

# Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal

A consideration after 23 years of the World Health Organization recommendations for normal delivery

Jaqueline Alvarenga Rocha<sup>1</sup>  
Paulo Batistuta Novaes<sup>2</sup>

## Palavras-chave

Parto normal  
Mortalidade materna  
Mortalidade perinatal  
Feminino  
Organização Mundial da Saúde

## Key words

Natural childbirth  
Maternal mortality  
Perinatal mortality  
Female  
World Health Organization

## Resumo

Os resultados maternos e perinatais brasileiros nos últimos 23 anos vêm apresentando melhoras constantes, contudo a mortalidade e a morbidade ainda são inaceitavelmente elevadas. Fato curioso que ocorre é a discrepância entre o conhecimento científico disponível e a prática clínica, mencionando-se como exemplo emblemático as elevadas taxas de cesariana. A não-valorização do ser humano e da feminilidade no atendimento ao parto e nascimento constitui pano de fundo deste cenário da saúde brasileira. Este artigo tem o objetivo de fazer uma reflexão da situação obstétrica e perinatal brasileira, 23 anos após a publicação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (A, B), para atenção ao parto de baixo risco.

## Abstract

The maternal and perinatal outcomes in Brazil in the last 23 years have been showing constant improvements, however the mortality and morbidity remain unacceptably high. A curious fact is the discrepancy between the available scientific knowledge and the clinical practice, having as an emblematic example the high rates of cesarean section. The non-recovery of human being and femininity in the health services, especially during birth care, is the background of the Brazilian health scenario. This article aims at making a reflection of the Brazilian obstetric and perinatal situation, 23 years after the publication of the World Health Organization (A, B) recommendations to focus on low risk delivery.

<sup>1</sup> Médico da Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil

<sup>2</sup> Médico do Hospital Universitário da UFES; Aluno do Núcleo de Doenças Infecciosas da UFES – Vitória (ES), Brasil

Endereço para correspondência: Paulo Batistuta Novaes – Rua Alaor Queiroz de Araújo, 115/701 – Enseada do Suá – CEP: 29055-010 – Vitória (ES), Brasil – E-mail: paulobatistuta@terra.com.br

## Introdução

Em 1985, a *Lancet* publicou um artigo de autoria da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup> com as recomendações sobre tecnologias adequadas para nascimento e parto normal (A, B), fruto de uma reunião ocorrida em Fortaleza, Brasil, entre o escritório da região europeia da OMS e a Organização Panamericana de Saúde (Opas), os quais estavam preocupados com o parto e o nascimento. Esse grupo realizou uma revisão da literatura, valorizando as evidências científicas. Em 1996, a OMS publicou uma atualização destas recomendações (A, B).<sup>2</sup> Esse novo trabalho foi organizado por uma força-tarefa interdisciplinar amplamente representativa, formada por *experts* de todas as partes do mundo e dos mais diferentes segmentos profissionais, assim como da sociedade civil organizada. Foram especialmente valorizadas as metanálises da *Cochrane Collaboration* e outros estudos consistentes, seguindo-se critérios bastante estritos de medicina baseada em evidências. “O objetivo deste relatório foi simplesmente examinar as evidências pró ou contra algumas práticas mais comuns e fazer recomendações, fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, quanto ao seu papel na assistência ao parto normal”.<sup>2</sup> Convém ressaltar que este constituiu o primeiro guia da OMS para atenção ao parto normal, que é único até o presente momento.

Quando foi publicado o primeiro artigo da OMS com recomendações para atenção ao parto normal, em 1985,<sup>1</sup> não havia consenso sobre o conceito de “parto normal”. Um pouco mais adiante, em 1996, pôde-se ler sobre o assunto no guia da OMS<sup>2</sup>: “definimos parto normal como de início espontâneo e de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho ficam em boas condições”.

O objetivo deste trabalho é fazer uma reflexão da situação obstétrica e da perinatal brasileira relacionadas ao parto normal, 23 anos após a publicação das recomendações da OMS<sup>2</sup> para atenção ao parto de baixo risco.

