

## Estar grávida no Brasil

A gravidez é um tempo de muitas mudanças e expectativas na vida da mulher e das suas famílias porque implica novas responsabilidades afetivas, sociais e legais, decorrentes da maternidade. No ano passado, apenas 45% das gestações que terminaram em nascimento foram planejadas para acontecer no momento em que ocorreram. Embora 97% das gestantes brasileiras tenham realizado consultas pré-natais e 99% dos partos tenham ocorrido em hospitais, persistem problemas na qualidade da atenção oferecida (*Lancet* 2011; 377:1863-76).

Segundo dados de estudo realizado no Rio de Janeiro em hospitais do Sistema de Saúde Suplementar, durante a gestação a mulher vai mudando de opinião sobre o tipo de parto. No início, mais de 30% delas gostariam de ter um parto cesariano, ao chegarem à maternidade, 70% haviam se decidido pela cesárea, mas, ao saírem das maternidades, apenas 10% tiveram um parto por via vaginal. O medo da dor foi o principal motivo alegado inicialmente para desejar fazer uma cesárea e continuou sendo importante para ela mudar de opinião durante a gestação. Foi protetor estar bem informada sobre as vantagens do parto vaginal e o desejo do companheiro por esta modalidade de parto (*Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1521-34).

A cesariana é uma cirurgia que não deve ser banalizada, pois aumenta o risco de hemorragia pós-parto, infecção, admissão em UTI, mortalidade e em gravidezes futuras de placentação anormal, ruptura uterina, dentre outros. Para o recém-nascido são reportados maior necessidade de suporte ventilatório ao nascer e maior uso de UTI neonatal.

Nos serviços públicos brasileiros as gestantes que fazem parto vaginal também são submetidas a uma excessiva manipulação, ficam presas ao leito, impedidas de deambular e se alimentar, usam ocitocina e dão à luz em posição de decúbito dorsal, com o auxílio de episiotomia. Esses procedimentos não são hoje recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

O modelo de atenção, baseado em tecnologias apropriadas para o parto e nascimento (também conhecido como parto humanizado), conduzido por enfermeiras obstétricas (*midwives*) e encontrado em quase todos os países europeus, tem ótimos resultados perinatais e está em franco contraste com o modelo que temos implantado aqui no Brasil. Com mais de 50% de cesarianas, cada vez mais as mulheres brasileiras têm parido anestesiadas, passando pelo processo do parto sem sentirem dor, mas também sem sentirem acontecer o próprio nascimento dos seus filhos. Por outro lado, a maioria dos nossos bebês tem sido retirada do útero pelos médicos, ficando subtraídos dessa experiência humana vital e tão significativa. Não temos nenhuma avaliação dos resultados do nosso modelo extremamente medicalizado de atenção ao parto sobre as crianças a médio e longo prazo, mas podemos reconhecer, sem muito esforço, que ele se constitui em uma ruptura com a maneira como nasceram as gerações brasileiras anteriores e que, do ponto de vista populacional, é uma experiência não avaliada previamente.

Está em curso no país um movimento pela adoção de um modelo de atenção baseado em tecnologias apropriadas para o parto e nascimento. Iniciativas importantes do Ministério da Saúde, tais como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Lei do Acompanhante, o Programa de Qualificação das Maternidades no Nordeste e Amazônia Legal e, mais recentemente, a Rede Cegonha, são exemplos desse esforço. Em paralelo, verifica-se um renascimento dos movimentos sociais das mulheres pelo resgate do protagonismo da mulher na condução do seu parto e do nascimento dos seus filhos. Existe hoje um consenso de que se necessita urgentemente reformar o modo de atender ao parto e nascimento das mães e crianças brasileiras.

*Maria do Carmo Leal*

*Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.  
duca@ensp.fiocruz.br*