelam uma outra realidade, consubstanciada por algumas falas:

[...] os partos aqui são muito frequentes serem cesarianos, aqui na Maternidade Amor. Porque aqui não fica ninguém de plantão. Existe uma emergência e os médicos que ficam de plantão são clínicos e os especialistas ficam de sobreaviso, então pra você manter uma paciente evoluindo pra parto normal, você tem que ter uma equipe aqui 24 horas de plantão e não existe. Existe um sobreaviso: chegou alguém parindo chama o obstetra, o obstetra vem, faz o parto, o pediatra vem faz a sala de parto... Então a maioria dos partos aqui são partos cesarianos. Agora na Maternidade Carinho... Ehh... eu não vou te dizer que é raro o parto cesariano, mas a maioria é parto vaginal, eles só fazem parto cesariano no último caso. (Dr.^a Esther).

No fragmento da entrevista da Dr.^a Esther, acima, pode-se observar que não há plantão obstétrico noturno na maternidade em que trabalha, motivo pelo qual é realizado o agendamento das cesarianas a fim de garantir que a gestante possa ser atendida. Caso contrário, pode não haver profissional disponível no hospital. Este fato corrobora com o que se observou nos relatórios de supervisão de maternidades produzidos pela Secretaria de Saúde do Pará - SESPA entre os anos de 2012 a 2014. Os relatórios, decorrentes de uma ação de

supervisão nas maternidades da Região Metropolitana de Belém, descrevem a ocorrência de grande número de cesarianas previamente agendadas, em alguns casos pelos próprios profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para as maternidades contratualizadas pelos municípios da Região, para atendimento às usuárias do SUS. Na grande maioria dos casos consta identificada a intenção de realização de laqueadura tubária, mediante retorno financeiro ao profissional(?). Essas cesarianas eram realizadas, em sua maioria, de segunda a sexta feira, durante o dia, ou seja, atendiam, provavelmente, à disponibilidade de tempo dos profissionais. Nos mesmos relatórios há registro de bebês de bom peso (2.900g -3. 200g), com provável prematuridade iatrogênica necessitando de transferência para hospitais de maior porte, tendo em vista a realização da cesariana eletiva antes de 39 semanas de gestação. Por outro lado, encontra-se registrada também, a prática de laqueadura tubária durante o parto operatório e em mulheres com menos de 25 anos ou dois filhos vivos, em desobediência à Lei Federal nº 9263/1996⁴⁶.

Os encaminhamentos dos relatórios aos órgãos competentes resultaram em algum efeito sobre as práticas nas maternidades, como a colocação de placas referentes à Lei Federal 11.108/2005⁴⁷ sobre o direito ao acompanhante, na recepção das instituições; em audiência pública na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção Pará – OAB-Pa, em setembro de 2014, com a presença do Ministério da Saúde, e no fechamento de uma maternidade, por decisão do proprietário. Muito provavelmente devido às pressões realizadas pelo Fórum Perinatal Metropolitano, através de visita in loco e questionamentos após casos prováveis de prematuridade iatrogênica registrados nos relatórios de supervisão. Outras medidas legais ainda são desconhecidas.

Para os entrevistados, a indicação de cesarianas na maternidade pública em que atuam, obedece aos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e não há cesariana eletiva, diferente dos hospitais privados, em que na maior parte das vezes, os nascimentos ocorrem através de cirurgias programadas, mesmo que recentemente tenham começado a

⁴⁶ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9,263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, p. 561.

⁴⁷ _____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, p.1, 2005.

cumprir a Resolução nº 2.144/2016⁴⁸ do Conselho Federal de Medicina – CFM, que orienta o agendamento da “cesariana a pedido” somente a partir da 39^a semana de gestação. Este fato, segundo uma das entrevistadas, tem ocasionado com que a mesma seja frequentemente acionada quando a gestante já está em trabalho de parto.

Tem, tem... Tem aguardado, sim. Porque todos não têm mais tentado fazer 38, por causa de erro de data, né? Aquele risco daquele bebê ser aquele bebê limítrofe... de transição... então eles têm aguardado 39. Tenho sido mais chamada pra Cesárias assim que: - Ahh ...Era segunda, aí ...”Ahh... Maria vai ser hoje, porque estourou a bolsa”, alguma coisa.... Tem acontecido bastante. (Dr.^a Maria).

Não há dúvida que a Resolução do CFM é positiva, principalmente observando que a prática da cesariana eletiva, e sem critério, se disseminou nas maternidades privadas e conveniadas ao Sistema Público, guardadas as diferenças no relativo às suas causas e formas de produção nos estratos sociais, como está demonstrado no trabalho de Leal et al (2014), onde, no universo estudado, a cesariana representou valor proporcional de 45,5% nas mulheres com gestação de risco habitual, e que:

Mulheres sem plano de saúde, adolescentes, nas categorias mais baixas de escolaridade (< 7 anos de estudo), não brancas (exceto as amarelas) e multíparas, tiveram menos chances de realizar uma cesariana [...] (LEAL, et al, 2014, p. 21)

Necessário refletir, porém, sobre as verdadeiras indicações que situam algumas cesarianas como não eletivas, mas de risco, visto que as informações contidas nos Relatórios de Supervisão de Maternidades/SESPA comprovam os agendamentos, em grande parte justificados como gestações com algum risco e que são realizadas no Sistema Público. Essas, provavelmente ultrapassariam os dados de cesarianas em situação de risco habitual demonstrados na pesquisa nascer no Brasil, caso fossem registradas como eletivas, que foram.

É de se supor, diante de situações como a exposta, que a prematuridade iatrogênica ainda não seja considerada na dimensão necessária, ou seja, como importante fator de risco para a elevação dos casos de internação em UTI Neonatal e da mortalidade infantil, além de se constituir em um tipo de prematuridade tardia totalmente evitável, visto que se fala de cesariana eletiva. (RESENDE et al, 2015; LEAL, 2008). Como referiu Leal em sua apresentação no Seminário BH pelo Parto Normal (2008, p. 24-25):

Outro dado disponível é o das três coortes da cidade de Pelotas/RS (1982, 1993 e 2004), nas quais se observa diminuição do número de nascidos vivos, aumento de cesáreas e aumento da prematuridade tardia (Barros et al., 2005). **Os resultados**

⁴⁸ Define que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

apontam para uma provável intervenção no padrão de nascimento das crianças. (Grifo nosso)⁴⁹

Engle et al (2007), estudaram os prejuízos da prematuridade através das diferenças entre as taxas de mortalidade infantil, comparando os bebês de termo (RNT)⁵⁰ e bebês pré-termo tardios (PTT)⁵¹. Comprovaram então que a mortalidade é sempre maior entre os pré-termos tardios, nos quais as taxas de mortalidade entre 0 e 6 dias de vida, é duas vezes maior que nos bebês de termo; e a taxa de mortalidade de 28 e 364 dias de vida é 5 vezes maior no pré-termo que no bebê de termo. Segundo os pesquisadores, apesar das pessoas considerarem diferente, a prematuridade tardia é um fator de risco para a mortalidade infantil.

Para Rugolo (2011, p. 5-6):

Dentre os vários problemas do PTT destaca-se a morbidade respiratória, que além de frequente pode ser grave. Necessidade de internação em UTI Neonatal ocorre em mais que 1/3 dos PTT (<10% nos RNT). E os distúrbios respiratórios constituem a principal indicação. Dentre os RN internados em UTI Neonatal, nos PTT os riscos de SDR é 8 vezes maior, há maior necessidade de CPAP nasal (9 vezes), de ventilação mecânica (5 vezes) e surfactante (42 vezes), em comparação aos RNT.

Em outro aspecto do parto, grande parte dos entrevistados considerou a diferença entre bebês que nascem de cesariana e os que nascem de parto normal. De acordo com a avaliação da maioria, os bebês que nascem de parto normal são frequentemente mais “hígidos”, “ativos”, “vigorosos” e conseguem melhor e mais rápida adaptação após o nascimento, enquanto os bebês de cesariana demoram mais para se adaptar, mamar, com o complicador que é a menor autonomia da mãe no parto operatório:

Principalmente respiratória. É nítido. Toda criança de Cesária, ela fica com dificuldade respiratória, com dificuldade de amamentar porque o narizinho ainda tá entupido. O próprio canal de parto faz aquele muco todo sair. E é uma coisa, assim, quase de rotina. A gente sabe. Cesária sempre dá esse problema. O neném tem dificuldade de amamentar por causa da respiração; o narizinho acaba ficando entupido, aí tem que lavar. A gente lava com água destilada e aspira com a bombinha, só o nariz. A gente não aspira... com... **(Com bomba, né?)** ...aquela

⁴⁹ LEAL, Maria do Carmo. Aumento da prematuridade no país: melhoria de acesso à tecnologia ou prematuridade evitável? In: LANSKY, Sônia; Leão, MRC. (Org) **SEMINÁRIO BH PELO PARTO NORMAL**, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.

⁵⁰ Recém-Nascido de Termo – recém-nascido de 37 semanas a menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias) de gestação. <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>

⁵¹ Pré-Termo Tardio – é aquele nascido entre 34 e 36 semanas e 6 dias de gestação. http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf

bomba, é só pra aquela perinha. A gente lava e aspira com a perinha, várias vezes ao dia, antes dela amamentar. Pra que ele consiga mamar respirando, porque senão a mãe fica angustiada, a família fica angustiada e daqui a pouco querem NAN, entendeu? Fica aquela loucura, então tem que dar uma assistência muito de perto. Essa pra mim é a diferença fundamental. (Dr.^a Madalena).

Partos cesáreos tem impacto importantíssimo na criança... Microbioma... Tudo que a gente sabe, né? Modificação de microbioma. São os procedimentos cirúrgicos que dão... que tá mais relacionado à... ao impacto negativo sobre o aleitamento materno, né?... São bebês que ficam mais tempo afastados da mãe... Isso é uma coisa que a gente observa muito, né? Onde a mãe fica muito impossibilitada de se relacionar com a criança. Eu acho que a cesárea tem esse impacto mais importante, acho que naquele momento, né? Por ser uma pessoa que tá sobre efeito narcótico, de anestesia é uma mãe que não vai ter muita autonomia no cuidado com a criança. Então eu acho que esse é o maior impacto, por isso que tem esse impacto da amamentação... porque é uma coisa que a gente vê, né? As mulheres normalmente estão muito acomodadas, né? Por conta de toda essa questão da anestesia... e se relacionando muito pouco de contato com a criança. No parto vaginal é bem diferente, né? Ehh... Uma visão de quando a gente passa visita... numa visão, assim, bem simplista da coisa né(?), os bebês estão no colo das mães de parto normal e a de cesárea é o contrário. (Dr.^a Sarah).

Alguns profissionais fizeram questão de pontuar que na maior parte das cesarianas a própria indicação da cirurgia já define que o bebê terá algum problema. Houve também os que consideraram que os bebês de parto normal nascem mais deprimidos, pelo tempo que permanecem no canal de parto, conforme fragmento abaixo:

Depende da indicação do parto Cesário, né? Então se foi uma indicação que o bebê já estava em sofrimento, você vai perceber alguma diferença. Agora, via de regra, se estava tudo bem, bebê de termo, Cesária eletiva... Está tudo bem! Não vejo diferença. Mesmo... mesmo por muitas vezes a gente até vê uns bebês que nascem de parto normal um pouco mais deprimidos, né? Por terem ficado um pouquinho mais no canal de parto que um bebê que nasceu até de parto Cesário. Nasce às vezes até mais vigoroso que um bebê de parto normal. Depende muito de como foi conduzido, tanto um parto quanto o outro e, também, da indicação tanto de um parto como o outro, né? (Dr.^a Maria).

Um dos entrevistados argumentou que o nascimento por cesariana beneficiaria o bebê, pois “*sempre tira o bebê bem*”, visto que não se trataria de uma “*urgência*”. No entanto, como antes referido, pesquisas realizadas no Brasil e exterior demonstraram que a cesariana está relacionada com grande risco de prematuridade tardia (iatrogênica), e todas as situações que envolvem um bebê prematuro, como o frequente desconforto respiratório, alterações metabólicas, que contribuem para o aumento no número de internações do bebê em UTI Neonatal; uso de ventilação mecânica e óbito neonatal. (TESSER et al, 2015; RESENTE, 2015; RUGOLO, 2011; Engle et al, 2007).

No estudo de Rugolo (2011), a autora afirma, sobre o recém-nascido pré-termo tardio:

[...] geralmente pesam mais que 2.500g, assemelham-se aos RN de termo, e foram inicialmente designados como “RN quase termo”. Porém, são imaturos em vários aspectos fisiológicos e metabólicos, tem risco aumentado de morbidade e mortalidade, e NÃO devem ser cuidados como se fossem de termo. Assim, a terminologia mudou para “RN Pré-termo Tardio”. (RUGOLO, 2011, p. 1)

Outra abordagem sobre o tema/categoria referiu-se às **condutas obstétricas no parto**, e conduziu a vários sentidos. Os desdobramentos dessas condutas sobre o bebê foi um ponto importante que se considerou para a análise, e os dados demonstraram que a maior parte dos entrevistados (8) entende que a realização de analgesia, *puxo dirigido*⁵² e de ocitocina, durante o trabalho de parto, têm efeitos sobre o bebê.

b) Ocitocina Sintética

Sobre a **ocitocina sintética** no trabalho de parto, os profissionais reconheceram que sua administração de forma indiscriminada, principalmente para acelerar o nascimento, deve ser descontinuada, posto que tem consequências para mãe e bebê, levando, entre outras coisas, ao sofrimento fetal. Complementando esse pensamento que foi praticamente unânime, alguns profissionais explanaram sobre as indicações de uso desse hormônio sintético:

[...] eu acho que a ocitocina, em alguns casos, tem a sua indicação. Ela tem indicação, por exemplo, quando há na parada de progressão que a gente chama de distócia funcional, ou, por qualquer motivo, o útero entra em estafa, ele não tem mais força pra contrair, aí se faz uma ocitocina e ajuda. Eu sou contra a ocitocina pra acelerar o parto. Isso eu sou totalmente contra, nunca gostei de fazer [...] [...] No bebê? Olha, se for a ocitocina sem uma indicação, pode levar o sofrimento fetal, pode dar distócia que dá o sofrimento fetal... Fora isso, não [...] (Dr. João).

Por outro lado, surgiram afirmações do tipo:

No bebê? Eu acho que em determinadas situações ele têm uma ação benéfica ao bebê, por que proporciona **um melhor parto... mais rápido**, eu vejo que a criança, a mulher quando é bem tratada em trabalho de parto...só existem duas opções, ou nascer: por baixo ou via alta. Então, o **quanto mais rápido o neném passar pelo canal do parto menos sofrimento pra criança, menos sofrimento pra mãe**, [...] (Dr. Paulo) (Grifo nosso).

No segundo fragmento acima o entrevistado afirma que o uso da ocitocina durante o trabalho de parto implica em um parto “mais rápido”, e, no seu entendimento “o parto mais

⁵² é conhecido como o “comando” do parto; é o esforço de puxo prolongado e dirigido, ou seja, solicitado pelo profissional assistente (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.

rápido seria o melhor”, ou seja, a passagem mais rápida pelo canal de parto seria melhor para a mãe e para o bebê. Essa afirmação caminha para o sentido oposto ao que as evidências científicas, vêm demonstrando e embasando sobre a necessidade de mudanças de práticas obstétricas, ou seja, destitui o caráter de evento fisiológico do parto para tratá-lo como doença, que precisa ser medicalizada e curada rapidamente. A utilização de ocitocina sintética de forma indiscriminada e sem critério, simplesmente para acelerar o parto, é uma violência obstétrica e perinatal:

A violência obstétrica tem implicações sobre a morbimortalidade materna das seguintes formas: (1) No risco adicional associado aos eventos adversos do manejo agressivo do parto vaginal. Existem danos associados ao uso inapropriado e excessivo (muitas vezes também não informado e não consentido) de intervenções invasivas e potencialmente danosas no parto vaginal, como **o recurso não regulado de ocitocina para indução ou aceleração do parto**, manobra de kristeller, fórceps, episiotomia, entre outras. Estas intervenções tem ocorrência muito acima da justificável por indicações clínicas, como amplamente documentado em estudos nacionais; (DINIZ, 2015; p. 4) (Grifo nosso)

Quando bem indicada a ocitocina consegue proporcionar a efetiva ajuda no momento do parto, no entanto, seu uso indiscriminado está descrito na Categoria B das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento da OMS (1996), como “*Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas*”. E nas Diretrizes do Parto Normal, publicadas pelo Ministério da Saúde (MS, 2017), estão demonstrados os critérios para o uso de ocitocina nas seguintes situações:

1 - No Primeiro Período de Trabalho de Parto: quando é diagnosticada a *Falha de Progresso no Primeiro Período*, levando em consideração todas as condições como o ambiente, estado emocional, paridade, dilatação e mudanças cervicais, altura e posição da apresentação, contrações uterinas, etc.; aspectos da evolução do trabalho de parto e outros procedimentos específicos, conforme indicados. Considera, ainda, todo o controle efetivo para o monitoramento dos casos.

2 – No Segundo Período de Trabalho de Parto: quando é diagnosticada a *Falha de Progresso no Segundo Período*, a aplicação da ocitocina deve ser considerada observando-se todas as condições da gestante, além de ser precedida da avaliação de um/a obstetra.

As consequências sobre a criança e a mãe relacionadas ao uso de ocitocina sintética estão associadas ao período do trabalho de parto em que é utilizada. É *dose*

*dependente*⁵³, e os erros mais comuns ocorrem durante o parto, podendo ocasionar excessiva atividade uterina ou taquissistolia⁵⁴, com toda a cascata de consequências para o bebê, como: comprometimento da frequência cardíaca fetal; deficiência de oxigenação; redução do fluxo sanguíneo para o feto durante as contrações, etc. A hipoxemia⁵⁵ e acidemia fetal estão associadas às contrações muito frequentes ou prolongadas, produzidas pelo hormônio sintético.

Em estudo de Lopezosa et al. (2016), os autores concluíram, que o uso da ocitocina na estimulação do parto pode ser prejudicial para a mãe e bebê, visto que está relacionada com o aumento das taxas de cesariana em primíparas e múltíparas, uso de analgesia peridural e febre intraparto na mulher. Associa-se também a baixos valores de pH no sangue do cordão de bebês filhos de primíparas e menor duração do primeiro período de trabalho de parto.

Em outro contexto, que associa a condição social da usuária com relação à ocitocina no parto, Leal et al. (2014) na Pesquisa Nascer no Brasil, identificaram que entre as gestantes estudadas as que mais tiveram registro do uso de ocitocina foram as usuárias do setor público, com menor escolaridade. Este mesmo grupo foi o que apresentou menor uso de analgesia, sugerindo que esse fato favorece o “temor do parto” e valoriza a cesariana entre as mulheres no Brasil.

c) Puxo dirigido

Quanto à realização de *puxo dirigido* na assistência ao parto, os entrevistados avaliaram que:

[...] o puxo dirigido eu acho que vai ajudar a mãe, né? Com certeza! (Dr. João).

[...] então dependendo da situação podem haver indicações sim, do uso deles. Até ajudar como ela tem que respirar, como ela tem que ajudar a não fazendo força, as vezes no pescoço como a gente vê, né? Fazer força embaixo, naquela região perineal e aí então eu acho que é muito interessante você orientar [...] (Dr. Paulo).

⁵³ Diz-se de determinado medicamento em que a dose utilizada está diretamente relacionada com os seus efeitos, quer de eficácia como de secundarismos adversos. <https://www.dicio.com.br/dose-dependente/>

⁵⁴ Mais de cinco contrações uterinas em dez minutos, detectadas por duas vezes consecutivas (20 minutos), são definidas como taquissistolia uterina. (Cf. PORTO, 2010)

⁵⁵ Redução das taxas de oxigênio no sangue; hipóxia. <https://www.dicio.com.br/hipoxemia/>

A fala de outro entrevistado é contrária ao posicionamento dos anteriores, descrevendo os mecanismos pelos quais o puxo dirigido atua e contribui para causar danos ao bebê, concorrendo para ocasionar o sofrimento fetal:

[...] com certeza, a fisiologia do parto na hora que a mãe sente aqueles puxos espontâneos, existe um motivo pra isso... ter um intervalo certo. Se eu começo a provocar puxo dirigido, ignorando esse intervalo, eu tiro a chance de o bebê receber oxigênio, descansar o polo cefálico que tá sendo comprimido, né(?), na hora da contração... o pra passar por aquele caminho apertadinho. Então é a mesma coisa que eu tivesse enforcando alguém, à grosso modo, né? E desse o intervalo de 30 segundos aí, pra pessoa respirar e não morrer. É como se eu tivesse tirando esse intervalo. Então o puxo dirigido, com certeza o bebê nasce um pouquinho mais deprimido [...]. (Dr. Lucas).