## Uma iniciativa necessária

O guia de atenção ao parto normal da OMS<sup>2</sup> foi uma iniciativa para fazer frente às elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal. Desde então, governos e a sociedade civil organizada se lançaram numa “cruzada” por divulgar e fazê-las serem cumpridas. Desde então, inegavelmente, houve uma redução

significativa nas taxas de óbitos maternos e perinatais. Há 23 anos, a mortalidade era muito elevada. A taxa de mortalidade materna global era de aproximadamente 500:100.000<sup>3</sup> e, em 1978, a taxa de mortalidade perinatal variava de 25 a 63<sup>4</sup>. Deve-se considerar que estes números referem-se apenas aos casos de óbito. Dependendo do país e se havia ou não vigilância epidemiológica, a mortalidade materna poderia ser, de fato, até mesmo o dobro daquela divulgada oficialmente. Contrariamente, são aceitáveis taxas de mortalidade materna de até 10:100.000 e taxa de mortalidade perinatal equivalente a até 5:100.000. Portanto, fazia-se necessária uma ação drástica das autoridades sanitárias no sentido de melhorar a atenção ao parto e nascimento. O guia da OMS para atenção ao parto normal<sup>2</sup> representa uma das iniciativas com esta finalidade.

Após discutir as evidências científicas, o grupo de trabalho classificou as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias: A) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; C) práticas para as quais há poucas evidências para suportá-las e que devem ser utilizadas com cautela até que novas evidências esclareçam o assunto e D) práticas que frequentemente são utilizadas inapropriadamente. A seguir será apresentado um sumário destas práticas e recomendações categorizadas. Uma discussão ampla e sua argumentação acadêmica podem ser encontradas no documento original.<sup>2</sup>

## A classificação das práticas no parto normal do guia da OMS

### Categoria A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família.
2. Avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e o parto.
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo de nascimento.
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.

6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico em que o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e o parto.
9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante trabalho de parto e parto.
10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
11. Métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto.
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.
13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e desinfecção adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto.
14. Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
16. Estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto.
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS.
18. Utilização profilática de ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de até uma pequena perda de sangue.
19. Condições estéreis ao cortar o cordão.
20. Prevenção da hipotermia do bebê.
21. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Exame rotineiro da placenta e das membranas.
8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
11. Massagens ou distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de controlar hemorragias.
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
14. Lavagem uterina rotineira após o parto.
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira do útero depois do parto.

**Categoria C: práticas em relação a quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão**

1. Métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
2. Amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas no terceiro estágio do trabalho de parto.

**Categoria B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de tricotomia.
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
4. Cateterização venosa profilática de rotina.
5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria por raios X.

**Categoria D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado**

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor por analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal.
5. Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços.

7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e fetais forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
12. Parto operatório.
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto.

## Metodologia

Para uma reflexão mais profunda sobre a importância das recomendações da OMS para atenção ao parto normal, realizou-se uma busca na literatura médica nas bases *Medline/Pubmed* e *Bireme* desde 1 de janeiro de 1997 até agosto de 2009, dos artigos e resumos em qualquer idioma. Foram selecionados 14 artigos dentre os 28 encontrados, a partir das palavras-chave 'parto normal' e 'Organização Mundial da Saúde' e *key words* 'normal birth' e 'World Health Organization', além de outros artigos correlatos, dos quais dois eram metanálises e quatro, revisões. O critério de escolha dos artigos foi: discutir e/ou avaliar as recomendações da OMS para assistência ao parto normal,<sup>2</sup> sua aplicabilidade e impacto na saúde coletiva. Após cada citação foi colocado o grau de recomendação e força de evidência quando pertinente, conforme proposto pela Associação Médica Brasileira ([www.amb.org.br](http://www.amb.org.br)) e apresentado no Quadro 1.

## A fragilidade da situação brasileira

Nos anos 1980, no Brasil e no mundo, os agravos à parturição guardavam magnitude desconfortável. As taxas de mortalidade materna e perinatal eram 134,7<sup>5</sup> e 23,4<sup>6</sup>, em 1988 e 1990, respectivamente. Desde então, notou-se um enfrentamento desta

### Quadro 1 - Grau de recomendação e força de evidência

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência (meta-análise ou ensaios clínicos randomizados).
B: Estudos experimentais ou observacionais de menos consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle).
C: Relatos ou séries de casos (estudos não-controlados).
D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

questão. Problemas estruturais, como a falta de assistência pré-natal e de vagas hospitalares, de bancos de sangue e de transporte adequado das parturientes para os hospitais foram criticados. Doenças como sífilis, Aids, anemia, hipertensão arterial na gestação e a hemorragia no parto, entre outras, foram combatidas. A educação continuada para os profissionais envolvidos na assistência perinatal foi promovida e custeada pelo Ministério da Saúde. Atualmente, as taxas de mortalidade maternas e perinatais brasileira são 54,3<sup>7</sup> e 15,7<sup>7</sup>, respectivamente.

Entretanto, a despeito destes esforços, Serruya, Cecatti e do Lago<sup>8</sup> verificaram baixa cobertura de casos pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Parto do Ministério da Saúde do Brasil. Segundo este estudo, alguns indicadores de qualidade da assistência ainda são bastante insatisfatórios, como a cobertura vacinal contra tétano, o número de consultas no pré-natal, a incidência de sífilis e a detecção precoce dos casos de HIV (B).

Em outro estudo brasileiro importante, Lansky, França e Leal<sup>9</sup> também verificaram que as elevadas mortalidades perinatal (40%) e neonatal (60%) evitáveis decorrem de falhas na atenção às gestantes e de problemas na rede assistencial (B).

Além disto, d'Orsi et al.<sup>10</sup> constataram que maternidades públicas e privadas do Rio de Janeiro realizam muitas intervenções na assistência ao trabalho de parto e parto normal que não são baseadas em evidências científicas, tais como uso de enemas (38,4%), hidratação venosa de rotina (88,8%), uso rotineiro de ocitocina (64,4%), restrição ao leito durante o trabalho de parto (90,1%) e posição de litotomia ao parto (98,7%), associando-se a desfechos reprodutivos desfavoráveis tais como elevadas taxas de cesariana e anóxia perinatal. Em contrapartida, práticas benéficas<sup>2</sup> foram menos frequentes, tais como presença de acompanhante (1%) e deambulação durante o trabalho de parto (9,6%) (B).

## Uma questão cosmopolita

Hoje, passados 34 anos, este mesmo conceito ainda é revisto e ampliado, como recentemente ocorreu por iniciativa de instituições canadenses relacionadas ao parto e ao nascimento (*Joint Policy Statement of Normal Childbirth*, 2008).<sup>11</sup> Este "novo" conceito adiciona a "oportunidade de a mãe pegar o seu bebê logo após o nascimento, ter contato pele-a-pele e amamentá-lo na primeira hora após o parto". Ressalta-se a opinião de Young em editorial da revista *Birth*<sup>12</sup>, quando considera o parto e o nascimento como eventos fortemente relacionados à fisiologia, mas dependentes do meio sociocultural em que ocorrem como determinantes das políticas de atenção e desfecho. Ela identifica como relevante algumas premissas coincidentes nestes dois conceitos: cuidado respeitoso; educação pré-natal; apoio durante o trabalho de parto;

escolhas baseadas em consentimento após informação; ambiente que proporcione o suporte necessário; métodos não-farmacológicos para alívio da dor; práticas e informações baseadas em evidências científicas; abolição de intervenções rotineiras; prestígio ao contato mãe-bebê; a disponibilidade de atuação profissional *one-to-one* para cada parturiente e a escolha do local do parto.

Estudos realizados em outros países mostram realidades bastante distintas do Brasil, todavia, coerentes com a condição socioeconômica e cultural. Dois estudos suecos<sup>13,14</sup> evidenciam que a implementação das recomendações da OMS para o parto normal foi facilitada por um programa de melhoria da qualidade no atendimento perinatal, entretanto, algumas intervenções que não foram recomendadas continuaram a ser utilizadas (B).

Da mesma forma, a introdução de um programa de melhorias na qualidade do atendimento perinatal, baseado em evidências científicas no Irã,<sup>15</sup> levou a melhorias na qualidade da assistência, como maior satisfação das usuárias e redução nas taxas de cesariana. Um ponto crucial neste programa foi considerar as necessidades das parturientes na assistência.

Estudando a realidade de países árabes (Egito, Líbano, Palestina e Síria), Khalil et al.<sup>16</sup> concluíram que inúmeras práticas adotadas na assistência ao parto e nascimento em hospitais universitários ou não-universitários ocorrem em desacordo com as recomendações da OMS.<sup>2</sup> Conclui-se, ainda, que muitos casos de desfecho reprodutivo desfavorável decorrem da não-observância destas evidências e que há muitos desafios a serem vencidos. Dentre os problemas, estão o grande número de pessoas que entram em contato com as parturientes e que precisam ser treinadas, a conveniência dos profissionais, as modificações das rotinas, o estabelecimento de pequenas mudanças como a presença de acompanhantes no trabalho de parto e no parto, o alojamento comum e o fácil acesso à informação de qualidade para os profissionais (B).