O puxo dirigido, semelhante ao uso indiscriminado de ocitocina, também consta como categoria B das “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” preconizadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1996), onde são apontadas as “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”.

O controle sobre o parto através dos *puxos dirigidos* vem fazendo parte do modelo de assistência obstétrica que predomina nos serviços, como pode ser observado na fala do Dr. Paulo e Dr. João, e é caracterizado por orientações do profissional para que a gestante realize a manobra de Valsalva, ou seja, respiração profunda seguida de um esforço expulsivo prolongado ao máximo. Como as demais práticas de intervenção reforça-se, com esse modelo, o discurso de que a mulher não sabe parir. Na realidade, esta forma de conduzir a assistência ao parto pode contribuir, antes, para a exaustão física da mulher ao promover a dessincronia entre os comandos e os puxos involuntários, impedindo os momentos de relaxamento e prejudicando a oxigenação nos intervalos das contrações, além de estar associada ao maior risco de lacerações teciduais perineais (BARASINSKI e VENDITTELLI, 2016). Em estudo randomizado com 100 puérperas e seus bebês, Yldirim e Beji (2008) avaliaram o puxo espontâneo e o puxo dirigido durante os partos e concluíram que há associação entre o respeito aos esforços de expulsão espontâneos ou involuntários com a evolução adequada do parto e boa vitalidade do bebê, visto que resultam em níveis mais elevados de pH e Po (2) do cordão umbilical e no índice de Apgar no 1º e no 5º minuto acima de 8 para os recém-nascidos.

A orientação do Ministério da Saúde, através das Diretrizes do Parto Normal/2017, no referente a utilização de *puxos dirigidos* durante a assistência ao parto, recomenda que não sejam realizados, mas preconiza que “deve-se apoiar a realização de

puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 26).

d) Analgesia

A *analgesia* no trabalho de parto, surgiu nas falas dos entrevistados principalmente na produção de dois sentidos opostos: de preocupação com as repercussões dos anestésicos sobre o bebê e de tristeza por ainda não conseguirem oferecer o procedimento na maternidade em que atuam.

[...] a analgesia, ela mexe com a circulação, o equilíbrio cardiovascular da mãe. Existe uma bradicardia reflexa à analgesia no parto, então se for feita de maneira abrupta ou uma dose inadequada ehh... Só isso aí é fato pra ter... já é motivo pra gente ter preocupação com o bebê [...] (Dr. Lucas).

A analgesia geralmente a analgesia de parto, que eu tenho conhecimento, pra parto normal, são doses muito pequenas. Feito pra durar o que teoricamente? Não tem ou tem pouca repercussão, a anestesia geral é absurda a repercussão. (Dr. Marcos).

O receio encontrado nas falas dos entrevistados em relação à administração da analgesia de parto, pode ser resumido na frase: “tudo o que você faz pra mãe, você indiretamente tá fazendo no bebê” e “pode favorecer que nasça deprimido”. Em contrapartida houve os que lamentassem não dispor desse suporte nas maternidades em que atuam.

[...] a analgesia é muito bem-vinda, né? Mas infelizmente aqui no nosso hospital ainda é muito precário. Então essa parte que administra... o anestesista não vem aqui pra fazer a sua parte, como eu disse. (Dr. Pedro).

Segundo Aguiar (2010), a analgesia no parto foi prevista pelo Ministério da Saúde desde 1998, através da Portaria GM/MS nº 2815/1998 e posteriormente na Portaria GM/MS nº 572/2000. Mais recentemente a analgesia foi inserida nas Diretrizes do Parto Normal publicadas em 2017, com a proposta de oferecer alívio da dor às mulheres no momento do parto. Entretanto, até o momento a maior parte das maternidades da Região Metropolitana de Belém não disponibiliza esse procedimento e a ausência do profissional anestesista nessas maternidades, no período de 24 horas, tem sido a principal justificativa, semelhante ao que relatou Aguiar (2010), em estudo realizado na cidade de São Paulo. A indisponibilidade desse profissional nos serviços, no entanto, não diz respeito apenas a realização da analgesia de parto, mas essa ausência, frequentemente, compromete o apoio às outras demandas obstétricas que porventura surjam. Fato que é uma das prováveis causas da superlotação das

maternidades públicas, onde as equipes costumam se manter completas. Entretanto, mesmo estas, ainda não conseguem garantir a analgesia das gestantes.

As orientações contidas nas Diretrizes do Parto Normal do Ministério da Saúde discorrem sobre 3 formas de analgesia (inalatória; endovenosa ou intramuscular e regional) possíveis de serem consideradas e os devidos riscos e benefícios a serem pesados, observando que todas as formas exigem o ambiente hospitalar para sua utilização. A opção pelos opióides precisa levar em conta os efeitos colaterais e o risco de depressão respiratória do bebê; e a anestesia regional está associada ao prolongamento do segundo período de trabalho de parto e parto vaginal instrumental. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

e) Episiotomia

A necessidade de realização de episiotomia durante o parto teve manifestação contrária na fala da maioria dos profissionais, para os quais este procedimento está sendo descontinuado gradualmente. Dentre os 11 entrevistados, 7 consideraram que a prática da episiotomia não é necessária e 4 argumentaram que ainda há indicações, conforme definido no protocolo da maternidade. Entre os sete profissionais que consideraram que a episiotomia é desnecessária, 4 demonstraram que já não realizam o procedimento há algum tempo.

Pode-se perceber pela fala dos profissionais que a prática da episiotomia parece estar sendo reavaliada e supostamente já perdeu o sentido para boa parte deles.

Por sinal, eu vou apresentar agora em Junho. Esse mês foi 4.3% de episiotomia no serviço. Esse mês de novembro, fechou em quatro. (**Todos os profissionais estão aderindo isso?**) – O que não tava foi embora (risos). (Dr.^a Madalena).

Episiotomia eu até brinco, né? Eu falo que quando eu tô riscando na parede de casa assim... igual num presídio, os anos que eu tô sem fazer episiotomia. Eu tô há três anos sem fazer episiotomia. As pacientes que eu faço a assistência geralmente eu adiciono no face, então é bom que eu tenho uma noção que quando elas comemoram “Ahh... um ano!” Então eu lembro da primeira paciente que eu fiz assistência particular. Foi a primeira que eu já tava com aquela negócio na cabeça, com os estudos mostrando que a episio não tem eficácia. Que aumenta a complicação e tudo mais... Então esse ano agora de 2016, no final do ano ele fez 3 anos. Então por isso eu sei, eu conto, né? Pra não me perder na contagem. E é por essa paciente que eu sei que eu tô há 3 anos sem fazer episiotomia em parto nenhum, nem no SUS nem na rede particular, né? Eu até brinco assim... Eu falo assim: _ A episio não serve pra nada, porque apesar de ter me deixado as cinco indicações de episiotomia, né? Péríneo muito rígido... Mas são indicações muito subjetivas, né? Mas o que é um péríneo muito rígido? Você passou pelo osso e aí ele não vai ser rígido, né? Então eu

brinco que a episio eu não faço nunca... Não sei se algum dia eu vou precisar fazer, mas [...] (Dr. Lucas).

Os trechos retirados das entrevistas demonstram o estágio de evolução em que se encontram as boas práticas nos serviços da Região, apresentando um pouco do esforço empreendido por alguns profissionais no sentido da mudança coletiva e, por outro lado a importância da reflexão sobre as evidências científicas que produzem a transformação individual e coletiva.

Relembrando a incorporação da episiotomia na prática obstétrica, Leal et al. (2014), observam que a proposta inicial era reduzir as lacerações do parto e suas consequências com incontinências fecal e urinária, além de proteção do bebê. No entanto, tudo sem base científica que demonstrasse os riscos ou benefícios. Somente mais tarde os estudos controlados comprovaram que a episiotomia, em si, é uma laceração de 2ª grau e não reduz, mas aumenta o risco de lacerações de 3º e 4º graus. Além de elevar os riscos de hemorragia e infecção, sem modificar tendências a incontinências tardias. (LEAL et. al, 2014)

Mesmo sem respaldo científico, a medicalização e instrumentalização, fizeram incorporar, entre outras práticas, a episiotomia de rotina na assistência ao parto, como afirma Leal et. al (2014). No estudo realizado com os dados da pesquisa Nascer no Brasil, os autores demonstraram que 50% das mulheres do universo estudado e 75% das primíparas foram submetidas a uma episiotomia.

A questão da episiotomia, no entanto, não é somente uma situação isolada na assistência ao parto. Na prática a episiotomia vem num efeito cascata de intervenções anteriores que alteram o processo fisiológico, pois não o respeitam e não esperam acontecer. A introdução precoce e rotineira de ocitocina para acelerar o parto é um fator que altera essa dinâmica de relaxamento do assoalho pélvico e, ao reforçar as contrações para a expulsão do feto, alcança o períneo ainda não suficientemente complacente, o que muitas vezes pode ser traduzido como um “*períneo rígido*”, que justificaria a realização da episiotomia no protocolo da Maternidade Carinho (já referido).

f) Atendimento ao Recém-nascido

O atendimento ao recém-nascido em sala de parto surgiu nas falas dos entrevistados em vários momentos e contextos. O sentido biomédico esteve muito presente e

traduzido na necessidade de cumprimento das práticas de reanimação neonatal, especialmente com vistas a garantir o diagnóstico precoce de qualquer condição que indicasse necessidade de intervenção, principalmente com relação à adaptação ao ambiente externo e início da respiração.

A gente tenta seguir o fluxograma da Sociedade Brasileira de Pediatria, em relação à reanimação neonatal, onde eu tenho alguns... eh...ehh sinais de inspeção do bebê pra ver se ele nasceu bem. Onde eu posso respeitar o clampeamento tardio do cordão, o bebê ficar com a mãe... antes de eu precisar fazer os cuidados. Se o bebê precisar de alguma reanimação eu tenho que imediatamente pegar esse nenê, fazer o clampeamento do cordão e tentar iniciar as manobras de reanimação, né? Então tudo o que a gente for fazer com bebê vai depender do estado de vitalidade que ele nasce, né? Então se chorou, tem bom tônus, não é um bebê prematuro, não tem risco nenhum, pode ser respeitado todas aquelas etapas preconizadas hoje em dia no parto humanizado, né? Dá pra adiar fazer a vitamina K, dá pra adiar fazer o nitrato de prata no olhinho, tudo isso dá... pode ser adiado, desde que o bebê nasce bem. (Dra. Maria).

Na fala da profissional há preocupação com o cumprimento das técnicas respaldadas pela Sociedade de Pediatria, a fim de promover o chamado “Minuto de Ouro” ou a atenção cuidadosa ao primeiro minuto da vida do bebê, na busca de garantir que ele respire bem nesses momentos iniciais de vida, com o propósito de prevenir sequelas neurológicas permanentes, tendo em vista que, como assegura a Sociedade de Pediatria:

[...] cerca de um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de ajuda para iniciar a respiração efetiva; um em cada 100 precisa de intubação traqueal; e 1-2 em cada 1.000 requer intubação acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações [...]. (SBP, 2016, p.2).

A inspeção e procedimentos são parte do papel esperado para ser representado pelo profissional no momento do parto. Estar na cena do nascimento não deve ser mera circunstância. Mesmo o *nascer bem* precisa estar balizado pelo profissional e para isso é importante que o bebê seja examinado e classificado, para que, então, excluídos os possíveis riscos, possa passar ao cuidado materno.

De acordo com as diretrizes da reanimação neonatal, utilizadas nas maternidades em que os entrevistados atuam, ao atender o bebê no nascimento o profissional deve responder à três perguntas: a) Se o bebê é de termo; b) Se o bebê chorou logo ao nascer; c) Se o bebê está com bom tônus. Caso uma das respostas seja negativa, devem ser iniciados os passos da reanimação neonatal. E caso as três respostas sejam positivas, o bebê é encaminhado para o contato pele a pele, ou, como eles costumam chamar: para o “parto

humanizado”. Que significa que o recém-nascido, então, pode ficar no colo da mãe, tentar a primeira amamentação e aguardar o clampeamento tardio do cordão. Em seguida, após esse período, que para alguns profissionais pode ser de 15 minutos (justificados pelo volume de trabalho), mas que deveria ser de até 1 hora, o profissional inicia o que chamam de “primeiros cuidados com o bebê”.

Alguns procedimentos foram bastante citados como utilizados pelos entrevistados na assistência ao recém-nascido logo após o nascimento, como por exemplo: a) contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento; b) clampeamento oportuno ou tardio do cordão; c) aspiração das vias aéreas; d) aquecimento do bebê; e) secagem, principalmente da cabeça; f) limpeza; g) instilação do Nitrato de Prata nos olhinhos (Credè); h) Vitamina K; i) ausculta cardiopulmonar; j) aferição/medidas (perímetro cefálico, perímetro torácico, comprimento, peso); k) corte do cordão; l) limpeza com álcool (cordão); m) vestir o bebê.

Dentre esses procedimentos, a aplicação do colírio de Nitrato de Prata nos olhos do bebê para a prevenção da conjuntivite neonatal, foi revisada a partir das Diretrizes do Parto Normal do Ministério da Saúde (2017), que recomendou a sua substituição por outras drogas:

203 Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p.34)

As causas apontadas para essa substituição foram a ocorrência de conjuntivite química em cerca de 20% dos bebês; a ardência que provoca nos olhos do bebê e o comprometimento do contato visual com a mãe ao nascimento, ocasionado pela cor escura do colírio. Por outro lado, a utilização indiscriminada do Nitrato de Prata em todos os bebês, não teria respaldo científico, visto que aqueles que nascem por cesariana não entram em contato com o meio vaginal, onde, normalmente, ocorre a contaminação. A realização de um bom pré-natal também isentaria a necessidade de realização dessa profilaxia. Contudo, há trabalhos criticando a substituição pela eritromicina e afirmando que a Iodopovidona, traria maiores vantagens, como o amplo espectro, a inexistência de desenvolvimento de resistência ao produto, entre outros. (PASSOS & AGOSTINI, 2011).

Com relação a prevenção das hemorragias, mesmo questionada pelo fato de ser um procedimento doloroso, a administração de vitamina K em todas as crianças permanece indicada nas Diretrizes do Parto Normal orientadas pelo Ministério da Saúde (2017), tendo em vista que as consequências de uma hemorragia no recém-nascido podem ser graves e a

profilaxia é eficaz. Por outro lado, esta forma de administração, quando utilizada, não precisa ser realizada imediatamente após o nascimento, a fim de se preservar o contato pele a pele com a mãe, garantindo-se a utilização de método de alívio da dor proporcional, a exemplo do colo, sucção não nutritiva ou aleitamento materno.

A alternativa à forma injetável, que é realizada na coxa do bebê nas maternidades, é a apresentação da Vitamina K para administração oral, que precisa obedecer alguns critérios específicos.

204 - Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica; 205 - A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade; 206 - Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. 207 - A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia. 208 - Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 34).

No caso da aspiração das vias aéreas superiores, citada por alguns entrevistados, também não consta mais entre os procedimentos realizados rotineiramente em todos os bebês, fato avaliado no trabalho de Moreira et al. em 2014, com dados da pesquisa Nacer no Brasil. O citado estudo demonstrou que há grande variedade de procedimentos sendo utilizados no atendimento ao bebê saudável em sala de parto no país, confirmando que a assistência ao recém-nascido ainda é momento de práticas inadequadas, enquanto deixa de garantir a incorporação das boas práticas neonatais.

Desde 2010, o uso de oxigênio na sala de parto em recém-nascidos saudáveis vem sendo avaliado como inadequado e, apesar disso, eles ainda recebem tal procedimento. O mesmo vem acontecendo em relação à aspiração de vias aéreas superiores e gástrica. Os protocolos clínicos baseados nas melhores evidências disponíveis recomendam que recém-nascidos saudáveis devam ser assistidos junto de suas mães e não necessitam desses procedimentos 1. Apesar disso, encontramos neste estudo altas proporções de utilização dessas práticas (uso de oxigênio, aspiração de vias aéreas e gástricas) em um grupo de recém-nascidos que delas não necessitariam. (MOREIRA et al., 2014, p. 134)

A oferta de calor pode ser considerada através do contato pele a pele com a mãe (coberto com o campo morno), além, claro, do controle rigoroso do ar condicionado da sala

de parto, que deve estar entre 23 e 26°C, conforme as Diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade de Pediatria (SBP, 2016). A não realização do **contato pele a pele** da mãe com o bebê causa ainda prejuízo à instalação do vínculo, que deve ser estabelecido entre ambos no momento do parto. Essa prática, quando efetivada, está associada a maior duração do aleitamento materno e auxilia na termorregulação do bebê: *“as evidências científicas sugerem que o contato pele a pele deveria ser a base da termorregulação do recém-nascido”* (MERCER et al, 2007).

Quanto ao Clampeamento do cordão umbilical, quando é feito de imediato ou de forma precoce, aumenta o risco de anemia na criança e não é recomendado pelas boas práticas neonatais (MERCER et al, 2007). Os demais procedimentos relatados nas falas dos entrevistados, como a limpeza do bebê, tomada das medidas, peso, troca de roupa, etc. podem esperar. A prioridade precisa ser a garantia da primeira hora com a mãe.

De um modo geral, na manifestação dos entrevistados os procedimentos ou primeiros cuidados com o bebê a termo, saudáveis, foram considerados secundários ao contato pele a pele com a mãe e a maior parte afirmou realizar o clampeamento tardio ou oportuno do cordão umbilical. No entanto, percebe-se que a ansiedade em realizar os procedimentos padrão se coloca de forma impositiva em alguns momentos, deixando transparecer no esboço de parto humanizado vigente, entendido pelo momento atual da evolução da assistência obstétrica, o ainda enraizado modelo hierárquico e autoritário a provocar conflitos nas equipes compostas por profissionais que estão em diversos patamares desse processo evolutivo, como se observa nos fragmentos abaixo:

Então, naquela ansiedade de ver o neném, ver o neném... e aí nesse momento a gente quebra isso! Tira, leva pra neonatologista... Muitos profissionais fazem isso, né? Mas a gente lutava, trabalhava pra que cumprisse o protocolo, que era: Receber o bebê, entregar logo pra mãe, esperar toda aquela emoção que toda mãe, por mais que não queira... [...] Então o protocolo é esse, alguns praticavam? Praticavam, mas infelizmente hoje a gente ainda vê aquela pressa, né? Principalmente à noite. De terminar logo aquele parto, né? Fazer logo rapidinho... Chegou, cortou, entregou pra Neonatologista...[...]. (Enf.^a Ana).

Olha, se o bebê nascer bem... Nascer bem, que eu digo, é chorar, é se estiver ativo, coradinho... a gente imediatamente coloca no colo da mãe pra fazer o contato pele a pele. Pelo menos eu procuro fazer isso de forma bem humanizada em todos os locais que eu trabalho. **E depende muito da equipe, né? Se a equipe for humanizada... Tem equipe que não te deixa trabalhar muito, né?** Agora quando o bebê não nasce bem a gente pode até reanimar esse bebê no colo da mãe [...] (Dr.^a Esther) (Grifo nosso)

Nota-se nas falas acima que não tem sido tão pacífica como pode parecer, quando verbalizada por alguns entrevistados, a introdução das boas práticas nessas maternidades. As resistências existentes surgem nos desabafos dos colegas, contrariando a imagem tranquila emitida por outros membros da mesma equipe.

Por outro lado, determinadas manifestações dos entrevistados surpreendem pela forma singela de relatar suas descobertas/confirmações no cotidiano das práticas de assistência ao parto e nascimento, como no fragmento abaixo.

Sábado de dia eu voltei aqui e tava de plantão e eu vi uma coisa interessante: um nenenzinho nasceu... Uma menina, nasceu, ehh... começou a chorar e eu botei ela assim... nessa posição... viramos.... Na hora em que ela virou, que a mãe pôde abraçar, que ela virou de frente, né(?), ela sentou novamente na cama e pôde abraçar... Duas coisas aconteceram automaticamente: ela ficou super rosada e ela parou de chorar, sabe?! Parece que ela se sentiu segura. E acabou o choro, acabou tudo. Então eu fiquei olhando aquilo, eu disse: _ Ehh... com certeza deve ser muito bom pra criança, sentir um aconchego novamente, aquela coisa de apertadinha que ela tinha dentro do útero. (Dr.^a Madalena).