## Problemas em via de solução

Se, por um lado, problemas emergentes foram enfrentados com sucesso, tendo em vista a redução no número de óbitos, por outro lado as taxas de mortalidade materna e perinatal ainda permanecem inaceitavelmente elevadas. O problema não foi totalmente resolvido, muito pelo contrário, ainda é uma questão de saúde pública. Uma possibilidade para a redução destas taxas é a adoção integral das recomendações da OMS,<sup>2</sup> talvez seja a única solução viável. Neste sentido, Bhutta et al.<sup>17</sup> recomendam que as evidências científicas sejam consideradas nas políticas de saúde enfatizando que as intervenções propostas nestas devem ser periodicamente reavaliadas (A). Neste sentido, concorda Essed,<sup>18</sup>

adicionando que as recomendações da OMS para parto normal constituem uma importante ferramenta para desmistificar a prática obstétrica, ressaltando uma abordagem baseada no risco e o papel da educação formal para os profissionais (D).

Se por um lado há políticas de saúde baseadas em evidências científicas, por outro Chalmers, Mangiaterra e Porter<sup>19</sup> concluem que várias condutas inapropriadas e tecnologias impróprias na assistência a partos continuam a ser utilizadas (A). Corroborando este pensamento, Fauveau e de Bernis<sup>20</sup> constataram que profissionais e provedores de saúde, elementos críticos na melhoria dos indicadores de saúde reprodutiva, frequentemente não aplicam as evidências científicas disponíveis na prática cotidiana, mesmo aquelas de fácil aplicação, constituindo, portanto, obstáculos. Os autores verificaram que o desconhecimento dos modernos *guidelines* e de informações de qualidade foi uma das principais causas para sua não-utilização (D).

Por sua vez, Gülmezoglu et al.<sup>21</sup> avaliaram a melhoria nas práticas obstétricas disseminadas ativamente por meio da Biblioteca em Saúde Reprodutiva da OMS e concluíram que ainda há poucas evidências da eficácia das estratégias recomendadas pela Reproductive Health Library (RHL) da World Health Organization para melhoria da saúde perinatal (B).

Mas, afinal de contas, qual é a parte do “dever de casa” que ainda não foi cumprida para se abolir as mortes maternas e perinatais evitáveis entre nós? Em resposta, é possível mencionar várias intervenções, para as quais já existem suficientes evidências científicas e que atualmente são inadequadamente utilizadas, dentre elas, a adoção de medidas não-medicamentosas para alívio da dor do parto, monitoramento não-contínuo dos batimentos cardíacos fetais, uso de ocitocina nas indicações estritas durante o trabalho de parto, uso de luvas e limpeza na assistência ao parto, estímulo a posições não-supinas durante trabalho de parto e parto e prevenir a hipotermia fetal. Além disto, cesariana, episiotomia e analgesia de parto somente devem ser usadas nos casos estritos de necessidade.

## Uma atenção voltada para o feminino

Tal como preconiza Young,<sup>12</sup> é necessário um enfoque da atenção ao parto e nascimento centrado na parturiente. Desde sempre, na abordagem dos partos e das complicações maternas e perinatais, a mulher não tem sido o sujeito da atenção, este papel, o de sujeito, vem sendo ocupado pelos profissionais, pelas instituições e por seus interesses. Quando o desfecho materno e perinatal envolvem óbito, o protagonista da atenção é o óbito propriamente dito e não essencialmente a mulher.

Neste sentido, nos anos 1970, assistiu-se no Brasil a remuneração maior para o médico quando o nascimento terminava por cesariana (em relação a um parto normal), o que era justificado pela maior complexidade do ato cirúrgico salvador de vidas. Estabeleceu-se um fascínio e afinidade tão grandes pela cesariana que, desde então, nossas taxas permanecem anos a fio elevadas desproporcional e desafiadoramente. Nesta mesma linha de raciocínio, o rol de outras tecnologias largamente usadas na gestação e no parto e nascimento é longo. Assistimos ao “bum” de crescimento da ultrassonografia e cardiocografia, a maior oferta de analgesia de parto, dentre outras. Em contrapartida, não foram observadas mudanças na posição adotada pela mulher em parto, redução nas taxas de episiotomia, tampouco a presença de acompanhantes escolhidas pela parturiente durante o parto<sup>22</sup>, já que nada disto privilegia os interesses dos verdadeiros protagonistas do parto na atualidade, ou seja, os profissionais.

Sabe-se, todavia, que não há intervenção médica sem risco. Portanto, quanto mais elas ocorrerem nos partos, proporcionalmente maior será o número de complicações. Talvez por isto o problema dos óbitos tenha diminuído, mas não foi ainda resolvido.<sup>9</sup>

## A medicina enfocada no ser humano: um cuidado integral

Óbitos materno e perinatal não são os únicos parâmetros de avaliação da qualidade da assistência. O que dizer sobre a satisfação das mulheres em relação a suas experiências de parto? Quais recordações elas guardam de sua vivência, da equipe e instituição? Respondendo a estas perguntas, pode-se relembrar das recomendações da OMS (A,B). O enfoque da atenção aos partos deve ser voltado primariamente para a parturiente e para seu bebê, secundariamente, para sua família. Os profissionais, instituições e normas devem estar a serviço destes. Consequentemente, haverá respeito ao desejo da gestante, cuidados com sua privacidade e prestígio para suas escolhas.

Zwelling<sup>23</sup> questiona se atualmente existem partos normais, conforme o conceito proposto pela OMS, uma vez que a grande maioria dos partos em seu país Estados Unidos conta com várias intervenções médicas. Ele opina que os partos no século 1920 foram considerados como um “problema” e não como um evento fisiológico. Em oposição à tendência contemporânea nas práticas adotadas na assistência ao parto e nascimento, destaca que o parto deve ter início espontâneo, que a parturiente deve ter liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto, deve receber suporte contínuo durante a parturição, devem ser evitadas intervenções rotineiras e que todo cuidado deve

ser individualizado, que se deve preferir posições não-supinas para o parto e que não deve ocorrer separação de mãe e bebê imediatamente após o parto.

São identificados fatores que justificam a introdução maciça de tecnologias impróprias na assistência a partos e nascimentos: fascínio do homem contemporâneo pelo que é tecnológico e a crença de sua total inocuidade e segurança, forte influência midiática, preferência dos profissionais que assistem ao parto e nascimento incluindo o medo de litígio e as condições oferecidas pelas operadoras de saúde e instituições (B). No Brasil, alguns trabalhos apontam a mesma direção, citando-se Murta<sup>24</sup> e Novaes e Murta<sup>25</sup> como exemplo.

## Corpo sem alma

Neste cenário, um contingente enorme da população vive para pagar suas contas de telefone celular, suas roupas de etiquetas famosas, seus financiamentos, enfim, seus bens de consumo. Cuida-se apenas do imediatismo de suas necessidades biológicas esquecendo-se de si mesmo como “sujeito”. Assim, é considerado que há bens de consumo relacionados ao parto e nascimento, quais sejam, analgesia, cesariana a pedido, assim como ocorre com as cirurgias plásticas ou tratamentos cosméticos, tudo muito conveniente, que podem ser providenciados da mesma forma que se faz com a mobília do quartinho do bebê. Por que sentir dor se existe um recurso médico? Parece uma ingratidão com o avanço científico não usufruir de todas as possibilidades disponíveis de intervenção no parto.

Para muitos, permanece incompreensível o “viver” a experiência humana na sua integralidade se para isto for necessário resistir à dor, conviver com dificuldades inerentes ao processo fisiológico. Pouco importa se abdicar de “ser”; cuidar do corpo pode bastar, em detrimento dos cuidados necessários à “alma”. René Descartes descreveu na Idade Moderna (século 16) que o ser humano é formado por “corpo” (objeto) e “alma” (a parte do ser humano capaz de fazer uma ideia de Deus) interagindo num *feedback* constante. Naquela época, exaltava-se o fascínio pelo tecnológico, quando o protótipo do homem moderno passara a ser incorporado pelo homem-máquina.<sup>11</sup> Atualmente, de uma forma geral, a humanidade ainda permanece fixada neste ideal. Expressões como “é de última geração”, “é de altíssima tecnologia” ou então “é o mais moderno que existe” brotam no imaginário das pessoas como se o que não é moderno fosse ruim. Consequentemente, na sociedade contemporânea, percebe-se com muita frequência um ser humano que não se importa em ser desprovido de humanidades. Homem sem alma. Homem sem tempo. Corpo sem ser. Vive-se um esquecimento

da integralidade do ser humano, que apresenta emoções e tem aspirações de felicidade e reconhecimento de sua característica em ser mortal.