De outra entrevista conseguiu-se extrair uma demonstração interessante desse processo evolutivo da incorporação das boas práticas na rotina da assistência obstétrica e neonatal nas maternidades. Refere-se ao respeito à mulher nesse momento que é dela, mas que costuma ser utilizado de forma deturpada por alguns profissionais para impor, a partir de uma percepção de base autoritária, o que é preconizado como boa prática:

É um bebê que precisa ser passado pra mãe... Ehh se a mãe quiser, obviamente, né? A gente também tem que levar isso em consideração, né? Que é um momento também que a gente precisa pensar na mulher como indivíduo. Que a gente tem um hábito... São as coisas que vão mudando, né?...quando começou todo o processo de humanização do parto... a gente quer naquele momento entregar pra mãe e a mãe tem que ficar com o bebê e assim..., eu já passei por outras oficinas, que eu achei muitíssimo interessante, que algumas mães simplesmente não querem isso... Não é que elas não queiram, elas precisam de um processo pra absorver esse momento, né? É a gente quer porque quer que a criança vá direto pro colo da mãe... Então existe alguns momentos que a gente precisa observar a mãe que passou por um processo de muita dor, onde muitas coisas estão acontecendo, né? E a gente precisa ter também um pouco de percepção disso. É que nem a amamentação: A gente quer que efetivamente a criança mame e não é bem assim, né? Então são... Acho que, a gente precisa só acolher. Na verdade a gente precisa acolher uma família, né? Não é só o bebê, a gente precisa acolher a família, então é saber em que momento a gente entrega essa criança pra essa mãe, né? Fazer com que essa entrega seja uma entrega legal de acontecer... amorosa, né? Entregar pra mãe e a mãe ficar naquele momento pra entender essa família que tá acontecendo né?... acho que é isso, se for um bebê sem problema nenhum acho que a gente faz muito pouco...Na verdade. A gente faz quase nada. (Dr.^a Sarah).

Muitas vezes o reconhecimento das boas práticas, não destitui a formação impositiva e a relação desigual entre profissional e usuária/gestante, demonstrando que não basta reconhecer a boa prática e utilizá-la como mais uma técnica a ser aplicada. O entendimento precisa refletir a autonomia da mulher e refutar o paternalismo forte, que ainda se faz presente na assistência nas maternidades e de forma imperativa culpabiliza principalmente a mulher, sobre o não cumprimento das expectativas idealizadas pelo profissional para esses momentos.

Extraí-se com a análise realizada sobre as falas dos profissionais, que a assistência obstétrica e neonatal parece não estar sempre baseada em protocolos, principalmente no sentido da assistência neonatal, embora considerem a utilização das diretrizes de reanimação. A depender do entrevistado, a necessidade de utilização de protocolos nos serviços, contabiliza evoluções, mas há barreiras importantes ligadas, principalmente, a desconhecimento e preconceito. Incomoda-os a associação entre parto humanizado, boas práticas e violência obstétrica, que, em muitos casos, foram vistos em um “contexto ideológico de leigas”, ou seja, associados aos movimentos de mulheres pelo parto humanizado e, por esse motivo, com algumas exceções, permanecem rejeitados ou justificam a substituição por outros termos, como “parto adequado”, com a finalidade de perderem a marca acusadora sobre o profissional.

A maternidade pública apareceu nos discursos como a que tem maior demanda de partos normais e realiza maior investimento nas boas práticas, enquanto a maternidade privada demonstra estar acertando o passo para mais um “*filão de mercado*”, inserindo na tabela de procedimentos o “**parto adequado**”, proposto pela Resolução Normativa nº 368/2015 da ANS. que sugere o redesenho do modelo de assistência ao parto visando reduzir as taxas de cesariana na saúde suplementar; a “**cesariana humanizada**” conforme citada por um dos entrevistados e que, em suma, é uma estratégia que parece pretender melhorar a imagem da cesariana eletiva e desnecessária, colocando atrativos opcionais como o acompanhamento do familiar (geralmente o pai) no ato cirúrgico ou somente na hora do nascimento e dos cuidados com o recém-nascido, e apresentação do bebê; e, finalmente, propõe a implantação dos espaços PPPs ou de Pré-parto, Parto e Pós-parto, para realização do parto vaginal.

7.4 Boas práticas neonatais no contexto da Humanização

As boas práticas em neonatologia foram mencionadas em outras análises neste trabalho, porém, numa condição mais específica será tratada neste tema/categoria.

A análise dos dados demonstra que os profissionais produziram basicamente dois sentidos relativos às **boas práticas neonatais**, isto é, o sentido biomédico, que prioriza o acesso às tecnologias salvadoras do bebê e o sentido que será chamado aqui de humanista, relacionado à menor intervenção possível, conforme identificados nos fragmentos abaixo:

Bom, eu acho que o bebê pra nascer ele deve nascer numa maternidade que tenha as condições adequadas para recebê-lo, com neonatologista e com todo o equipamento para o neonatologista, porque ninguém sabe quando ele vai nascer. (Dr. João) (grifo nosso)

É aquele que a gente faz menos coisa. Quando a gente faz menos eu acho que é melhor! Esse é quando se faz muito menos coisa, aí eu acho que a gente consegue ser melhor. Porque deu tudo ok, né? Se a gente não pensar em nenhum problema, né? Nenhum quadro ruim pra mãe nem pro bebê... aí é um bebê de baixo risco, uma mãe de baixo risco e aconteceu tudo ok, a gente faz menos coisa. (Dr.^a Sarah).

No primeiro fragmento as boas práticas aparecem na fala do profissional, Dr. João, associadas à oferta de tecnologias e estrutura de apoio como condição primária ou básica para garantir a melhor assistência ao bebê. No segundo fragmento, a Dra. Sarah entende que quanto menos intervenções realizar, a assistência terá sido a melhor, corroborando a afirmação de Moreira (2014), de que “há evidências de que a maioria das intervenções praticadas é desnecessária e algumas delas podem ser, até mesmo, prejudiciais” (MOREIRA, et al., 2014, p. 129).

As boas práticas na atenção neonatal compreendem a utilização de procedimentos ou técnicas baseadas em evidências científicas, refutando o predomínio de intervenções e medicalização potencialmente danosas. No caso do bebê, as boas práticas incluem o cuidado ou assistência materna, visto as repercussões importantes ao feto, a partir da utilização de tecnologias sem respaldo científico na mãe/gestante. A decisão sobre a forma de nascer é um exemplo disso. Sobre os procedimentos realizados ou não com o bebê, estes podem ser entendidos como boas práticas, quando consideram: o clampeamento tardio do cordão umbilical; a não aspiração de rotina das vias aéreas; a não aspiração gástrica; a prevenção da oftalmia gonocócica realizada à base de pomada de eritromicina ou tetraciclina; o contato pele a pele com a mãe de forma precoce e prolongada; a oferta do seio materno na 1^a hora de vida;

a utilização de métodos para alívio da dor na realização de procedimentos dolorosos no bebê; entre outros. Em 2013, o Ministério da Saúde orientava que:

O clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto no longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério. Assim, um programa de atenção integral que inclua essas três práticas – além das práticas de atenção materna que se promovem para prevenir a morbidade e a mortalidade, tais como o manejo ativo do terceiro período do parto – melhorarão, no curto e longo prazos, tanto a saúde da mãe quanto a do bebê. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.1)

A disponibilização de recursos e tecnologias apenas para a segurança em caso de necessidade, como quiseram propor alguns profissionais, não se confirma na prática, como visto no relato de um dos entrevistados, Dr. Lucas, quando em sua entrevista, afirmou que não entendia o porquê da ansiedade de alguns colegas em realizar imediatamente procedimentos no recém-nascido:

[...] era uma coisa que eu sempre brinco as pediatras, eu falo assim, “tem que esperar o primeiro minuto senão, não existe Apgar dos 5 segundos”... Porque às vezes o bebê nasce “_ ah não chorou, tá com Apgar baixo”. Porque mal nasceu e não esperou. Não esboçou reação, apesar de estar fletido e tal, tem que esperar um minuto. Nasceu, aí um minuto depois vai olhar. Porque tem que fechar o olho. Que eu brinco: não chama, não chama, não chama que ela vai querer... (Dr. Lucas).

A partir da análise dos dados, pudemos observar que a maior parte dos profissionais reconheceu as boas práticas preconizadas para serem utilizadas na assistência ao recém-nascido e citaram, com maior frequência, o contato pele a pele com a mãe ao nascimento. Houve, também, os que enumeraram todos os passos recomendados para essa assistência.

Certamente o atendimento ao recém-nascido no momento do nascimento evoluiu com a proposta das boas práticas, como se observa com a implantação do método Canguru, por exemplo, que realiza a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro. Mas também sofreu um processo de mecanização, a partir da utilização de procedimentos de forma indiscriminada para todos os bebês, independente de critérios que os indicassem.

A pesquisa Nascer no Brasil demonstrou que a assistência ao recém-nascido saudável à termo nas várias regiões do país, ainda está impregnada de práticas desnecessárias frente às atuais evidências científicas. Práticas potencialmente iatrogênicas demonstradas, entre outras, pela utilização indiscriminada de procedimentos no momento do nascimento (MOREIRA, et al.; 2014). O contato pele a pele com a mãe foi registrado somente em 28%

dos bebês; a oferta da mama na 1ª hora ocorreu em 16% e o Aleitamento Materno na 1ª hora em 44% dos bebês saudáveis. Em compensação, as intervenções ocorreram em maiores proporções, como: Aspiração de vias aéreas em 77% e aspiração gástrica em 39,5% dos bebês. (NASCER NO BRASIL, 2014).

A descoberta e incorporação de novas tecnologias com base em evidências científicas, tem obrigado à revisão das práticas profissionais, visando a uma oferta assistencial de melhor qualidade e melhores indicadores de saúde. Os investimentos em infraestrutura, pesquisa e tecnologia no setor da saúde vêm no sentido de aprimorar o sistema e qualificar a atenção aos usuários do SUS. No entanto, não basta que haja a garantia de recursos, conforme demonstrou Moreira et. al. (2014):

[...] no Brasil, onde a maioria dos partos é hospitalar, observa-se, grande variação no cuidado rotineiro do recém-nascido saudável logo após o nascimento. Os resultados deste estudo evidenciam que **as novas diretrizes para atendimento ao recém-nascido saudável não foram incorporadas à prática clínica**. A não aderência talvez não se tenha dado por diferenças na disponibilidade de recursos, uma vez que os partos aconteceram em hospitais onde tais recursos estavam disponíveis. (MOREIRA et al, 2014; p.137) (grifo nosso)

Mesmo contabilizando avanços, as boas práticas neonatais parecem ainda não ter alcançado a capilaridade e ou o crédito necessário para serem, efetivamente, integralizadas nos serviços, comprovando que o processo ainda caminha a pequenos passos para se tornar realidade.

7.5 O que é violência obstétrica perinatal?

A análise dos dados referente ao tema/categoria “*violência obstétrica perinatal*” teve diferentes manifestações e também produziu sentidos diversos. É provável que, por se tratar de um tema relativamente novo, ainda haja pouca apropriação dos entrevistados sobre o assunto, uma vez que as falas, na maior parte das vezes (6), foram direcionadas para a violência obstétrica (na mulher), ou consideraram um assunto desconhecido. Situação que se avaliou como justificável, visto que a própria busca de referências para a pesquisa enfrentou dificuldades. No entanto, houve entrevistado que mesmo sem conhecer o termo, conseguiu enumerar práticas e classificá-las como violentas na assistência ao bebê na maternidade. É provável, que o roteiro da entrevista tenha ajudado na identificação antecipada do assunto em alguns casos.

Algumas manifestações sobre o reconhecimento do termo mostraram:

Até o momento eu já tinha ouvido falar em violência obstétrica. O aliado ao perinatal, realmente, eu não tinha escutado, né? (Dr.^a Maria).

Deve ter! Assim, eu nunca presenciei, mas assim, na hora que você..., bom... eu sofri uma violência perinatal! (Dr.^a Madalena).

Há muito a se falar da violência materna, né? A perinatal eu acredito que seja: Tirar o bebê da mãe antes de ter aquele contato, né? Clampear o cordão umbilical antes da hora...Ehh...eu acho que é tipo assim: é separar o bebê... separar o bebê da mãe. Eu acho que isso é uma violência. Se o bebê tá bem, deixa lá com a mãe, né? Eu acho que é um contato assim logo de primeira... [...]. Eu acho que tirando da mãe se torna uma violência. (Enf.^a Judith).

Violência obstétrica perinatal? É qualquer desrespeito que você tem com aquela gestante né, as vezes até não chega a ser um desrespeito, mas um descaso até, qualquer comportamento que você tenha com aquela gestante[...]. (Dr. Lucas).

[...] já vivenciei muito né, a gente já vivenciou até olha, que é a minha colega me falou, então a violência obstétrica ela além de verbal... (Enf.^a Ana).

Como se pode observar nos fragmentos das entrevistas, em vários casos o termo foi confundido com a violência obstétrica, porém depois de esclarecidos alguns profissionais conseguiram enumerar o que poderia ser considerada uma prática de violência obstétrica perinatal. Por outro lado, nas avaliações que os entrevistados fizeram sobre as práticas realizadas com o bebê na maternidade, três situações surgiram: os que entendem que as práticas realizadas podem ser violentas; os que afirmam que não são violentas e os que consideram que é possível que algumas práticas sejam violentas, dependendo de cada situação.

Os procedimentos realizados ou deixados de ser realizados, apresentados pela Enf.^a Judith, foram os que mais vezes apareceram descritos como exemplos de violência obstétrica pelos profissionais em vários momentos e, com exceção da Cesariana, não houve citação de outras práticas no trabalho de parto e parto como exemplos de violência obstétrica que atinja o bebê, como é o caso do Kristeller, por exemplo. Houve citações dessas práticas, mas não apontadas como violência obstétrica perinatal. Isto é, a maior parte dos procedimentos citados estavam relacionados a assistência direta ao recém-nascido e não à gestante ou ao parto.

Os procedimentos potencialmente violentos citados pelos entrevistados, incluíram: a) *separar o bebê da mãe*; b) *clampear⁵⁶ o cordão umbilical antes da hora*; c) *aspirar vias aéreas superiores*; d) *aplicar a vitamina k intramuscular*; e) *uso de toalha áspera na secagem do bebê*; f) *pressa que tem de não esperar o tempo dele (cesariana)*; g) *luminosidade*; h) *barulho*; i) *esfregar o corpo (costas do bebê)*; j) *deixar o bebê sozinho*; k) *não respeitar a adaptação do bebê*; l) *não permitir o contato pele a pele*; m) *não permitir a presença dos pais no ambiente da UTI neonatal*; n) *deixar de realizar analgesia/conforto para dor*.

O uso de intervenções desnecessárias; não utilização de métodos de alívio da dor para a realização de procedimentos dolorosos ou negação de medidas protetoras no atendimento ao recém-nascido à termo saudável, entre outros, têm sido registrados com bastante frequência. A pesquisa *Nascer no Brasil* confirmou essa forma de atenção no momento do nascimento e demonstrou que o oxigênio inalatório, aspiração de vias aéreas e gástrica e colocação em incubadora, por exemplo, foram usados muito além da necessidade, enquanto a colocação do bebê no seio da mãe na sala de parto foi considerada baixa, mesmo nos hospitais habilitados como Amigos da Criança. Esses resultados, segundo Moreira et al. (2014), “sugerem baixos níveis de conhecimento e aderência às boas práticas clínicas”.

Em artigo denominado “Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil”, Moreira et al. (2014) demonstram que existem grandes variações no atendimento ao recém-nascido saudável, identificando que há diferentes percentuais na utilização das boas práticas à atenção ao bebê a depender da região do país. O parto normal foi apontado como protetor de boas práticas como o contato pele a pele precoce, oferta do seio materno na sala de parto, amamentação na primeira hora de vida e ida para o alojamento conjunto com a mãe. MOREIRA et al (2014) complementam ainda que:

Além disto, sabe-se que o excesso de intervenções na sala de parto afeta a interação mãe/bebê. Tal interação precoce influencia a fisiologia e o comportamento de ambos. O contato corporal mãe/bebê ajuda a regular a temperatura do recém-nascido, a manutenção do equilíbrio acidobásico, o ajuste da respiração e do choro, e promove o comportamento cuidador materno. Da mesma forma, o bebê pode regular – ou seja, aumentar – a atenção da mãe para suas necessidades, influenciar o início e a manutenção do aleitamento materno e estimular a liberação de hormônios do trato gastrointestinal, resultando em melhor aproveitamento de calorias ingeridas. Os

⁵⁶ Selar, fechar, interromper <http://www.dicionarioinformal.com.br/significado/clampear/15133/>

efeitos de algumas dessas situações podem ainda ser detectadas meses mais tarde. (MOREIRA et al., 2014, p.129).

Algumas abordagens sobre a violência obstétrica perinatal sob a avaliação dos profissionais, demonstraram:

Olha... é um tema bem complicado, né? Eu acho que qualquer coisa pode virar violência ou não. Qualquer coisa, né? Algumas coisas sendo feitas ou não, né? Porque também há de existir a negligência como violência. Então ehh...eu acho que tudo é a forma como você faz, como você aborda... porque as vezes as pessoas têm aquela ideia do diminutivo, né? Achar que vai tratar com carinho, que isso não é violência... Inclusive isso é uma forma de violência, né? Você infantilizar a família, infantilizar a mãe... Mas assim ehh... eu acho que tudo é forma de como você aborda, eu acho até como você aborda um mal resultado, ou uma criança que precisa de cuidados realmente intensivos ou mais invasivos, você pode fazer isso de maneiras diferentes, né? Então eu acho que são coisas que não estão nos livros e se estão, estão recentemente nos livros e a gente vai aprendendo meio que no dia-a-dia. A gente tem muito pouca formação pra isso, essa que é a verdade né? Mas eu acho que qualquer procedimento pode virar violência... qualquer... até a abordagem na porta pode virar violência. (Dr.^a Sarah).

Na fala da Dr.^a Sarah, a violência aparece como algo que pode estar nos atos comuns das práticas diárias, onde o cuidado pode tornar-se violência a partir da valorização ou priorização do seu lado técnica em detrimento do lado ética, mais sensível. Nesse contexto, não valeria somente apostar na obediência aos protocolos e fazer o que é o “certo”. É preciso garantir, como propõe Zobole (2007), o entendimento de uma bioética global como ponte a interligar competência (cuidado técnica) e sensibilidade (cuidado ética), o desafio espiritual da interface bioética e cuidado na perspectiva da prática de atenção à saúde, entendendo que o cuidado implica o “colocar-se no lugar do outro”, ser empático. Que a técnica é imprescindível, mas precisa ser sensível.

Por outro lado, a entrevistada ressalta o pouco conhecimento dos profissionais da medicina sobre a violência obstétrica, que não é abordada durante a formação profissional e dispõe de pouca produção literária, restando-lhes o aprendizado diário durante o atendimento aos pacientes, ou seja, “aprendem na prática”.

Para a Dr.^a Maria, a violência surge numa outra perspectiva:

[...] infelizmente às vezes as coisas atuais.... Atualmente são muito inflamadas, né? A gente vive hoje em dia, assim... Todas as questões são muito dicotomizadas: ou é isso ou aquilo, né? A gente vê debates, né? Em redes sociais...e tudo. E um dos assuntos é a violência obstétrica, né? Eu acho que esse é um termo que não faz bem.

Não ajuda no debate. Não... Ehh estranho você chamar o profissional de saúde de violento. Então, se existe uma violência, alguém tá praticando ela. E quem tá praticando? É o profissional de saúde? Então você coloca todo mundo no mesmo saco. Não é verdade! Não é o que a gente vê acontecer na prática, né? A gente sabe que tem esses relatos, como o meu...já...já presenciei. Né? Antigamente: ...”Ahh tá gritando agora, mas na hora de ter a relação não gritaste, né? ” Então essas coisas eram muito comum da gente escutar. Hoje em dia a gente não escuta mais. A gente já nota uma outra postura.... Uma postura de respeito àquela parturiente, independente da forma como ela está se portando naquele momento. A gente já observa uma postura de todos, né? De respeito...de... de acolhimento, realmente. Mas eu acho que esse nome, “violência obstétrica”, não ajuda no debate. Ehh só serve pra inflamar mais ainda os polos, né? Acho que não é por aí que as coisas vão melhorar. Eu acho que esse é um termo que não faz bem. Não ajuda no debate. (Dr.^a Maria).

O posicionamento da entrevistada, que não conhecia o termo “violência obstétrica perinatal” e não concorda que os procedimentos realizados com os bebês possam ser considerados violentos, reflete o momento histórico do processo de evolução das práticas na assistência obstétrica e neonatal a partir das ações de humanização na maternidade pública em que trabalha, onde vivenciou muitos casos de violência obstétrica, mas que hoje consegue avaliar o progresso que alcançaram e, por isso, julga injusto que não haja uma gradação no conceito que classifica os profissionais como violentos. Assim, demonstra em sua fala o quanto se sente agredida ao ver que o termo “*violência obstétrica*” (agora também “perinatal”), ainda está sendo utilizado. Em seu argumento, manter o uso do termo expõe todos os profissionais da área a uma condição de agressores e, por isso, alvos de acusações e descrédito em suas práticas profissionais. Para a entrevistada a expressão foi importante em determinado período, quando tinham uma outra realidade no serviço, porém após serem “incorporadas” as “mudanças”, as quais enumera, avalia que essa referência fica descabida.

Em outra manifestação evidencia-se um contexto importante da busca pelas boas práticas nas maternidades, quando alguns profissionais engajados no processo de humanização enfrentam a resistência de outros colegas.

Sim. Pode ser violência sim! Por quê? Principalmente ehh... a violência contra o bebê lá, é tirar o direito dele conhecer.... Dele ser aquecido no colo da mãe, né? Hoje a vitamina k intramuscular já é uma violência; a luz também.... Que ela na noite a gente precisa mais uma luz em cima do bebê; a penumbra que hoje a gente luta pra que ela seja respeitada tanto pra mãe quanto o bebê hoje também.... Mas a gente não consegue ainda, tem resistência de muita gente, né? Pra obedecer.... Lá na maternidade Carinho a gente era conhecido de “Ceita” por praticar certas coisas, por dá a elas esse conforto. (– **Ceita?**) – É... Tem uma “Ceita” lá, né? Por dar pra elas esse conforto, a penumbra, massagem, né? Pedir pra falar baixinho[...]. (Enf.^a Ana).

Eu sou muito a favor do parto humanizado, sabe? E eu acho que quem é humanizado não comete violência obstétrica, nem perinatal. Só que aqui em Belém é muito

difícil você trabalhar com humanização nesse sentido que a gente tá falando. As pessoas que não procuraram estudar, não procuraram se interessar pelo que é humanização, acabam taxando a gente, que faz o parto humanizado, disso, daquilo...e a gente acaba tendo muita barreira pra trabalhar, sabe? [...]. (Dr.^a Esther).

Para esses profissionais, a luta para fazer valer as boas práticas significa enfrentar aqueles que não querem sair de sua zona de conforto do conhecimento estabilizado e de práticas cristalizadas, onde mantêm a hierarquia e o poder nesses ambientes. É algo que mobiliza muitas reações. Às vezes essas reações são desproporcionais e se manifestam nas demissões (caso de uma das entrevistadas) ou transferências, e outras vezes através de pequenas sabotagens e humilhações jocosas, como o descrito pela profissional.

Através da fala de outros dois profissionais que desconheciam o termo, fica demonstrada certa perturbação que sentem ao entenderem que se trata de violência praticada contra bebês:

Perinatal? Como seria a perinatal? No momento do parto? Ou logo depois? (**No bebê.**) No bebê? Não! (**Você já identificou algum caso?**) De maltrato? Não!... Eu nunca identifiquei.... Nunca vi. As pessoas que eu trabalho, geralmente, todas gostam.... Tu sabes que eu nunca vi isso!? Maltratar!?... Não.... Tu já viste? (**Já!**) Mentira!? É mesmo? (risos), eu nunca vi! (**Não?**) Não! Nunca vi! (Dr. Paulo).

Não, olha... violência perinatal, eu sinceramente não, tá entendendo? Nunca vi, ninguém maltratar o bebê na hora que nasceu. Eu desconheço, eu não o que é que.... Tem que ver o protocolo. Eu acho que essa pergunta seria melhor respondida pelo neonatologista, porque eu nunca vi, ninguém tratar.... Deve ser um **animal** pra tratar [...] Se bem que ele pode tá fazendo uma coisa achando que é certo e na verdade é uma violência né? Como muita gente ainda acredita que fazer o Kristeller é um bem pra paciente e pro bebê e a gente sabe que não é. (Dr. João) (grifo nosso).

As duas falas têm um sentido de negação de evidências do fenômeno, ao transmitirem incredulidade sobre a existência de “maus-tratos” a recém-nascidos causados por profissional de saúde. Dr. João compara a agressão a um bebê ao comportamento de um “animal” ao julgar a irracionalidade de quem pratica tal atitude. Contudo, logo consegue refletir sobre a possibilidade dessa violência estar relacionada à manutenção de práticas proscritas, associando ao que ocorreu com procedimentos obstétricos que perderam o sentido a partir dos estudos e pesquisas científicas.

Mas como ficam as crianças que precisam de procedimentos dolorosos, invasivos? Essa preocupação surgiu na fala de duas entrevistadas que ponderaram sobre considerar algumas práticas de atenção ao recém-nascido na maternidade, como violentas.

Avaliaram que é necessário examinar cada caso e que mesmo algumas práticas invasivas, em alguns momentos, terão que ser aplicadas, observada a necessidade de salvar a vida do bebê.

Depende da forma de como ele é feito, por exemplo, a aspiração via aérea superior causa um certo trauma na narina, às vezes vem até um pouco de sangue... É como eu te falei, se o bebê nascer bem eu não faço nada, mas se for pra salvar a vida do bebê, aí a gente faz o que realmente for necessário. Mas traumatiza... traumatiza... a sondinha da via aérea superior traumatiza... O tubo, né? Você vai passar o laringoscópio pra visualizar, pra poder entubar, também traumatiza... Mas a gente tem que botar na balança, né? Eu não quero que o bebê sinta dor, eu não quero que o bebê sofra, mas eu não vou salvar a vida do bebê? Então se for pra salvar a vida do bebê eu acho que vale a pena traumatizar com a sonda de aspiração, traumatizar com o tubo orotraqueal, mas se o bebê nasce bem eu não vejo necessidade de manipular. Só examinar mesmo e fazer as medidas. (Dr.^a Esther).

É importante que se tenha para a análise, situações como a relatada pela entrevistada, em que demonstra o receio na utilização de procedimentos necessários e comprovadamente indicados para determinado caso, pois demonstram que ainda é necessário maior apropriação sobre as boas práticas e a própria violência obstétrica perinatal. O que se tem recomendado em relação ao atendimento ao recém-nascido diz respeito ao uso das melhores e mais humanizadas condições possíveis. Nesse sentido fala-se de reduzir procedimentos usados de forma “indiscriminada”, “sem comprovação de benefícios” ou, às vezes, “causadores de danos ou sofrimentos desnecessários”, como é o caso da aspiração de vias aéreas superiores de todas as crianças, credeização de todas as crianças, etc.; incluir medidas que favoreçam a integração mãe e bebê, como o contato pele a pele, aleitamento materno, entre outras; e para os casos de procedimentos dolorosos, comprovadamente necessários, sempre considerar o método de alívio proporcional. Sabe-se que as intervenções nesse momento alteram a fisiologia da mãe e do bebê, com consequências para ambos. Ora, se a profissional se refere à realização de procedimento dentro de critérios e comprovadamente indicados, há a necessidade apenas de considerar o método de alívio proporcional possível.

De acordo com Moreira (2014), a forma de atendimento ao recém-nascido a termo saudável em sala de parto modificou-se bastante nos últimos anos com o objetivo de reduzir o elevado volume de intervenções realizadas imediatamente após o nascimento. A autora afirma que a maior parte dessas intervenções é considerada desnecessária, podendo inclusive causar danos ao bebê. Pondera que enquanto se aplicam essas práticas desnecessárias, deixa-se de aplicar o cuidado protetor que é o colo materno com o contato pele a pele, que se traduz, entre muitas coisas: na formação do vínculo; estimulação de hormônio do trato gastrointestinal, que vai ajudá-lo a aproveitar melhor os alimentos; estabelecimento do aleitamento materno.

Determinados procedimentos realizados com os bebês no nascimento foram considerados potencialmente violentos por cerca de metade dos entrevistados, porém 4 profissionais manifestaram-se contrários a essa afirmação, pois, de alguma forma, pareceram não aceitar que tenham sido executores de práticas, hoje tidas como “violentas”, e que as utilizaram por tanto tempo com “bons” resultados. Como se vê nos fragmentos abaixo:

Então, assim, casos sempre existem, né? Não sei como isso ainda é “novo” né? ...da humanização do parto... Eu vou até citar um... aqui pra senhora de um colega antes nosso, mais antigo, ele falava: “_ Poxa, tudo que eu fiz antes da mudança da humanização foi desumano? Tudo o que eu fiz pra nascer o bebê bem era desumano e hoje já modificou? (Dr. Pedro).

[...] Então, dessas quase todas eu fiz parto... de sobrinha e foi muita cesária... Como eu fiz muita Cesária de paciente minha... e quando eu ando na rua... paciente: - “Ohhh Doutor João, olha, essa é a minha filha que o senhor operou!” A mulher tá com 20 anos... a filha dela... Uma alegria danada... Então, eu não fui violento! Mesmo que chame hoje a Cesária..., mas eu nunca fui violento, porque nunca ninguém me processou! Mas se chamam hoje de violência obstétrica, uma cesária desnecessária... E se fazia muito, até por falta de orientação da mulher. A mulher chegava no primeiro dia do pré-natal e dizia: _ “Doutor, eu quero fazer cesária, não quero normal” Foi uma... foi ocorrendo isso... e um grupo foi trabalhando... foi trabalhando... e hoje é o inverso. A mulher chega no consultório e: _ “Doutor, eu quero fazer meu parto normal, não quero fazer cesária”. Isso mudou a cabeça das mulheres. Mesmo aquela que chega no final do pré-natal, ela chega aqui no hospital ou no público ou no privado e: _ “Quero ter normal”. A gente vai examinar e ela tem uma pelve que, às vezes, não é favorável; tem uma indicação absoluta de cesariana, como uma apresentação transversa, que o neném não vai nascer de jeito nenhum normal; uma desproporção feto pélvica... com... comprovado com ultrassom... Um bebê acima de 4,5kg, um bebê muito grande... e ela quer o normal e a gente tem muito trabalho de conversar com ela e dizer que é ruim... _ “Tu não vai conseguir ter normal” e tudo mais... Então foram coisas que mudaram, tá? (Dr. João)

As falas parecem traduzir um pouco da insatisfação/mágoa que os profissionais têm manifestado em relação aos movimentos de humanização do parto. Costumam confundir o que efetivamente o movimento ou as ações do Ministério da Saúde, como a Rede Cegonha, buscam fomentar e se sentem ameaçados em sua atividade profissional à medida que recebem as mulheres mais esclarecidas e exigentes sobre o que querem e como querem o nascimento de seus filhos. Nessa perspectiva não conseguem identificar qual realmente é o seu papel e como responder ou buscar o entendimento do que propõe a humanização, à medida que se colocam em condição de “compelidos” a fazer o que é, inclusive, tecnicamente contraindicado como forma de contemplar o “desejo” da mulher. Basicamente o que se observa é a desinformação, e, talvez, a falta de apropriação sobre todo o processo de humanização da assistência obstétrica e neonatal.

Não se está dizendo que a questão do poder médico ou paternalismo hipocrático não façam parte desse comportamento, na verdade eles parecem vir capitaneando toda a barreira que cria a falta de humildade em reconhecer que as mudanças estão baseadas em

evidências científicas e que essas evidências obrigam a revisão das práticas, mesmo (ou principalmente) as que vinham sendo desenvolvidas há anos. Por outro lado, admitir a mudança e a evolução que são afirmadas pelas pesquisas é, ao mesmo tempo, reconhecer ter agido de forma “violenta”, o que não é muito tranquilo para alguns profissionais, como visto nas falas acima.

Outra questão que costuma aparecer por conta desse descontentamento e que ainda não encontrou justificativa para se ancorar, é a “culpa atribuída à mulher” e, às vezes, também à família. Percebe-se alguma intenção na fala do Dr. João, que parece ter o sentido de transferir a responsabilidade pela prática indiscriminada de cesarianas a um desejo das mulheres, tal qual se observa no fragmento da entrevista do Dr. Paulo, abaixo:

Há 30 anos atrás as mulheres elas eram bem orientadas, porque elas temiam o parto cesariano. Temia, por quê? Primeiro não existia anestesistas, principalmente em interior; segundo, não existia a morfina associado à anestesia, então o pós-operatório era extremamente doloroso e os analgésicos não eram tão bons como os de hoje, então as mulheres jamais queriam ter cesariana, porque queriam sentir uma dor e passou. Não ficar vários dias. Fora os antibióticos que não eram tão bons. Hoje em dia estão bem melhores. Então elas gostavam muito, preferiam muito. Depois veio aquela história: “_ Ahh... olha eu fiz cesária e não senti nada, foi ótimo! “_ Ahh foi bacana, não senti dor nenhuma! ” O quê que a senhora prefere, sentir dor ou não sentir dor? Aí houve uma fase bastante grande, até muitos.... Até hoje. Vê o caso aqui do lado, né(?), em que elas não queriam sentir dor, porque tinham, no caso, a promessa através da anestesia de não sentir dor e agora estão voltando ao parto natural, querendo sentir as dores e experimentar como funciona a natureza. Eu acho bom... (Dr. Paulo)

A imputação que é feita à mulher sobre uma prática que deve obedecer a critérios médicos de indicação é algo que não encontra respaldo científico, mesmo que alguns movimentos de especialidades queiram impor a cultura da “cesárea a pedido”, como proposta libertadora e garantia do direito à “liberdade da mulher” que busca uma forma de parir menos dolorosa. Reflete-se, antes, que não é possível avaliar comparativamente um parto medicalizado e instrumentalizado e uma cesariana “salvadora”. Na verdade, o terreno fértil onde nasce esse pensamento é justamente cultivado para atender ao mercado do parto operatório, e não pelo justo propósito de garantir o direito da mulher à opção da via de parto, que somente há bem pouco tempo tem sido considerada para as mulheres atendidas no sistema público de saúde e foi prevista nas diretrizes da Rede Cegonha. Por outro lado, a manifestação de preferência por determinado tipo de parto não garante que este, efetivamente ocorra, como pode ser observado em diversos trabalhos. Leal (2008) deixa evidente que “[...] a explicação do aumento das cesáreas por “demanda” das mulheres não encontra respaldo nos

estudos realizados, tanto nos serviços públicos quanto nos privados”. (SEMINÁRIO BH PELO PARTO NORMAL, 2008; p. 26).

Em estudo denominado *Aumento da prematuridade no país: melhoria de acesso à tecnologia ou prematuridade evitável?* Maria do Carmo Leal (2007), após entrevistar mais de 430 mulheres no puerpério em duas unidades de saúde do sistema suplementar do Rio de Janeiro, demonstrou que no início da gestação 70% das multíparas queriam parto normal, assim como 80% das primíparas. Porém, na maternidade, no momento do parto, somente 30% dessas mulheres ainda manifestava o mesmo desejo pelo parto normal e apenas 10% saíram da maternidade tendo realizado a primeira opção. Identificou-se ainda discrepância entre a justificativa registrada em prontuário (1/3 deles sem anotações), os “resultados perinatais observados (ex: desproporção céfalo-pélvica, hipertensão arterial materna, etc.)” e as falas das mulheres para o tipo de parto que tiveram. (Leal, 2007). Outros trabalhos como o de Mandarino et al (2009), Nascimento et al (2015), Weidle et al (2015), trazem resultados semelhantes.

De algum modo, outra situação aparece no meio desse processo e reflete o estágio em que se encontram as mudanças. Há a identificação de alguns avanços convivendo com práticas não mais recomendadas, mas que ainda se mantêm. O mesmo acontece com os profissionais e suas visões de transformação do modelo de assistência ao parto. Enquanto alguns deixam de avançar, talvez por se sentirem agredidos ao perceberem a proscrição do que faziam no passado, outros resolvem essa questão de forma mais positiva:

[...] ah eu fiz Kristeller; fiz Episiotomia de rotina; eu disse pra mãe várias vezes que se ela não fizesse força o bebê dela ia morrer; perinatal, eu já fiz mil vezes falas imperativas que a mãe tava errada; não me importei se a criança tava sentindo dor ou não tava sentindo dor; não prestei atenção na família, prestei atenção só na minha abordagem; eu fiz isso a rodo, tenho mil exemplos na minha cabeça que passa. **Eu to num processo de perdão, tô tentando me perdoar... mas a gente vai levando.** [...] Olha, vamos lá, Ehh... 2011, né? 2012, 13, 14, 15 e 16... Tem quatro anos que eu não faço, né? **(sobre episiotomia)** Tô quatro anos sem fazer... Parece alcoólicos anônimos... Eu to quatro anos sem utilizar bebida alcoólica... Tem quatro anos que eu não faço. E a ocitocina ehh ...eu uso bem menos do que eu usava antes. Acho que eu até poderia esperar um pouco mais, mas às vezes em alguns períodos expulsivos. (Dr.^a Sarah) (grifo nosso).

Eu mesmo aprendi o protocolo da Maternidade Sorriso pra aprender a fazer a assistência ao parto. Era toda primigesta, toda primeira mãe que chegava lá em trabalho de parto tinha que fazer episio. Então, eu sou expert em episio porque eu fiz foi milhões de episio. Mas graças a Deus depois... “Estudo mostrando que não serve pra nada!” “Eu não vou fazer nunca mais!!” Aí eu dou graças a Deus que pelo menos eu aprendi a recompor um períneo, musculatura, anatomia e tudo... mas de tanto fazer, né? Pra você ver como a assistência era. Hoje em dia eu trabalho na enfermaria, na Maternidade Sorriso... de vez em quando eu vou olhar... anotam, né(?): “_Paciente evoluiu em trabalho de parto...” Eu sempre vou olhar lá, se teve

epísio ou se não teve... E hoje em dia já tem um número maior de primípara, (né?) não fazendo episio. Então, achei uma coisa boa... assim. Então quando tem aquele residente, assim, que eu já conheço.... Eu digo: eras será se ele fez? (risos). (Dr. Lucas)

[...] atualmente né..., (eu tenho essa visão de 2009 pra cá) o que eu vejo desenvolver do parto, eu percebo que é muito mais tranquilo pro bebê o nascimento, esperando cada puxo involuntário, ehh... explicando pra mãe que ela não precisa empurrar de uma vez, que ela pode ir devagar, que o tecido vai se adaptando. Eu tenho impressão que essa transição lenta é melhor de que a brusca, de que é empurrado, de que a ocitocina artificial. Eu tenho certeza disso aí. (Dr.^a Madalena)

Nas falas do Dr. Lucas, Dr.^a Madalena e Dr.^a Sarah, podemos perceber certa tranquilidade com o que já conseguiram absorver das mudanças e incorporar às suas práticas, entendendo o processo evolutivo e buscando ser resilientes, compreendendo que essa transição faz parte da formação que precisa frequentemente sanear-se, sem que isso seja sinal de menor valor para suas carreiras.

As várias falas que contextualizaram o tema/categoria *violência obstétrica perinatal* trouxeram contribuições importantes da percepção dos profissionais sobre esse, que ainda é um assunto que enseja o olhar menos “armado” e mais sensível por parte das equipes que atendem a mulher e seu bebê no parto e nascimento. Evidenciaram-se argumentações importantes em prol da redução da violência como as intercessões na academia durante a formação profissional, observando que na área da enfermagem o processo já se iniciou com a criação dos cursos de especialização e residência em enfermagem obstétrica na perspectiva da Rede Cegonha e a área médica deve ser contemplada a partir do lançamento, em agosto de 2017, do projeto Apice On/MS.

Outro pensamento dos entrevistados considerou a necessidade de se fortalecerem as demonstrações de ações exitosas de parto em contraposição à exposição das práticas de violência obstétrica como forma de trazer o profissional à reflexão. Essa estratégia é bastante interessante, entretanto, é preciso entender que manter as discussões sobre as práticas violentas não impede que se demonstrem as boas práticas e experiências exitosas. Essa proposta, inclusive, já vem sendo efetivada, entre outras, através dos Fóruns Perinatais, onde se discutem a violência e as boas práticas em espaço coletivo plural, com a representatividade de todos os envolvidos, até mesmo as mulheres/usuárias. Crê-se que falar da violência é mecanismo propulsor para a mudança, tal qual a discussão do óbito o é para a redução da mortalidade materna e infantil. Parece, no entanto, que o incômodo maior, como demonstrou uma das entrevistadas, é o termo “violência” e o contexto que carrega em relação à intencionalidade de causar o sofrimento do outro. Nesse caso, a abordagem apresentada no Capítulo I, responde o que se considerou e embasou a esse respeito.