## O espaço do sexo feminino no parto

Ser integralmente humana (de corpo e alma como propusera Descartes) ao parto subverte a ordem social,<sup>25</sup> pois uma forma livre de parir permite à mulher estar em contato com seu feminino mais profundo, o que evidencia o poder de ser mulher. Gemidos e outras manifestações íntimas são reprimidos sistematicamente como se fossem impróprios e, obviamente incomodam e são desautorizados. O parto ainda não é compreendido como um evento sexual da mulher, como um evento pessoal profundo,<sup>25</sup> porém é visto como evento médico, dominado pelo capital e pela tecnologia, ambos eminentemente masculinos. Por isto dificilmente as mulheres têm oportunidades de expressar sua feminilidade no parto e conseguem fazer valer o seu gozo, único de ser mulher.<sup>25</sup>

## Considerações finais

É neste contexto que se deve discutir o balanço dos 23 anos da publicação das recomendações da OMS (A,B). A questão é: qual a razão de que o progresso deveria ocorrer tão somente no tocante aos partos, senão quanto à percepção das humanidades de uma forma ampla, em outros setores da vida? Além disto, as escolhas dos homens nem sempre recaem, paradoxalmente, sobre o que é melhor do ponto de vista científico.

## Leituras suplementares

- [No authors listed]. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
- [No authors listed]. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997;24(2):121-3.
- Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Obstétrique, 5-082-d-10, 2001, 9p.*
- Rezende J, Montenegro CAB, Belfort P. Mortalidade materna e perinatal. In: Rezende J. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987. p. 935-9.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Plano de ação para redução da mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde; 1995. 20 p.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 60 p.
- Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2005 IDB-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [citado em 1 nov 2006]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2005/matriz.htm>.
- Serruya SJ, Cecatti JG, do Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-9.
- Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1389-1400.
- d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):645-54.
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J. Obstet Gynaecol Can*. 2008;221:1163-65.
- Young D. What is normal childbirth and do we need more statements about it? *Birth*. 2009;36(1):1-3.
- Sandin-Bojö AK, Hall-Lord ML, Axelsson O, Larsson BW. Intrapartal care in a Swedish maternity unit after a quality-improvement programme. *Midwifery*. 2007;23(2):113-22.
- Sandin-Bojö AK, Larsson BW, Axelsson O, Hall-Lord ML. Intrapartal care documented in a Swedish maternity unit and considered in relation to World Health Organization recommendations for care in normal birth. *Midwifery*. 2006;22(3):207-17.
- Aghlmand S, Akbari F, Lameei A, Mohammad K, Small R, Arab M. Developing evidence-based maternity care in Iran: a quality improvement study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008;8:20.
- Khalil K, Elnoury A, Cherine M, Sholkamy H, Hassanein N, et al. Hospital practice versus evidence-based obstetrics: categorizing practices for normal birth in an Egyptian teaching hospital. *Birth*. 2005;32(4):283-90.
- Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005;115(2 Suppl):519-617.

18. Essed GG. Optimal world-wide obstetrical care; a WHO report. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1997;141(38):1804-6.
19. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth.* 2001;28(3):202-7.
20. Fauveau V, de Bernis L. "Good obstetrics" revisited: too many evidence-based practices and devices are not used. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;94(2):179-84.
21. Gülmezoglu AM, Villar J, Grimshaw J, Piaggio G, Lumbiganon P, Langer A. Cluster randomized trial of an active, multifaceted information dissemination based on the WHO reproductive health library to change obstetric practices: methods and design issues [ISRCTNI 4055385]. *BMC Medical Research Methodology* 2004;4(2):1-9.
22. Brasil. Lei Federal n. 11.108, de 7 de abril de 2005.
23. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(1):85-93.
24. Murta C. *Dimensões da Humanização: Filosofia, Psicanálise, Medicina.* Vitória: Edufes; 2005. 168 p.
25. Novaes PB, Murta CPC. *Parto: uma dimensão do gozo feminino.* 2ª edição, trilingue. Vitória: Gráfica e Editora A1; 2006. 92p.