Embora conste avaliado que ainda há barreiras importantes que dificultam a implementação das boas práticas de assistência ao parto e nascimento nas maternidades, é possível observar que há, também, muitos avanços e que a percepção dos profissionais sobre o tema em muitos casos ainda se baseia em informação insuficiente e é provável que, por esse motivo, sintam-se agredidos.

7.6 Direitos das famílias e dos bebês

A questão do direito da gestante/puérpera, das famílias e do bebê está transversalizada em todos os temas abordados anteriormente e geralmente surgiu nas falas dos profissionais com o sentido de um paternalismo forte⁵⁷, verificado através da imposição da beneficência e não reconhecimento da autonomia do usuário ou de seu representante legal, no caso do bebê. O direito ao acompanhante, o direito dos familiares à recusa de procedimentos e o direito do usuário ou representante legal à informação, foram exemplos de situações que apareceram com mais frequência nos discursos, e, dessa forma, o direito tornou-se tema para análise.

A Lei do Acompanhante surgiu nas falas como algo já incorporado nas práticas dos profissionais, visto que a maioria afirmou cumpri-la, inclusive no ato da cesariana. A exceção foi do Dr. Marcos, que demonstrou ser natural o descumprimento desse direito pelos obstetras da maternidade onde atua, afirmando que a depender do obstetra o acompanhante permanece, ou não, durante a cesariana. Principal tipo de parto do serviço em que atua (cerca de 95%).

Os três fragmentos das entrevistas podem ilustrar a análise:

[...] Então, pelo contrário, eu acho que o acompanhante dentro do momento do parto, ele é um aliado do profissional de saúde, né? Eh... então não tem nenhum tipo de dificuldade. Então, se naquele momento você pode ofertar pra aquela família de que eles são realmente os tais dos protagonistas, né? Eles são os atores principais daquele momento, né? O pai corta o cordão, a avó, uma tia, uma amiga [...]. (Dr.^a Maria).

É... é garantida, sim. Eu era a maior pessoa contra esse negócio de acompanhante. Eu achava ridículo, mas conseguiram me provar que dá certo... Eu consegui me provar que dá certo. E muito certo... e muito certo! (Dr.^a Madalena)

⁵⁷ Exercido sobre indivíduos plenamente capazes.

Sinceramente no parto cesariano, eu acho que depende muito também da decisão do obstetra, desse pai ficar durante todo o procedimento cirúrgico ou vir no momento que o bebê for nascer. Então tem alguns que optam por ficar o tempo inteiro ali e tem outros que no momento em que o bebê vai nascer esse pai entra na sala cirúrgica. (Dr. Marcos)

Nos dois primeiros fragmentos os discursos das profissionais corroboram a incorporação da lei, porém, é necessário fazer algumas observações. Em análise detalhada da primeira fala percebe-se que a entrevistada (Dr.^a Maria), embora ratifique a importância do acompanhante, inclusive como “aliado do profissional”, parece fazê-lo a título de uma concessão ao afirmar que “[...] *you can offer for that family [...]*”, dando a entender que não se trata de um direito, mas de algo que é permitido à família pela benevolência do profissional. Extrai-se desse fragmento que apesar de cumprir a lei, Dra. Maria ainda dimensiona esse direito como algo que depende da sua permissão e não de sua obediência.

No segundo fragmento, a entrevistada (Dr.^a Madalena) relata o processo pelo qual passou para entender e absorver a necessidade de mudança de sua prática profissional. Apresenta a sua visão anterior, sua reflexão, seu reconhecimento e comprovação da efetividade da nova prática, através dos resultados que ela própria vem obtendo.

O último fragmento comprova o que se observa na maior parte dos hospitais privados e mesmo nos que são conveniados ao SUS, ou seja, não há garantia de que a mulher terá o direito ao acompanhante efetivado, e é bem provável que em grande parte das vezes ela não o tenha.

O direito ao acompanhante, como exposto em outro momento neste trabalho, é garantido pela Lei nº 11.108 desde 2005, e se refere, especificamente aos hospitais/maternidades públicas e conveniadas ao SUS, com a escolha do acompanhante realizada livremente pela mulher. No caso do hospital privado a Resolução Normativa - RN nº 387/15 da Agência Nacional de Saúde - ANS, é a referência para cobertura assistencial nos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656/98, e afiança às beneficiárias dos planos hospitalares com cobertura de obstetrícia, a garantia de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, da mesma forma que a Lei nº 11.108, isto é:

Art. 23. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 22 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências: I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante: a) pré-parto; b) parto; e c) pós-parto

imediate, entendido como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico (Resolução Normativa - RN nº 387/2015)

No contexto da garantia do acompanhante previsto por essa RN/ANS, estão contabilizadas as taxas que porventura sejam cobradas pelo estabelecimento de saúde (roupas de sala de parto, esterilização de material, etc.), isto é, não devem ser cobradas da usuária/beneficiária, mas do plano de saúde. A cobrança da beneficiária é indevida e considerada descumprimento da lei.

Descumprem a lei, portanto, os profissionais/serviços que deixam de garantir o acompanhante da gestante nos hospitais públicos assim como nos privados. Situação que a pesquisa Nascer no Brasil (2014) identificou, demonstrando que apenas 18,7% das entrevistadas contaram com acompanhante durante o período de pré-parto, parto e pós-parto imediato. Ou seja, apesar das falas dos entrevistados, que representam alguma evolução nesses doze (12) anos da publicação da Lei Nº 11.108/2005 e de sua normatização, grande parte dos hospitais/maternidades e muitos profissionais, ainda se valem do momento de fragilidade da mulher e da família para negar-lhes os direitos já conquistados.

A fiscalização do cumprimento da Lei parece ser pouco efetiva e conseqüentemente as punições aos serviços que costumam descumpri-la. Um fator que pode justificar essa situação é o subfinanciamento da saúde que ajuda a oficializar o “pacto da mediocridade” entre o gestor municipal de os serviços. Onde um simula fazer e o outro simula pagar. Assim, não convém aos dois que ocorram as punições. É de se supor, portanto, que as estratégias e fiscalização até agora utilizadas para a efetivação da lei fracassaram e resta o desafio de programar ações envolvendo, além de supervisões efetivas com conseqüências para esses serviços, a melhoria da informação às usuárias sobre seus direitos, a fim de que possam reconhecê-los e requerê-los.

Outro sentido produzido pelos entrevistados sobre os direitos dos bebês e suas famílias foi o de um “paternalismo forte”, reativo ao desafio à sua autoridade no cumprimento do exercício profissional, observado no fragmento abaixo:

[...] Então a gente vê essas famílias **extremamente orientadas** que vêm aqui e: “_ Não, não...” Ou seja, discordando da conduta de um profissional que foi treinado pr’aquilo, né? E às vezes a gente vê essa coisa muito polarizada e o profissional dizendo: “_ Precisa fazer...” E a família dizendo que não vai fazer... E, realmente, quando a gente vai ver... é um bebê que nasceu ruim. Tava mais do que bem indicada... Mas, por quê? Porque as pessoas já desconfiam umas das outras. (Dr.^a Maria)

A Enf.^a Judith demonstrou comungar do mesmo pensamento da Dra. Maria quanto à forma como os pais se manifestam sobre a realização ou não de alguns procedimentos com seus bebês. E os avalia como “pessoas que estão orientadas” ou seja, que foram instruídas para se posicionarem contra as práticas realizadas no bebê. Fragmento abaixo:

[...] Porque eu acho que muita gente tá pensando assim porque chega plano de parto, “Ah.. eu não quero que faça a vitamina K”, “eu não quero que faça o nitrato de prata, o Argirol”...Então eles já trazem tudo protocolado. **Às vezes a gente respeita**, mas as pediatras sempre orientam: “É isso, é aquilo...” devido aos protocolos do Ministério da Saúde, da pediatria e tal... **Eles são orientados, então o ponto de vista deles é só isso: “Não aspira o bebê”, entendeu?** Aqui ate que antes aspiravam... Agora não. Eles estão seguindo uma regra de aspirar realmente se houver uma necessidade de aspiração, entendeu? Então assim, eu vejo assim, dependendo do caso de como tá o bebê. Vitamina K, ao meu ver, é algo muito importante pro bebê, pra ele não sangrar depois, entendeu? Então, assim, acho que depende de como essa mãezinha tava sendo orientada... tudinho... E ela chega com a gente, mas a gente dá uma conversada na hora, entendeu? (Enf.^a Judith)

Há um sentido paternalista nas falas das profissionais que aparece na insatisfação demonstrada pelas mesmas à negativa do/a usuário/a ou responsável legal, em receber determinado procedimento médico. Extrai-se dos discursos que esse fato parece estar sendo mais frequente a partir do melhor juízo demonstrado pelos/as usuários/as sobre os processos médicos/de saúde e seus próprios direitos, contribuindo com o fato, o histórico de rejeição às práticas abusivas que padronizaram a realização de procedimentos e estão alicerçadas em indicações médicas para condições específicas. Estas situações, provavelmente, contribuíram para que houvesse certa desconfiança segundo a perspectiva da Dr.^a Ana.

O esclarecimento ao/à usuário/a sobre qualquer ato a ser realizado em seu corpo para fim diagnóstico ou terapêutico, faz parte do compromisso profissional e pode ser feito de forma mais efetiva com o estreitamento dessa relação e a utilização de uma linguagem acessível, no sentido de garantir a sua autonomia. A base para essa afirmação é observada no código de ética médica em seu capítulo IV dos Direitos Humanos, ou seja, que é vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2010, p. 24).

Por outro lado, no Capítulo V da Relação com pacientes e familiares, afirma que é vedado ao médico “Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente **ou de seu representante legal** de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2010, p. 38)

Em relação ao profissional da Enfermagem, o Código de Ética afirma, na Seção 1 Das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade – sobre as Responsabilidades e Deveres do/a enfermeiro/a:

Art. 17 - Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem. Art. 18 - Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem-estar. Art. 20 - Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento. (CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, 2007, p. 3)

Ainda na Seção 1; Das Relações com a Pessoa, Família e Coletividade - Das Proibições aos profissionais de Enfermagem, elucida que:

“Art. 27 - Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte. (CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, 2007, p. 4)

O Código de Ética Médica (CFM, 2010) reivindica a importância de ser destacado como “indutor de transformações no campo da política, sem, contudo, negar sua principal contribuição para a sociedade: o reforço à autonomia do paciente”. E afirma que:

[...] aquele que recebe atenção e cuidado passa a ter o direito de recusar ou escolher seu tratamento. Tal aperfeiçoamento **corrige a falha histórica que deu ao médico um papel paternalista e autoritário nessa relação**, fazendo-a progredir rumo à cooperação – abordagem sempre preocupada em assegurar a beneficência das ações profissionais de acordo com o interesse do paciente. (CFM, 2010, p. 24-25) (grifo nosso)

As bases legais apresentadas legitimam o direito dos/as pacientes, neste caso, gestantes e bebês (seu representante legal) em decidir sobre a realização, ou não, dos procedimentos propostos para o momento do pré-parto, parto e pós-parto, e ao bebê após nascimento, cabendo ao profissional esclarecer todas as vantagens e desvantagens referentes à decisão. Cabe ressaltar o que ficou destacado nos textos dos códigos de ética, ou seja, no caso de risco iminente de morte, a intervenção não precisa considerar a escolha. Torna-se obrigatória.

Em relação ao resgate histórico de que trata o fragmento do Código de Ética Médica, acima, o mesmo considera o reparo ao equívoco que tornou o princípio da beneficência absoluto e originou o paternalismo médico. Para Beier (2010) ao tomarem decisões pelo/a paciente, mesmo com a intenção de fazer o melhor para a saúde daquele, mas sem levar em conta sua vontade, os profissionais agem como paternalistas. Por outro lado, à medida que o/a paciente passa a questionar as práticas médicas ou impor-se como indivíduos autônomos e capazes de tomar decisões, aprofunda-se o conflito dessa relação. Nesse sentido:

“[...] o paternalismo médico fere sensivelmente a natureza humana ao excluir a liberdade dos pacientes na tomada de decisões - ao agir visando ao seu bem acaba por suprimir a necessidade do seu consentimento e, conseqüentemente, sua autonomia. (BEIER, 2010, p.247)

8 TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL

Esta Tipologia foi construída a partir das leituras das evidências científicas, políticas públicas, documentos oficiais de órgãos reguladores da saúde, como a OMS e das entrevistas com os profissionais que atuam nesse campo.

As violências perinatais se iniciam ainda na gestação, mas diferente da violência obstétrica, a tipificação e classificação da violência obstétrica perinatal não foi identificada em nenhum documento estudado. Dessa forma, tendo em vista a importância de delimitar o que é técnica e o que é violência, abuso ou desrespeito com o bebê, as violências foram sintetizadas em um quadro e distribuídas em colunas que definem: as categorias associadas à descrição/explicação do ato ou prática; situação exemplo; consequências para o bebê e base legal ou evidência científica em que se fundamentam.

Algumas das situações identificadas e inseridas na proposta de tipologia consideram, entre outras, a realização ou negação de determinadas práticas com a mulher no período de trabalho de parto e parto, com repercussão no bebê; procedimentos realizados, e não realizados, com o próprio bebê. Alguns exemplos foram:

a) Na Gestação:

a.1) – Uso pouco criterioso do Misoprostol na gravidez: Nas crianças cujas mães utilizaram o medicamento no 1º trimestre da gestação, está mais associado a: a) Síndrome de Möbius (paralisia facial congênita). b) Defeito do sistema límbico. c) Constricção das extremidades em forma de anel. d) Artrogriposis. e) Hidrocefalia. i) Haloprosencefalia e j) extrofia de bexiga. DIRETRIZES DO PARTO NORMAL (MS, 2017); Categoria B das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento-Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (OMS, 1996).

a.2) – A peregrinação da gestante em busca de leito em maternidades. A gestante em trabalho de parto é uma urgência que deve ser priorizada nos serviços de saúde, porém, embora esteja entre os fatores fortemente associados ao óbito neonatal permanece sendo uma rotina no país (FIOCRUZ, 2014), Seja pela falta do profissional médico (contratado por produção nas maternidades) ou pelo próprio perfil de risco, a usuária que peregrina pode sofrer consequências graves, além de para si própria, para seu bebê, como se verifica no

atraso para a realização de intervenções adequadas em casos de hipóxia neonatal, que reduziriam os risco de morte em cerca de 36% (FIOCRUZ, 2014).

a.3) - A prematuridade iatrogênica - produzida com frequência pela cesariana programada impõe ao bebê o desconforto respiratório, que resulta em alterações metabólicas, internamento em UTI/UCI Neonatal com todos os riscos que uma internação nesses espaços pode considerar. Soma-se a isso o efeito das medicações anestésicas utilizadas para a realização da cesariana e, nos casos menos graves, obriga o afastamento da mãe para ser mantido sob observação (RESENDE et al, 2015; FIOCRUZ, 2014);

b) Ações no Parto:

b.1) Risco anestésico da cesariana, imprevisível (RESENDE et al., 2015, FIOCRUZ, 2014, TESSER, 2015).

b.2) A utilização indiscriminada da ocitocina sintética foi registrada em 40% das 23.000 mulheres entrevistadas na pesquisa Nascir no Brasil (2014) e ainda é rotina no trabalho de parto, juntamente com a amniotomia, com a finalidade de acelerar o nascimento. Sua utilização sem critério ou protocolo altera a dinâmica uterina, pode produzir o descompasso entre os puxos⁵⁸ e o relaxamento da musculatura pélvica da mãe, favorecendo o aumento dos desfechos em cesariana, episiotomia e sofrimento fetal (hipóxia neonatal). Outro efeito da ocitocina sintética é favorecer que as contrações produzidas ocorram muito próximas, dificultando que o bebê se recupere das pressões sofridas pela musculatura uterina.

b.3) uso pouco criterioso do Misoprostol no parto- Pode provocar sofrimento fetal por hiperestimulação uterina, polissistolia e quando utilizada para indução do parto com doses em intervalos menores que 6 horas ou na vigência de pelo menos duas contrações uterinas em 10 minutos. Diretrizes Do Parto Normal (MS, 2017); Categoria B das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento-Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (OMS, 1996).

⁵⁸ Esforços expulsivos maternos; vontade de fazer força no momento do parto.

b.4) A colocação da gestante em posição litotômica⁵⁹, tradicionalmente utilizada nas maternidades, favorece a redução da eficiência uterina, prolongamento do trabalho de parto, redução do fluxo sanguíneo placentário e elevação do risco de anóxia neonatal.

b.5) A manobra de Kristeller não é recomendada pelas evidências científicas, visto que aumenta o risco de rotura uterina, laceração perineal e hemorragia materna; Aumento da probabilidade de um parto difícil com complicações relacionadas fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral; é potencialmente geradora de toco-trauma, hemorragia intracraniana do recém-nascido, e conseqüente risco de morte materna e fetal (LEAL et al, 2014). Diz a pesquisa Nacer no Brasil (2014) que a manobra de Kristeller foi utilizada em 36,5% do total dos partos vaginais e em 21,5% dos óbitos neonatais estudados.

c) No nascimento

c.1) Exposição do recém-nascido ao frio no momento do nascimento, que está associada à elevação do risco de morte, mas ainda é uma realidade de muitos centros obstétricos e salas de parto, que desconsideram a dificuldade do bebê (principalmente os prematuros) em manter a própria termorregulação, perdendo calor para o meio externo. Além disso, não é incomum deixarem de realizar o contato pele a pele, especialmente após uma cesariana.

c.2) Submissão do recém-nascido à luminosidade e barulho excessivos; são fatores estressantes para o bebê e também podem ser exemplos de Violências Obstétricas Perinatais.

c.3) Negação do direito a acompanhante. A presença do acompanhante (já garantida pela Lei Federal nº 11.108/2005) tem impacto importante na redução da morbimortalidade materna e neonatal e sua negação favorece a instrumentalização e medicalização do parto e nascimento. Este item foi um dos fatores avaliados e fortemente associado aos óbitos neonatais analisados na pesquisa Nacer no Brasil (2014). Porém, não pode ser esquecido que a criança tem, também, garantido em lei (Artigo 12º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei Federal nº 8.069/1990) o direito ao acompanhante em qualquer internamento hospitalar, incluindo UTI Neonatal, frequentemente negado. Observe-se que a criança de que fala o ECA tem “até” 12 anos de idade, ou seja, inclui o recém nascido. Como fica nítido no “Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a

⁵⁹ Corpo deitado com ventre voltado para cima e pernas fletidas no quadril e joelhos em 90 graus expondo o períneo.

permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”. (ECA, 1990, p. 9).

d) Pós parto:

d.1) O clampeamento imediato ou precoce do cordão umbilical que contribui para aumentar o risco de anemia na criança e não é recomendado pelas boas práticas neonatais (MERCER et al, 2007);

d.2) A não realização do contato pele a pele entre mãe e bebê com prejuízo à instalação do vínculo, que deve ser estabelecido entre ambos no momento do parto. Essa prática, quando efetivada, está associada a maior duração do aleitamento materno e auxilia na termorregulação do bebê: *“as evidências científicas sugerem que o contato pele a pele deveria ser à base da termorregulação do recém-nascido”* (MERCER et al, 2007);

d.3) A aspiração das vias aéreas de rotina, não tem respaldo científico, mas há anos faz parte dos procedimentos rotineiramente realizados com os bebês ao nascimento, dentro dos cuidados com o bebe em sala de parto. Meta-análises realizadas desde 2007 orientam o abandono da aspiração dos RN sadios nascidos a termo como procedimento de rotina (MERCER et al., 2007);

d.4) O Isolamento em incubadoras do bebê não é raro em algumas maternidades que se arriscam a realizar a cesariana antes das 39 semanas ou sem trabalho de parto instalado. Assim, depositam os bebês *prematuros iatrogênicos* em incubadoras, sem a assistência de equipe profissional;

Estas, entre outras situações, foram identificadas como condições violentas contra o bebê, pelo fato de serem práticas já estudadas e que de diversas maneiras prejudicam a saúde e a vida da criança, seja quando cometidas contra a mulher gestante, seja quando aplicadas diretamente ao bebê. Em muitos casos a supressão de determinado direito ou procedimento, também reflete uma condição violenta.

Tipificar e classificar as violências obstétricas perinatais pode produzir efeito importante na sua redução à medida que, de forma bastante explicativa, facilitaria a sua identificação ao enumerar as principais categorias de práticas, promovendo seu reconhecimento pelos usuários e estimulando a reflexão e adesão dos profissionais de saúde.

Mais do que descrições, são condições que podem ser encontradas no parto e nos primeiros cuidados ao bebê sob diversas formas e os profissionais envolvidos devem ser capazes de avaliar e proceder de maneira diferente, mudando práticas indicativas de uma condição violenta.

Quadro 6 - Principais Tipos de Violência Obstétrica Perinatal

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL				
Categories	Exemplos de Situação de Violência Obstétrica Perinatal	O que é?	Consequências para o bebe	Bases Científicas e ou Legal
a) Ações na GRAVIDEZ	a.1) – Uso pouco criterioso do Misoprostol na gravidez	É um análogos sintético da Prostaglandina E1 Indicado de forma específica nos casos em que seja necessária a interrupção da gravidez em gestações a termo (ou próximas ao termo) e na indução de parto com feto morto antes das 30 semanas, em caso de aborto legal.	Nas crianças cujas mães utilizaram o medicamento no 1º trimestre da gestação, está mais associado a: a) Síndrome de Möbius (paralisia facial congênita). b) Defeito do sistema límbico. c) Constrição das extremidades em forma de anel. d) Artrogriposis. e) Hidrocefalia. i) Haloprosencefalia e j)extrofia de bexiga	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p Categoria B das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento(OMS, 1996): PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS.
	a.2) – Peregrinação da gestante em busca de leite em maternidades	A gestante em trabalho que deixa de ser atendida nas maternidades da Rede de Saúde e peregrina em busca de atendimento na hora do parto.	Risco aumentado para Hipóxia neonatal e óbito neonatal A demora no atendimento pode ocasionar atraso na realização de intervenções adequadas em casos de hipóxia neonatal, que reduziriam os risco de morte em cerca de 36% (FIOCRUZ, 2014).	Pesquisa Nascer no Brasil (FIOCRUZ, 2014) 16% das gestantes procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. LEAL, M.C et al , 2017. p. 07. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006391.pdf
	a.3) - Prematuridade Iatrogênica	Nascimento de bebê antes do trabalho de parto sem critério clínico.	Distúrbios pulmonares; Distúrbios metabólicos; Síndrome do Desconforto Respiratório (Doença de Membrana Hialina); Aumento do risco de Internação em UTI Neonatal	RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016 - Artigo. 2º. Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário. RESENDE et al, 2015 -Morbilidade Neonatal e Cesariana Electiva em Recém-Nascidos de Termo. RUGOLO, 2011; p.5-6 - Manejo do Recém-nascido Pré-termo Tardio: Peculiaridades e cuidados especiais

Quadro 6 – Principais tipos de violência obstétrica perinatal (continuação)

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERINATAL (continuação)				
Categories	Exemplos de Situação de Violência Obstétrica Perinatal	O que é?	Consequências para o bebe	Bases Científicas e ou Legal
b) Ações no PARTO:	b.1) Risco anestésico desnecessário	Submeter a gestante a procedimento anestésico sem critério e sem o devido conhecimento sobre especificidade da droga e dosagens	Imprevisível	(RESENDE et al., 2015, FIOCRUZ, 2014, TESSER, 2015).
	b.2) - Uso pouco criterioso ou indiscriminado de Ocitocina Sintética.	Hormônio sintético utilizado para estimular as contrações uterinas no trabalho de parto, conforme critérios específicos.	Hiperatividade Uterina => Taquissístolia => Sofrimento Fetal Agudo. As contrações produzidas pelo Hormônio sintético não respondem à liberação das catecolaminas fetais que modulam os períodos de contração e relaxamento uterino, promovendo descompasse no mecanismo de resposta hormonal que favorecem a hipoxia e consequentemente a acidose metabólica: Sofrimento fetal agudo. Por outro lado, tendo em vista a hiperatividade uterina produzida, aumenta-se o risco para roturas uterinas e perineais e, para o bebê, do toco trauma. Alteração do pH do sangue do cordão em bebês cujas mães foram submetidas a estimulação com ocitocina.	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p. Categoria B das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (OMS, 1996). PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS. LOPEZOSA, P.H.; HIDALGO, M.; BORREGO, M.A.R. Estimulação do parto com ocitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. 2016
	b.3) - Uso pouco criterioso ou indiscriminado de Misoprostol	É um análogos sintético da Prostaglandina E1 Indicado de forma específica nos casos em que seja necessária a interrupção da gravidez em gestações a termo (ou próximas ao termo) e na indução de parto com feto morto antes das 30 semanas, em caso de aborto legal.	Pode provocar sofrimento fetal por hiperestimulação uterina, polissístolia e quando utilizada para indução do parto com doses em intervalos menores que 6 horas ou na vigência de pelo menos duas contrações uterinas em 10 minutos. Nas crianças cujas mães utilizaram o medicamento no 1º trimestre da gestação, está mais associado a : a) Síndrome de Möbius (paralisia facial congênita). b) Defeito do sistema límbico. c) Constrição das extremidades em forma de anel. d) Artrogriposis. e) Hidrocefalia. i) Haloprosencefalia e j)extrofia de bexiga.	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p Categoria B das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento(OMS, 1996): PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS.
	b.4) A colocação da gestante em posição litotômica ,	Posição em que é colocada tradicionalmente a mulher no momento do parto nas maternidades. Abdome para cima ou decubito ventral.	favorece a redução da eficiência uterina, prolongamento do trabalho de parto, redução do fluxo sanguíneo placentário e elevação do risco de anóxia neonatal.	SILVA, Lucas Barbosa da; SILVA, Manoela Porto; SOARES, Paula Cristina Martins; FERREIRA, Quésia Tamara Mirante. Posições maternas no trabalho de parto e parto. Disponível em: http://institutonascerc.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf . Acessado em
	b.5) - Realização de Manobra de Kristeller	Compressão do fundo Uterino no período expulsivo do trabalho de parto.	Toco-trauma; Aumento da necessidade de utilizar forceps ou ventosa; Hematomas na cabeça do bebê; Fraturas da clavícula ou crânio do bebê; Lesões nos nervos dos braços do bebê.	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p. 26 - A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto

Quadro 6 – Principais tipos de violência obstétrica perinatal (continuação)

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERINATAL (continuação)				
Categorias	Exemplos de Situação de Violência Obstétrica Perinatal	O que é?	Consequências para o bebe	Bases Científicas e ou Legal
b) Ações no PARTO (cont.)	b.6) - Realização de Amniotomia sem critério	Perfuração instrumental da bolsa das águas com a finalidade de acelerar o trabalho de parto	Risco de prolapso e estrangulamento do cordão umbilical, hipóxia, sofrimento fetal e óbito. Infecção.	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p. 24. A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem. COLÉGIO AMERICANO DE OBSTETRAS E GINECOLOGISTAS em "Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth" - COMMITTEE OPINION – Nº687 – FEV/2017, recomendam que em mulheres com trabalho normal e sem evidência de comprometimento fetal, a amniotomia de rotina não é necessária.
	b.7) - Utilização de Fórceps ou Vácuo Extrator sem critério	Extração do feto do útero através de instrumento cirúrgico (forceps) de dois ramos articulados, para apreensão, compressão ou tração sem considerar a indicação precisa e criteriosa que é: no final do período expulsivo, quando há parada de progressão do parto.	No bebe pode-se identificar desde lesões superficiais na cabeça a lesão do nervo facial que ficar por alguns dias com algum dos lados da boca caído. Em ambas as situações as consequências do parto são temporárias e o bebê se desenvolve naturalmente sem sequelas.	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p. 27. Indicação do uso do Forceps - Falha de progresso no 2º período do parto: Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período.
	b.8) - Prematuridade Iatrogênica	Agendamento da Cesariana sem obediência aos critérios clínicos preconizados, ou seja, sem avaliação dos riscos para o bebe.	Nascimento de bebê antes do trabalho de parto sem critério clínico. Distúrbios pulmonares; Distúrbios metabólicos; Síndrome do Desconforto Respiratório (Doença de Membrana Hialina); Aumento do risco de Internação em UTI Neonatal	RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016 - Artigo. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário. RESENDE et al, 2015 -Morbilidade Neonatal e Cesariana Electiva em Recém-Nascidos de Termo. RUGOLO, 2011; p.5-6 - Manejo do Recém-nascido Pré-termo Tardio: Peculiaridades e cuidados especiais

Quadro 6 – Principais tipos de violência obstétrica perinatal (conclusão)

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERINATAL (continuação)				
categorias	Exemplos de Situação de Violência Obstétrica Perinatal	O que é?	Consequências para o bebe	Bases Científicas e ou Legal
c) Ações no NASCIMENTO	c.1) - Exposição do RN ao frio	Bebe recebido em ambiente refrigerado no momento do parto normal ou cesariana. Temperatura ambiente na sala de parto entre abaixo de 23°C. Não secar o bebe.	Perda de calor para o meio externo; Dificuldade para manter equilíbrio térmico/termorregulação. Aceleração dos batimentos cardíacos fetais.	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p.35. Diretrizes da Reanimação do RN \geq 34 semanas em sala de parto, 2016, da Sociedade Brasileira de Pediatria, p.06. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru – Manual Técnico
	c.2) - Exposição do RN a Barulho excessivo	Toques de telefone, conversas em tom elevado, mobilização/transporte ruidoso de equipamentos, televisores.	Fator estressor do bebê, principalmente Prematuros em Unidades Neonatais.	MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru – Manual Técnico
	c.3) Negação do direito a acompanhante.	Negar a gestante o direito ao acompanhante de sua livre escolha, conforme garante a Lei nº11.108/2005	favorece a instrumentalização e medicalização do parto e nascimento. Este item foi um dos fatores avaliados e fortemente associado aos óbitos neonatais analisados na pesquisa Nascer no Brasil (2014).	Lei Federal nº 11.108/2005. Normatizada pela Portaria nº 2418/2005 Artigo 12º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei Federal nº 8.069/1990) o direito ao acompanhante em qualquer internamento hospitalar, incluindo UTI Neonatal. ECA, 1990, p. 9.

Quadro 6 – Principais tipos de violência obstétrica perinatal (conclusão)

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERINATAL (continuação)				
Categorias	Exemplos de Situação de Violência Obstétrica Perinatal	O que é?	Consequências para o bebe	Bases Científicas e ou Legal
d) Ações no PÓS-PARTO:	d.1) O clampeamento imediato ou precoce do cordão umbilical	Clampeamento do cordão imediatamente após o nascimento, de forma indiscriminada para todos os bebês, tendo como argumento a prevenção de icterícia, policitemia e da anemia materna.	<p>Maior risco de anemia, Bebe deixa de receber cerca de 75mg de ferro.</p> <p>Benefícios do Clampamento tardio: Reservas de ferro aumentadas no momento do nascimento e menor anemia infantil: Redução da hemorragia intraventricular: Menos enterocolite necrosante: Menos sepse infantil: Menos transfusões de sangue necessárias:</p>	<p>O clampeamento tardio considera um mínimo de 60 segundos ou até cessar a pulsação do cordão umbilical.</p> <p>Diretrizes da Reanimação do RN ≥ 34 semanas em sala de parto, 2016, da Sociedade Brasileira de Pediatria, p.05.</p> <p>Diretrizes do Parto Normal, MS, 2017. p.33.</p> <p>Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto OMS. 2013, p.05.</p>
	d.2) - Impedir ou retardar o contato pele a pele entre mãe e bebe logo após o parto	Retirar o bebe de perto da mãe para realização de procedimentos que podem ser adiados para após a 1ª hora de vidas, pelo menos.	O contato pele-a-pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação; promove a troca de calor, aumenta a chance do aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros meses de vida e fortalecer o vínculo mãe-bebe,	<p>DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p. 35.</p> <p>Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido</p> <p>Diretrizes da Reanimação do RN ≥ 34 semanas em sala de parto, 2016, da Sociedade Brasileira de Pediatria, p.06.</p> <p>Portaria SAS/MS Nº 371 de 7 de maio de 2014 - Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido no SUS.</p> <p>Contato pele a pele precoce entre mães e recém-nascidos saudáveis http://www.cochrane.org/pt/CD003519/contato-pele-pele-precoce-entre-maes-e-recem-nascidos-saudaveis , Biblioteca Cochrane.</p> <p>A forma de nascer modela a forma de colonização bacteriana do recém-nascido podendo servir como uma fonte direta de bactérias protetoras no parto vaginal ou patogênicas nas cesariana. BELLO, Maria G. Dominguez, et al. modela a aquisição e a estrutura da microbiota inicial em vários habitats corporais em recém-nascidos. Disponível em: http://www.pnas.org/content/107/26/11971.abstract acessado em: 20/03/2017</p> <p>“as evidências científicas sugerem que o contato pele a pele deveria ser à base da termo regulação do recém-nascido” (MERCER et al, 2007)</p>
	d.3) - A aspiração das vias aéreas de rotina,	Utilização de aspirador mecânico para aspiração de secreções da boca e narinas de todos os recém-nascidos no momento do nascimento de forma indiscriminada.	Estimulação vagal na introdução da sonda para aspiração e risco de parada cardiorespiratória.	<p>Meta-análises realizadas desde 2007 orientam o abandono da aspiração dos RN sadios nascidos a termo como procedimento de rotina (MERCER et al., 2007);</p>

Quadro 6 – Principais tipos de violência obstétrica perinatal (conclusão)

PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA PERINATAL (continuação)				
Categories	Exemplos de Situação de Violência Obstétrica Perinatal	O que é?	Consequências para o bebe	Bases Científicas e ou Legal
d) Ações no PÓS-PARTO: (cont)	d.4) - O Isolamento em incubadoras	Depositar os bebês prematuros iatrogênicos em incubadoras, sem a assistência de equipe profissional;	Não é raro em algumas maternidades que se arriscam a realizar a cesariana antes das 39 semanas ou sem trabalho de parto instalado. Assim, depositam os bebês prematuros iatrogênicos em incubadoras, sem a assistência de equipe profissional;	Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei Federal nº 8.069/1990) Art. 5º DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais
	d.5) - Manobra de Credé indiscriminadamente para todos os bebês, sem considerar outras opções de prevenção da oftalmia gonocócica.	Instilação de gotas de Nitrato de Prata a 1% nos olhos dos bebês para a prevenção da Oftalmia Gonocócica, frequente causa de cegueira nos bebês que se contaminavam no trajeto do parto normal no século XIX. Virou protocolo e todos os bebês passaram a receber a medicação até 1 hora após o nascimento. Mesmo os nascidos de cesariana, justificando-se os casos pela amniotomia prévia	Conjuntivite química relacionada em 10 a 100% dos neonatos. Causa inibição temporária da abertura ocular, impedindo o contato visual precoce entre mãe e filho na sala de parto.	DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p.34. Recomenda a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina. E amplia o tempo para instilação para até 4 horas após o nascimento.
	d.6) - Procedimentos invasivos e/ou dolorosos realizados no Bebê sem considerar a utilização de métodos de alívio proporcional – Critérios	Inserção de acesso venoso periférico, punção venosa, cateter central, punção lombar, drenos torácicos, colocação de brinco, etc. sem avaliação de critérios de dor (escala de dor) e sem considerar analgesia.	Repercussões orgânicas e emocionais que comprometem o seu bem-estar em curto prazo e que podem modificar de forma permanente a organização do sistema nociceptivo, além de potencializar a suscetibilidade destes pacientes a alterações cognitivas, psicossomáticas e psiquiátricas na infância e na adolescência. (GUINSBURG & CUENCA, 2010. p.01).	CHERMONT, A.G; Conhecimentos sobre avaliação e tratamento da dor por pediatras que atuam na cidade de Belém (Pa) / Aurimery Gomes Chermont. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo,2002. Disponível em: http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Tese%20de%20Mestrado_dor_neonatal.doc GUINSBURG & CUENCA, 2010. p.01 - A linguagem da dor no recém-nascido. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2010. Disponível em: < http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf >
	d.7) - Negação do direito a acompanhante do bebe na Unidade Neonatal	Negar a presença dos pais ou responsáveis legais na Unidade Neonatal onde o bebe está internado	Este item foi um dos fatores avaliados e fortemente associado aos óbitos neonatais analisados na pesquisa Nascer no Brasil (2014).	Lei Federal nº 11.108/2005. Normatizada pela Portaria nº 2418/2005 Artigo 12º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei Federal nº 8.069/1990) o direito ao acompanhante em qualquer internamento hospitalar, incluindo UTI Neonatal. ECA, 1990, p. 14.
	d.8) - Negação de informação médica sobre o estado de saúde do bebe para os pais.	Deixar de repassar aos pais informações atualizadas e de forma clara, à luz da capacidade de entendimento dos mesmos, as condições de saúde, prognósticos e indicações de procedimentos para garantir a opção informada dos mesmos: Consentimento ou rejeição.		DIRETRIZES DO PARTO NORMAL - MS, 2017, p. 35.

Fonte: Elaboração Própria.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é tratada em documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde, assim como em relatórios e manifestos de movimentos sociais e pela literatura acadêmica especializada, que tem produzido volume representativo de artigos e outros gêneros para abordar essa grave violação dos direitos da mulher. Esse cenário, no entanto, é ainda incipiente quando o tema particulariza a violência institucional relacionada ao bebê, ou seja, à violência obstétrica perinatal. As razões que podem estar relacionadas com esta lacuna de agenda de pesquisa ainda são algo a ser questionado.

A partir de entrevistas semiestruturadas com onze profissionais de saúde que atendem ao parto e ao recém-nascido em sala de parto na região metropolitana de Belém, foi possível identificar uma diversidade de repertórios narrativos e explicativos sobre a violência obstétrica e obstétrica perinatal, que foram analisados e tratados em uma perspectiva de multideterminação, balizada também pela literatura. A formação profissional hegemônica, os protocolos médicos, o conhecimento técnico produzido e disseminado entre os profissionais foram algumas bases que orientaram o percurso da pesquisa.

Os mapas construídos a partir da definição de sete temas/categorias proporcionaram a realização das análises que foram produzidas à luz das práticas discursivas e exploraram as falas dos profissionais sobre suas práticas e sentidos referentes a este acontecimento de características fluidas, materiais ou simbólicas, conformando o que se chama, ainda de maneira contida, de violência obstétrica perinatal. Ao final foi possível apresentar a proposta de uma tipologia sobre esse tipo de violência institucional a partir da literatura acadêmica, técnica e dos repertórios apresentados pelos participantes.

Uma reflexão conceitual sobre o termo violência foi incluída com a finalidade de aclarar a complexidade do termo e tentar desmistificar a cisma que vem questionando a sua utilização para apontar situações da prática do profissional de saúde, refletindo o sentido proposto por Hanna Arendt, quando definiu a *banalidade do mal*, para ampliar a perspectiva da ação violenta ao ponderar que não se trata de considerá-la somente para nomear os atos dos cruéis assassinos, mas que pessoas comuns, treinadas em hábitos de obediência, podem produzir violências.

Contextualizou-se a formação do profissional de saúde, mais especificamente do médico, como se constrói a partir de influências históricas do paternalismo hipocrático na perspectiva da beneficência e autonomia, e como se transforma no decorrer do tempo em um paternalismo forte, baseado na beneficência absoluta ao deixar de considerar a autonomia das pessoas. Na mesma perspectiva, foi possível avaliar a evolução histórica da pediatria e da neonatologia e os caminhos que essa especialidade médica percorreu até formatar o modelo hoje existente, também de visão paternalista. Esta análise da formação profissional atendeu à afirmação corrente de que atuaria na causalidade da violência obstétrica.

A escolha dos/das temas/categorias para análise considerou a frequência com que surgiram nas falas e as análises identificaram os sentidos que produziram, contextualizando com a literatura, normas técnicas ou legislação. Esses temas/categorias analisados/as compreenderam: o nascimento; bebês e dor; condutas obstétricas no parto e efeitos no bebê; boas práticas na neonatologia no sentido da humanização; protocolos; violência obstétrica perinatal e direitos das famílias e dos bebês. O conjunto das análises constituiu um panorama da perspectiva dos profissionais sobre as práticas desenvolvidas na assistência ao parto e ao recém-nascido no contexto da violência obstétrica perinatal.

Ficou constatado, através da análise dos dados, que de uma forma geral, a violência obstétrica perinatal, ainda não é reconhecida pela maioria dos profissionais, embora parte deles tenha sido capaz de eleger práticas consideradas violentas contra o bebê e refletir as suas próprias. Em muitos momentos os profissionais demonstraram as mudanças que conseguiram implementar a partir de reflexões e atualizações sobre o processo de humanização, que parece estar em estágios diferentes de evolução a depender de cada profissional. Há os que entendem a violência como processo que fez parte das próprias práticas e que ficou no passado, e os que relutam em aceitar ou até reconhecer o termo “violência obstétrica”. Nesta pesquisa percebeu-se que o uso do termo foi claramente um grande incômodo para alguns profissionais, com pequena diferença, a maior, para os homens atuantes na obstetrícia e com mais tempo de formados.

Quanto às agressões ao bebê, observou-se que gravitam em múltiplas direções, seja na imposição ao cuidado rotinizado e não individual na assistência perinatal, seja na omissão ao tratamento humanizado, circunstanciado pela falta de informações para tratá-lo com afeto, tornando-se um aspecto que vai gerar repercussões para toda a sua vida. As formas agressivas podem estar desde a manipulação excessiva à administração de procedimentos

desnecessários que são, por suposto, práticas impositivas com o rótulo de conhecimento médico acumulado. No sentido de buscar identificar as ações ou práticas violentas com o bebê construiu-se uma proposta de tipologia da violência obstétrica perinatal, onde foram classificadas e organizadas ações e/ou procedimentos utilizados com o bebê a fim de caracterizá-las oficialmente como práticas violentas, visto que não se pode considerar que seja suficiente ficarem subentendidas ou como o suposto contraditório das boas práticas, isto é, não se pode refletir apenas a não efetivação da boa prática na assistência, mas é importante que se refira à violência e que esta seja tipificada para que, dessa forma, possa produzir a reflexão e atualização dos profissionais e o fácil reconhecimento por parte dos usuários à medida que, de forma bastante explicativa, enumera as principais categorias de práticas.

Outro destaque que precisa ser feito em favor da tipologia, além da sua inclusão nos processos de educação permanente, é da necessidade de sua inserção nos conteúdos da formação dos profissionais que atendem ao parto e ao recém-nascido, a fim de que sua incorporação faça parte do processo de aprendizado e, dessa forma, naturalmente e amplamente percebida como avanço nas tecnologias aplicadas em todos os protocolos e serviços.

Extraíu-se também que o saber biomédico confere ao profissional no momento do nascimento, como em outros momentos, um papel de inspetor das condições de sobrevivência do bebê, para então, considerar liberá-lo para a mãe e a família. Não se pode dizer, no entanto, que essa perspectiva está reinando absoluta no contexto atual do nascimento e, nem mesmo que sua importância pode ser preterida. Muito ao contrário. A felicidade do nascimento muitas vezes está na dependência desse conhecimento-técnico que salva a vida, e sem o qual, nada se teria a comemorar. Mas, como foi referido em outro momento neste estudo, não há como separar o cuidado técnico do cuidado ético. O parto é um evento biológico, mas é social, também, e é muito mais. E o todo que segue ao nascimento vai depender de como ele se introduz no contexto micro (família) e macro (comunidade) do ambiente externo. Qual o respeito que se dá aos verdadeiros donos da história e como isso se desdobrará no cuidado posterior ao bebê, à mãe, à família? Esse desequilíbrio entre direitos e poderes constrói a barreira que separa os cuidados técnica e ética e desvirtua o verdadeiro sentido do nascer: um potente meio de mudança social, que deve brotar de uma relação solidária e respeitosa, que garanta a dignidade e o protagonismo da mulher e do bebê ao lhes dispor, não impor, as melhores tecnologias. Por outro lado, se está falando de profissionais com uma formação

biomédica preponderante, cuja prática incorporada desde a academia começa a entrar em conflito com conhecimentos ainda não suficientemente decodificados no universo prático onde atuam. E então, acontece a sensação de ameaça a esse poder que lhes foi conferido.

Em meio a tantas contribuições da área médica profissional e técnica para o bem-estar do bebê, criando-se áreas específicas para solucionar problemas de saúde desses seres que trazem a marca da vida em processo, como é possível reconhecer os principais cuidados que este recém-nascido, sua mãe e sua família requerem para manter a saúde integral, sem violência, como o expresso na proposta de humanização do parto?

Talvez a educação precise retomar o seu contexto mais amplo, que entende não somente a formação técnico-científica, mas contempla o sentido proposto na Paideia grega, da formação ética para o desenvolvimento de cidadãos preocupados com a sociedade, com o ambiente e com as pessoas. Quando se utilizou o exemplo do modelo grego de educação, buscou-se refletir o que se tem feito sobre os avanços científicos caso não se esteja caminhando para um projeto permanente de exercício de valores éticos.

Os protocolos para o desenvolvimento de humanização das técnicas e práticas médicas podem fazer a diferença e traduzir-se em novos sistemas de repensar as relações do paternalismo hipocrático e da beneficência, traduzidos na relação entre o médico, a mãe e o bebê. Mas se não houver o parâmetro educacional vivo e presente permanentemente, haverá manuais que tendem a rever posições de autonomia parcial nos casos, mas não o novo sobre o parto, o nascimento, a perinatalidade e as relações de gênero.

Uma política nacional e planos estaduais devem apresentar diretrizes claras para parto e nascimento humanizados, não-violentos, com respeito aos direitos construídos historicamente, baseados em evidências e boas práticas, que possam orientar a elaboração de protocolos nos serviços e uma formação permanente dos profissionais envolvidos nesses momentos da vida da mulher e da criança. Esse é um contexto que exige discussão permanente com/entre as equipes, para além das rotinas que se estabelecem no cotidiano dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. ABRAMS, Laura S. **Sampling ‘hard to reach’ populations in qualitative research: The case of incarcerated youth. Qualitative Social Work: Research and Practice.** Guildford, 2010. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1473325010367821>>. Acesso em: 09 mar. 2017.
2. AGUIAR, Janaína Marques. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** 2010, Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010.
3. AGUIAR, Janaina Marques de et al. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>>. Acesso em 24 ago. 2017.
4. ALMEIDA, José Luiz Telles de. **Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlialista da Relação Médico-Paciente.** Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://portaldeses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/almeidajltd/capa.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2017.
5. ALMEIDA, Organizadora Maria da Graça Blaya. A violência na sociedade contemporânea. EDIPUCRS, 2010. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>>. Acessado em: 24/09/2017.
6. ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 14, n. 2, p. 641-649, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf_562>. Acesso em: 15 out. 2017.
7. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et al. Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinion No. 687. **Obstet Gynecol**, v. 129, p. e20-8, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Ana%20Cristina%20Guzzo/Desktop/NOVO%20-%20PROJETO%20fev%202017/TEXTOS/COLEGIO%20AMERICANO%20DE%20OBSTETRÍCIA.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

8. AQUINO, E.M.L. **Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil**: de volta ao futuro. Dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.
9. ARENDT, Hanna. **Da Violência**, Ed. Universidade de Brasília. Trad. Maria Cláudia Drummond. Brasília, 1985. Disponível em: <<http://www.libertarianismo.org/joomla/livros/harendtdv.pdf>> Acesso em: 30 out. 2016.
10. _____. **Eichmann em Jerusalém**: um relato sobre a banalidade do mal. Trad. José Rubens Siqueira. 11. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/10957696/1963-arendt-hanna-eichmann-em-jerusalem>> Acesso em: 31 out. 2016.
11. ARGENTINA. Lei nº 25.929, de 17 de septiembre de 2004. De derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nascimento. **Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer – Senado de la Nación**. Sanción. 25 de agosto de 2004 Promulgación.- 17 de sep. de 2004. Disponível em: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2017.
12. _____. Lei nº 26.485, de 1 abril de 2009. De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. **El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso**. Sanción, 11 de marzo de 2009. Promulgación.- 1 de abr. de 2009. Disponível em: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf . Acessada em: 15 mar. 2017.
13. ARIES, Philippe. Historia social da criança e da família. **Antropologia**, 1981. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347615/mod_resource/content/1/Hist%C3%B3ria%20social%20da%20crian%C3%A7a%20e%20da%20fam%C3%ADlia,%20Ari%20es.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.
14. BADINTER, Elisabeth.; **Um Amor conquistado**: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Disponível em: <[http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20\(pdf\)%20\(rev\).pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2016.

15. BARASAL, Neusa Romero. Sobre violência e ser humano. São Paulo, **Convenit Internacional**. N. 15 maio-agosto, 2014. Não paginado. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/convenit15/77-86NeusaRB.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.
16. BASBAUM, C. Nascer sorrindo. In: FONTES, José Américo da Silva. **Perinatologia Social**. São Paulo, Fundo Editorial Byk-Prociencx, p. 37-9, 1984.
17. BEECH B.L.; WILLINGTON S. Listen wLith mother. **AIMS Journal**, v. 29 n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/editorial.htm>>. Acesso em 15 mai. 2016.
18. BEECH, Beverley Lawrence; WILLINGTON, Sally. Listen with mother. **AIMS Journal**, v. 19, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/editorial.htm>> Acesso em: 18 out. 2017.
19. BEIER, Mônica. Algumas considerações sobre o Paternalismo Hipocrático. Minas Gerais, **Rev. méd. Minas Gerais**; N. 20 v(2) abr.-maio 2010. p. 246-254. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/lil-553651>>. Acesso em: 03 jul. 2017.
20. BEIER, Mônica; IANNOTTI, Giovano de Castro. Paternalism and the hippocratic oath. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. s383-s389, 2010.
21. BELÉM, E.F. Hannah Arendt: a filósofa judia que provocou a ira dos judeus ao apresentar o nazista Eichmann como “banal”. **Jornal Opção**, Goiânia: Edição 1994. Disponível em: <<http://www.jornalopcao.com.br/colunas/imprensa/hannah-arendt-a-filosofa-judia-que-provocou-a-ira-dos-judeus-ao-apresentar-o-nazista-eichmann-como-banal>>. Acesso em: 03 nov. 2016.
22. BEST, Joel. Rhetoric in claims-making: constructing the missing children problem. **Social problems**, v. 34, n. 2, p. 101-121, 1987.
23. BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990. Seção I, p. 13563. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 16 mar. 2017.
24. _____. Ministério da Saúde. **Pácto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009 – 2010**. Brasília, 2010. Disponível em:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf. Acesso em: 01 mai. 2017.
25. _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal:** versão resumida. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília, 2017. p. 51. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.
26. _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 - Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 86, Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 13 mar. 2017.
27. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. – 1.^a Ed. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2017.
28. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru – Manual Técnico** – 2. ed., 1. Reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.
29. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal:** versão preliminar, Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2017.
30. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2010. p. 184. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2017.

31. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Protocolo para Utilização de Misoprostol em Obstetrícia**. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Educação, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2017.
32. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2016.
33. _____. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. **Definições**, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em: 07 mai. 2017.
34. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
35. _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica; NUNES, Lauren de Lacerda e TRINDADE, Gabriel Garmendia da. **Princípios De Ética Biomédica: A Abordagem Principialista de Beauchamp E Childress E A Resolução De Conflitos Morais**. COGNITIO-ESTUDOS: Revista Eletrônica de Filosofia, ISSN 1809-8428, São Paulo: CEP/PUC-SP, vol. 10, nº. 1, janeiro-junho, p. 55-66, 2013.
36. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
37. BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
38. _____. Anayansi Correa. História da obstetrícia no Brasil: o fracasso da Escola de Obstetrícia para Mulheres, no Rio de Janeiro, 1832. **REVISTA MÉDICA DE**

- MINAS GERAIS-RMMG, v. 18, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/32794433-Historia-da-obstetricia-no-brasil-o-fracasso-da-escola-de-obstetricia-para-mulheres-no-rio-de-janeiro-1832.html>>. Acesso em: 11 abr. 2017.
39. CENTRO DE ESTUDOS HANNAH ARENDT. “**Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**”, São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://hannaharendt.wordpress.com>>. Acesso em: 16 out. 2016.
40. CHAMBERLAIN, David B.; **Babies Don't Feel Pain**: a century of denial in medicine. The Second International Symposium on Circumcision, San Francisco, California, May 2, 1991. Disponível em: <<https://vimeo.com/48931890>>. Acesso em 11 out. 2017.
41. _____. Confiabilidade da memória de nascimento: observações de pares de mãe e filho na hipnose. **Jornal da Academia Americana de Hipnoanalistas Médicos**, 1 (2), 89-98. Disponível em: <<https://birthpsychology.com/journals/volume-28-issue-4/chamberlain-bibliography>>. Acesso em: 09 out. 2017.
42. CHERMONT, Aurimery Gomes et al. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido?. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n3/v79n3a14>>. Acesso em: 30 set. 2016.
43. CHERMONT, Aurimery Gomes. **Conhecimentos sobre avaliação e tratamento da dor por pediatras que atuam na cidade de Belém (Pa)**. 2002. Dissertação (Mestrado) –Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Tese%20de%20Mestrado_dor_neonatal.doc>. Acesso em: 30 set. 2016.
44. CONGRESSO BRASILEIRO DE DOR, 12., 2015. Curitiba, Paraná. **Avaliação e mensuração da dor; pesquisa, teoria e prática**. Disponível em: <http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=67&codant=&friurl=-Aulas-SBED>. Acesso em: 09 set. 2017.
45. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética de Enfermagem**: resolução COFEN n. 311 de 2007: Conselho Federal de Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017

46. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica**: resolução CFM nº 1.931, de 17 de Setembro de 2009 (versão de bolso): Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017
47. DE FREITAS, Patrícia. “A mulher é seu útero”. A criação da moderna medicina feminina no Brasil. **Antíteses**, v. 1, n. 2, p. 174-187, 2008. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
48. DE LURDES ZANOLLI, Maria; MERHY, Emerson Elias. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5304.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.
49. DEL PRIORE, Mary. Da modinha à revolução sexual. _____.(Org.). **História do amor no Brasil**. São Paulo: Contexto, p. 231-327, 2012.
50. DE SOUZA RUGOLO, Ligia Maria Suppo. **Manejo do Recém-nascido Pré-termo Tardio: Peculiaridades e cuidados especiais**, 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.
51. DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.
52. DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200500030001>. Acesso em: 27 ago. 2017.
53. DINIZ, Denise Scofano. **A “ciência das doenças” e a “arte de curar”**: trajetórias da medicina hipocrática. 2006. Tese de Doutorado. Dissertação de mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
54. DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2017.

55. ENGLE, William A. et al. "Late-preterm" infants: a population at risk. **Pediatrics**, v. 120, n. 6, p. 1390-1401, 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1390>>. Acesso em: 07 set. 2017.
56. ENSP/FIOCRUZ. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros: conceitos e tendências** – Cecília Minayo (2/2), 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=11PfPSqPwFk>>. Acesso em: 22 out. 2016.
57. FERRAZ, Amélia Ricon; GUIMARÃES, Hercília. „História da neonatologia no mundo“. **Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia**, 2007. Disponível em: <http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201653-historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2017.
58. FREITAS, Záira Moura da Paixão; PEREIRA, Carlos Umberto; OLIVEIRA, Débora Moura da Paixão. Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. **Pediatria Moderna**, v 68, n. 1, p. 18 à 24, 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4923>. Acesso em: 10 dez. 2016.
59. GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais. **Pediatria Moderna**, v. 37, n. 5, p. 155-165, 2001. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=1465>. Acesso em: 30 set. 2016.
60. GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; TAVARES, Celina Maria Araujo. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido?. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 132, 2002. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4408/2343?hc>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
61. GUINSBURG, Ruth et al. Aplicação das escalas comportamentais para a avaliação da dor em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 6, p. 411-8, 1997. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/97-73-06-411/port.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2017.
62. GUINSBURG, Ruth. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**: Rio de Janeiro, 75 (3) p. 149-160, 1999. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/99-75-03-149/port.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017

63. _____.; CUENCA, Maria Carmenza. A linguagem da dor no recém-nascido. **São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria**, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso: 30 set. 2016.
64. HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>>. Acesso em: 09 abr. 2017.
65. HODGES, Susan. Abuse in hospital-based birth settings?. **The Journal of perinatal education**, v. 18, n. 4, p. 8, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2776520/#__ref-listid1069641title>. Acesso em: 25 fev. 2017.
66. KRUG, Etienne G. et al. The world report on violence and health. **The lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602111330>>. Acesso em: 22 fev. 2017.
67. LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Congresso: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, v. 30, p. 192-207, 2014.
68. _____. Por um nascimento mais humano. **Revista Rolimã: Oficina de Imagens**, Belo Horizonte, março/2004. Entrevista concedida a Filipe Motta. Disponível em: <<http://oficinadeimagens.org.br/por-um-nascimento-mais-humano-parte-2/>>. Acesso em: 13 ago. 2017.
69. LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 2014.
70. _____. LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, v. 30, n. supl. 1, p. S5-S5, 2014.
71. _____. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, 2017. p. 07 Disponível em:

- https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006391.pdf . Acesso em: 05 set. 2017.
72. LOPEZOSA, Pedro Hidalgo.; HIDALGO, Maria; BORREGO, Maria Aurora Rodriguez. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02744.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.
73. LUSSKY, Richard C. A century of neonatal medicine. **Minnesota medicine**, v. 82, n. 12, p. 48-54, 1999. Disponível em: <<http://www.neonatology.org/classics/mmacentury.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.
74. LUSSKY, Richard C.; CIFUENTES, Raul F.; SIDDAPPA, Ashajyothi M. A history of neonatal Medicine—past accomplishments, lessons learned, and future challenges. Part 1—The first century. **The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, v. 10, n. 2, p. 76-89, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3468066/>>. Acesso em: 14 set. 2017.
75. MACHADO, M. H. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997. MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação. _____. **Ensaio de sociologia. São Paulo: Perspectiva**, p. 399-455, 2001. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/m%C3%A9dicos-no-brasil-um-retrato-da-realidade-os>>. Acesso em: 14 ago. 2017
76. MACHADO, Maria Helena. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1997.
77. MANDARINO, Natália Ribeiro et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil Aspects related to choice of type of delivery. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.
78. MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. **Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil**. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 2014.
79. MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; DE ANDRADE LOPES, José Maria; DE CARVALHO, Manoel. **Recém-nascido de alto risco teoria e prática do cuidar**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em:

- <<http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-02.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2017.
80. _____. Raquel Ribeiro. A designação de violência em dicionários de língua. **Fragmentum**, n. 33, p. 40-48, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/fragmentum/article/view/6752/4074> . Acesso em: 23 out. 2016.
81. ODEMENT, Michel. Parto e nascimento no mundo contemporâneo: conferência de abertura do Seminário BH pelo parto normal. **Seminário BH pelo Parto Normal, 2008**. Disponível em: <https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.
82. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Departamento f Economic and Social Affairs. United Nations Statistics Division. **Country Progress Snapshot: Brazil**, s/d. Disponível em: <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Snapshots/BR A.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
83. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**, 1996. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
84. _____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>.
85. _____. **O Clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil**, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/2/WHO_RHR_14.19_por.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.
86. _____. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.
87. _____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, Genebra, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.
88. OUTHWAITE, William; BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

89. PARTO DO PRÍNCÍPIO. **Violência obstétrica**, 2015. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/o-que---viol-ncia-obst-trica>>. Acesso em: 15 nov. 2017
90. PASSOS, Angelo Ferreira; AGOSTINI, Fernanda Spinassé. Conjuntivite neonatal com ênfase na sua prevenção. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 70, n. 1, p. 57-67, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>>. Acessado em: 11 set. 2017.
91. PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. In: **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN, 2015. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>> . Acesso em: 01 jan. 2017.
92. PORTO, Ana Maria Feitosa; AMORIM, Melânia; SOUZA, Alex Sandro Rolland. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: [revisão]. **Femina**. v. 38, n. 10, p. 527-537, 2010. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.
93. PROSTOKOS: misoprostol. Rosa Lúcia Carneiro da Silva. Caruaru: INFAN-INDÚSTRIA QUÍMICA FARMACÊUTICA NACIONAL S/A, s/d. Bula de Remédio.
94. POTTER, Van Rensselaer. **Bioethics bridge to the future**. 1971.
95. RESENDE, Maria Cristina; SANTOS, Lea; SANTOS SILVA, Isabel. Morbidade Neonatal e Cesariana Electiva em Recém-Nascidos de Termo. **Acta Medica Portuguesa**, v. 28, n. 5, 2015. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IUjfd57TgCMJ:www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/5878/4492+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl>>. Acesso em 18/05/2016.
96. RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 253-61, 2009.
97. ROBERTS, Joyce E.; GOLDSTEIN Susan A.; GRUENER, Jeanie S.; MAGCIO, Margaret and MENDEZ-BAUER, Carlos. A Descriptive Analysis of Involuntary Bearing-down Efforts During the Expulsive Phase of Labor. *JOGNN*. 1987;16(1):48-55. Disponível em: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)32653-8/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)32653-8/pdf) . Acessado em: 13/02/2018.

98. RODRIGUES, Renata Gomes; DOS SANTOS OLIVEIRA, Isabel Cristina. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 29 mai. 2016.
99. RODRIGUES, Renata Gomes; DOS SANTOS OLIVEIRA, Isabel Cristina. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <www.fen.ufg.br>. Acesso em: 01 ago. 2017.
100. ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Ed. Ver. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/8m665/pdf/rohdn-9788575413999.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.
101. SABATINO, H. **Atenção ao nascimento humanizado baseado em evidências científicas: paradigmas educacionais**, vol. 1, Manaus, AM: Grafisa, 2014.
102. _____. _____. vol. 2. Manaus, AM: Grafisa, 2014.
103. _____. _____. vol. 3. Manaus, AM: Grafisa, 2014.
104. SAMPSELLE C.M.; HINES S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. *J Nurse Midwifery*. 1999; 44(1):36-9.
105. SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 19 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial do Estado**, n. 20.457º, Florianópolis, 19 de jan. 2017. Ano LXXIII, p. 2-4. Disponível em: <<http://doe.sea.sc.gov.br/Portal/VisualizarJornal.aspx?cd=1583>>. Acesso em: 17 abr. 2017.
106. SCARABOTTO, Leila Barreto; RIESCO, Luisa Maria Gonzalez. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(3):389-395. www.ee.usp.br/reeusp/. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a10.pdf> . Acesso em 13/02/2018.
107. SCHECHTER, Neil L. The undertreatment of pain in children: an overview. **Pediatric Clinics of North America**, v. 36, n. 4, p. 781-794, 1989. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2666929>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

108. SCHRAIBER, Lilia Blima. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 12, p. 45-50, 1996.
109. _____. No encontro da técnica com a Ética. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32831997000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 mar. 2017.
110. SEMINÁRIO BH PELO PARTO NORMAL, 2008, Belo Horizonte, Minas Gerais. **Parto e nascimento no mundo contemporâneo**: Conferência de abertura, Belo Horizonte, 2008. Disponível em:<https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/556_Seminario%20BH%20parto%20normal.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2017.
111. SILVA, Bárbara Tuanni Veloso da. **Parir, verbo político. Tensões discursivas sobre o parto**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Universidade da Amazônia, 2007. PPGCOM/UNAMA, 2017.
112. SILVA, Lucas Barbosa da; SILVA, Manoela Porto; SOARES, Paula Cristina Martins; FERREIRA, Quésia Tamara Mirante. **Posições maternas no trabalho de parto e parto**. Disponível em: <http://institutonascerc.com.br/wp-content/uploads/2014/03/Femina352p101-61.pdf>. Acessado em 12/2017.
113. SILVA, Yerkes Pereira et al. Avaliação da dor em neonatologia. **Rev. bras. anesthesiol**, v. 57, n. 5, p. 565-574, 2007. Disponível em: h<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=&nextAction=lnk&exprSearch=461665&indexSearch=ID>>D. Acesso em: 10 set. 2017
114. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, **Diretrizes da Reanimação do recém-nascido \geq 34 semanas em sala de parto: 2016**, 2016. Disponível em: w<www.sbp.com.br/reanimacao>o. Acesso em: 13 mar. 2017.
115. SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. EDIPUCRS, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/w9q43>>. Acesso em: 10 out. 2017.
116. SPINK, Mary Jane et al. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. **Rio de janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Mariana_Cordeiro2/publication/267328698_A_PRODUCAO_DE_INFORMACAO_NA_PESQUISA_SOCIAL_compartilhando_ferr

- amentas/links/544ae2570cf2bcc9b1d4cee8/A-PRODUCAO-DE-INFORMACAO-NA-PESQUISA-SOCIAL-compartilhando-ferramentas.pdf>. Acesso em 01 mai. 2017.
117. SPINK, Mary Jane; LIMA, Helena. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: _____. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª Ed., São Paulo : Cortez, 2004.
118. STEARNS, Peter N. História das relações de gênero. In: **História das relações de gênero**. Contexto, 2010.
119. TESSER, Charles Dalcanale et al. 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, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
120. THE SECOND INTERNATIONAL SYMPOSIUM., 2., 1991, São Francisco, Califórnia. **Babies Don't Feel Pain: a century of denial in medicine**, São Francisco, Califórnia: 1991.
121. TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.
122. VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, n. 44, 2016. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/download/2144/1637>>. Acesso em: 24 ago. 2017.
123. VIOLÊNCIA. In: **Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=Pqyzk>>. Acesso em: 08 abr. 2017.
124. VIOLÊNCIA. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª edição. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, p. 1779, 1986.
125. ZOBOLI, E. L. C. P.; PEGORARO, Priscilla Brandão Bacci. Bioética e Cuidado: o desafio espiritual. *Mundo Saúde*, v. 31, n. 2, p. 214-24, 2007. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/09_bioetica_e_cuidado.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2017

APÊNDICES

APÊNDICE A – EXCERTO DE MAPA DIALÓGICO DOS/AS PARTICIPANTES

Mapa 1 – Trechos extraídos da entrevista de DRA. MARIA – Hospital Público e Privado – Hospital Carinho

(continua)

Bebês e Dor	Condutas Obstétricas no Parto e efeitos no Bebê	Protocolos	Boas Práticas da Neonatologia no contexto da Humanização	Violência Perinatal	Direitos	Outros
<p>Pesquisadora - Você acredita que os bebês sentem dor durante o parto ou nos primeiros momentos da vida dele?</p> <p><i>Dra. MARIA - Sim, acredito. Sentem dor!</i></p>						
	<p><i>Pesquisadora - E a analgesia?...Ehh...assim, algumas ações que são feitas durante o parto...analgesia, ocitocina, o puxo dirigido, durante o parto...isso tem algum efeito sobre o bebê?</i></p> <p><i>Dra. MARIA - Sim, tem algum efeito, sim! O bebê pode nascer deprimido... mais irritado..., com algumas sequelas até mesmo físicas, né? Devido a algumas condutas obstétricas no momento do nascimento.</i></p>					

Bebês e Dor	Condutas Obstétricas no Parto e efeitos no Bebê	Protocolos	Boas Práticas da Neonatologia no contexto da Humanização	Violência Perinatal	Direitos	Outros
		<p><i>Pesquisadora - Quando o bebê nasce, ou ainda na sala de parto, quais são os procedimentos que vocês realizam com ele, especificamente? Você eh.. poderia descrever o que vocês fazem quando o bebê nasce?</i></p> <p><i>Dra. MARIA- A gente tenta seguir o fluxograma da Sociedade Brasileira de Pediatria, em relação a reanimação neonatal, onde eu tenho alguns...eh... eh ...sinais de inspeção do bebê, pra ver se ele nasceu bem.</i></p> <p><i>Então tudo o que a gente for fazer com bebê vai depender do estado de vitalidade que ele nasce, né?</i></p> <p><i>Então se chorou, tem bom tônus, não é um bebê prematuro, não tem risco nenhum, pode ser respeitado todas aquelas etapas preconizadas hoje em dia no parto humanizado, né? Dá pra adiar fazer a vitamina K, dá pra adiar fazer o nitrato de prata no olhinho, tudo isso dá. pode ser adiado, desde que o bebê nasce bem</i></p>	<p><i>Pesquisadora - Quando o bebê nasce, ou ainda na sala de parto, quais são os procedimentos que vocês realizam com ele, especificamente? Você eh.. poderia descrever o que vocês fazem quando o bebê nasce?</i></p> <p><i>Dra. MARIA - [...] se ele nasceu bem. [...] eu posso respeitar o Clampeamento tardio do cordão, o bebê ficar com a mãe...antes de eu precisar fazer os cuidados.</i></p> <p><i>Então se chorou, tem bom tônus, não é um bebê prematuro, não tem risco nenhum, pode ser respeitado todas aquelas etapas preconizadas hoje em dia no parto humanizado, né? Dá pra adiar fazer a vitamina K, dá pra adiar fazer o nitrato de prata no olhinho, tudo isso dá. pode ser adiado, desde que o bebê nasce bem</i></p>			

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

1 - Nome: _____

2 - Idade: _____ anos

3 - **Local de Atendimento:** _____
(Nome do serviço)

- Público () (nesse caso, é efetivo ou não) _____
- Privado ()
- Conveniado ao SUS ()

5 – Formação Profissional:

() MÉDICO (A)

() OBSTÉTRA

() NEONATOLOGISTA

() PEDIATRA

() ENFERMEIRO (A)

() TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM

6 – Ano de formatura _____

7 – Ano da Especialização/Residência Profissional _____

8 – Tem outro local de trabalho? SIM () NÃO ().

9 – Caso a pergunta 8 seja positiva: o outro trabalho é: publico () ou privado().

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ROTEIRO:

- 1) O que você pensa sobre o nascimento? Você considera que ele é importante para a saúde e para a vida do bebê?
- 2) Você acredita que bebês sentem dor durante o parto e nos primeiros momentos de vida?
- 3) E a analgesia, ocitocina, puxo dirigido, durante o parto, têm efeito no bebê?
- 4) Quando o bebê nasce, ainda na sala de parto, quais são os procedimentos realizados com ele? Você pode me descrever? (complemento: Quando o bebê nasce tem alguns procedimentos que fazemos como aspirar, avaliar o Apgar,.....você pode me dizer quais são os procedimentos que geralmente, no seu hospital, você e sua equipe realizam?), ou seja, existe um protocolo para atendimento ao RN na sala de parto da maternidade que você trabalha? Qual é o protocolo? **É possível ter uma cópia?**
- 5) Você acha que alguns desses procedimentos com o bebê podem ser considerados violentos?
- 6) Você acredita que ele sente dor nos **primeiros dias** de vida? Como você reconhece que o bebê está sentindo dor? **Por exemplo: teste do pezinho, punção, etc.**
- 7) Em sua opinião quais são os cuidados de rotina com o bebê após o parto? Quando devem ser iniciados?
- 8) Qual tipo de parto você mais atende no serviço? Você tem uma média?
- 9) Quando a cesariana é realizada no seu serviço ela é normalmente eletiva (programada) ou há algum critério/protocolo utilizado?
- 10) Nos partos vaginais tem sempre episiotomia? E a ocitocina?
- 11) Você vê diferença entre os bebês nascidos de Cesária e de parto vaginal? Se sim, quais?
- 12) A presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é sempre garantida?
- 13) Você levaria uma filha/amiga/parente sua para parir na maternidade em que você trabalha? Por quê? Ou você (se mulher)?
- 14) Como você descreveria uma BOA assistência ao parto e ao bebê no nascimento e pós-nascimento?
- 15) Você realiza alguma estratégia de alívio da dor para realizar procedimentos dolorosos no bebê?
- 16) Você já ouviu falar em Violência Obstétrica Perinatal? Pra você o que é violência obstétrica perinatal? Você já identificou algum caso? Você já viu acontecer algum caso? Pode nos contar?
- 17) Tem mais alguma coisa que você quer falar?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (elaborado com base nas exigências descritas na Resolução CNS 466/12)

Pesquisa: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PERINATAL NA PERSPECTIVA DOS/DAS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Pesquisador Responsável: PEDRO PAULO FREIRE PIANI

Telefone: 91-989050163 | e-mail: pedropiani@yahoo.com.br | Belém Pará (PA)

Estudante de Mestrado: ANA CRISTINA ALVARES GUZZO

Telefone: (91) 91446901 | e-mail: anacguzzo@gmail.com | Belém (PA)

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 01 - Umarizal, Belém - PA, 66050-160

Nome do (a) entrevistado (a): _____

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL NA PERSPECTIVA DOS/DAS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**”. Neste estudo pretendemos analisar a violência obstétrica contra a criança sob a ótica do profissional de saúde que assiste a mulher e o bebê durante o pré-parto, parto e pós-parto.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é compreender de que forma o conceito de “violência obstétrica” é entendido pelo profissional de saúde.

A pesquisa poderá contribuir para a implementação das boas práticas no parto e nascimento no Brasil, podendo vir a beneficiar outras pessoas futuramente.

Suas informações pessoais serão tratadas com padrões profissionais de sigilo, não sendo divulgadas, portanto, a fim de evitar quaisquer desconfortos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão divulgados. Somente identificaremos, a sua formação e se atua na rede pública, rede suplementar ou rede privada do município de Belém.

Assumimos o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade, pois todas as informações coletadas serão identificadas com um código de conhecimento apenas dos pesquisadores.

No que se refere aos riscos envolvidos há o risco mínimo de que ao falar sobre o tema o/a s entrevistado/a possa reviver sensações de desconforto ou constrangimentos relativos à

experiência. Ressaltamos que o/a entrevistado/a pode pedir para parar a entrevista a qualquer momento. Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com os pesquisadores.

Para participar deste estudo o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O (A) senhor (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em quaisquer aspectos que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pela pesquisadora. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia assinada pela pesquisadora será fornecida ao (à) senhor (a).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) – Localizado Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and, Guamá. CEP: 66.075-110 - Belém-Pará. se encontra à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e demais providências necessárias, através do e-mail: cepccs@ufpa.br, ou dos telefones: (91) Tel/Fax. 3201-7735.

Autorizações e assinaturas:

1 – Aprovação do sujeito de pesquisa

Eu, _____
autorizo voluntariamente a minha participação nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

2 – Testemunha

Nome _____

Documento _____

Endereço/telefone _____

Assinatura _____

Data _____

3 – Entrevistadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Belém, _____ de _____ de _____

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciando do CEP

(continua)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PERINATAL NA PERSPECTIVA DOS/DAS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: ANA CRISTINA ALVARES GUZZO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59183916.3.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.747.031

Apresentação do Projeto:

Nascer no Brasil, atualmente, parece estar longe de ser uma experiência natural. O parto vaginal tem sido cada vez mais raro, principalmente nos serviços privados, e quando ocorre, mesmo nos hospitais públicos, é medicalizado, extremamente instrumentalizado, inseguro, doloroso e solitário, conforme demonstrou a pesquisa Nascer no Brasil, desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz em 2014. Afirma a pesquisa, que o modelo tecnocrático de assistência ao parto identificado hoje, expõe claramente a supremacia das tecnologias e da lógica mercadológica para a indicação de procedimentos realizados por profissionais cada vez mais "(de)formados" sobre a importância das relações humanas, contribuindo, dessa forma, com a maior epidemia de cesarianas que se tem notícia e que em 2013 contabilizou 56,63% do total de nascimentos no Brasil. É verdade que as práticas relacionadas à assistência ao parto e nascimento registram muitas diferenças, que consideram as variadas culturas e as construções históricas. Porém, os maus tratos, abusos, negligências e desrespeito durante o parto, observados até hoje nos serviços de saúde, representam uma clara violação de direitos arduamente conquistados pelas mulheres ao cuidado respeitoso e se constituem nas chamadas VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS, que representam grande risco à vida, determinando consequências nefastas não somente à mulher como para a criança gestada. Esta forma violenta de nascer tem sido alvo de extenso leque de estudos e já se acumulam

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

(continuação)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.147.031

informações seguras sobre as implicações das vivências desse momento para o resto da vida da mãe e do bebê (PENELO, 2010), tornando-se um problema de saúde pública quando a pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado (2010), expõe e quantifica o que já se percebia em relação à qualidade da assistência

ao parto realizado nas maternidades brasileiras, demonstrando que: de cada quatro mulheres que concebem, uma sofre violência institucional, ou seja, se em 2013 o Brasil contabilizou 2.904.027 nascidos vivos, significa dizer que cerca de 726.006 mulheres e seus bebês podem ter sido vítimas de algum tipo de violência obstétrica e perinatal e suas consequências. Mas porque será que após treze anos de implementação da Política Nacional de Humanização e 30 anos de discussões e divulgação das Boas Práticas classificadas pela OMS (1996) com bases científicas em metanálises da

Cochrane e outros estudos consistentes, que seguiram critérios tão rigorosos da medicina baseada em evidências, a elaboração e publicação de leis, como a lei do acompanhante, a instituição de programas específicos voltados para a qualificação da assistência a gestante e recém-nascido, os Pactos Nacionais pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil (2004 e 2009), Estratégia Rede Cegonha, entre tantos outros, a violência obstétrica ainda encontra terreno fértil para se perpetuar junto aos profissionais e serviços de saúde? Diniz et al. (2015) destacam na complexa

causalidade desta forma de violência, duas condições importantes: a formação profissional e a organização do sistema de saúde. Para os autores há dificuldades estruturantes na formação, especialmente nos cursos de medicina, e apontam a defasagem desses currículos e resistência à sua atualização às evidências científicas mais recentes. Embora necessitando utilizar as memórias da violência obstétrica contra a mulher para constituir uma base histórica e conceitual deste estudo, particularizaremos a violência obstétrica para abordar prioritariamente a violência contra os bebês, que chamaremos de violência obstétrica perinatal. Decorrente invariavelmente de uma violência obstétrica, a perinatal também está institucionalizada e vem produzindo suas vítimas em silêncio, deixando interrogados o compromisso e a responsabilidade da gestão e dos profissionais de saúde com as crianças nascidas de cesarianas antes do trabalho de parto, empurradas para fora do útero de suas mães através de manobras proscritas (Kristeller), afastadas das mães após o parto, impedidas de mamar o colostro e ter o contato pele a pele protetor, deixadas em incubadoras solitárias e com desconforto respiratório por prematuridade iatrogênica, enquanto a família crê nas "tecnologias" protetoras de seu bebê. A os/as colaboradores/as da pesquisa serão profissionais que atuam em maternidades classificadas pelo tipo de gestão: de gestão pública, de gestão privada conveniada ao SUS e de gestão totalmente privada. Cada grupo será composto por

Endereço: Rua Augusto Comte nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: ospocs@ufpa.br

Página 02 de 02

(continuação)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer 1747/031

profissionais de ambos os sexos e formação em medicina (obstetrícia e pediatria/neonatologia), enfermagem e técnicos de enfermagem, que desenvolvam atividades na assistência ao parto e ao recém-nascido há pelo menos 1 ano. Antes de prosseguir com o detalhamento do desenho metodológico do estudo apresentamos uma leitura sobre a perspectiva histórica da violência obstétrica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção os sentidos sobre a violência perinatal produzidos pelos/pelas profissionais de saúde, sobre a violência obstétrica perinatal.

Objetivo Secundário:

Entender as percepções dos profissionais de saúde sobre a violência perinatal. Estudar as violências obstétricas contra os bebês que os/as profissionais identificam no período perinatal na maternidade. Identificar as possíveis causas que os/as profissionais de saúde atribuem às práticas violentas na assistência ao recém-nascido no pré-parto, parto e pós-parto. Investigar se existem diferenças de percepções sobre a violência obstétrica perinatal entre os profissionais que atuam no sistema de saúde público suplementar e privado. Identificar o que os/as profissionais entendem como possíveis consequências/efeitos de práticas violentas no nascimento para a vida das crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há o risco mínimo de que ao falar sobre o tema o/a s entrevistado/a possa reviver sensações de desconforto ou constrangimentos relativos à experiência. Ressaltamos que o/a entrevistado/a pode pedir para parar a entrevista a qualquer momento. Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com os pesquisadores. Não se identifica existência de outros riscos aos sujeitos.

Benefícios:

Contribuir na melhoria da qualidade da assistência à mulher e ao recém-nascido no período do pré-parto, parto e puerpério e, conseqüentemente a redução da morbimortalidade perinatal. Fomento à efetivação das políticas voltadas às condições mais humanizadas de assistência ao

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-6028 E-mail: cspcsa@ufpa.br

(continuação)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.747.631

parto e nascimento

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa e relevância científica e social, de interesse para o Sistema Único de Saúde-SUS. Traz contribuições significativas para as políticas públicas de atenção à saúde da mulher e da criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_730351.pdf	15/07/2016 15:56:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-plataforma15JULHO.pdf	15/07/2016 15:53:43	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
Outros	carta_recomenda.pdf	15/07/2016 15:45:54	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
Outros	CEP1207.pdf	12/07/2016 23:14:24	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
Outros	ORIENTADOR1207.pdf	12/07/2016 23:09:56	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENOVO1207pdf.pdf	12/07/2016 23:06:37	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
Folha de Rosto	ROSTON1207.pdf	12/07/2016 23:04:09	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADOR.pdf	21/06/2016 23:16:49	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
Outros	onus.pdf	12/06/2016 10:27:52	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
Declaração de Instituição e	consentimentoUFPA.pdf	12/06/2016 10:17:25	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Si do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccc@ufpa.br

(conclusão)

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.747.831

Infraestrutura	consentimentoUFPA.pdf	12/06/2016 10:17:25	ANA CRISTINA ALVARES GUZZO	Aceito
----------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 27 de Setembro de 2016

Assinado por:
Wallace Raimundo Araújo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Comêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8026 E-mail: cepscc@ufpa.br

Página 25 de 25