

Por que projeto de Janaina Paschoal que incentiva cesárea no SUS não é solução, por Fabiana Dal'Mas Paes

A deputada estadual, na justificativa do projeto, sustenta que “formadores de opinião defendem a supremacia do parto normal à cesárea”.

[\(HuffPost Brasil, 24/08/2019 - acesse no site de origem\)](#)

O Projeto de Lei nº 435/2019, de autoria da deputada estadual **[Janaina Paschoal \(PSL\)](#)**, que garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto **[cesárea a partir da 39ª semana de gestação foi aprovado na semana passada por 58 votos a 20](#)** na Assembleia Legislativa Estadual de São Paulo, agora segue para análise do governador João Doria (PSDB).

O primeiro artigo do projeto de lei afirma que “a parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia” e que “a cesariana eletiva só será realizada a partir de 39 semanas de gestação, após ter a parturiente sido conscientizada e informada acerca dos benefícios do parto normal e riscos de sucessivas cesarianas.”

Texto da proposta afirma que “a parturiente tem direito à cesariana eletiva, devendo ser respeitada em sua autonomia” e prevê que em maternidades e hospitais deverá ser afixada placa com dizeres: “Constitui direito da parturiente escolher cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação”.

Paschoal, na justificativa do projeto, sustenta que “formadores de opinião que defendem a supremacia do parto normal à cesárea”, “defendem o direito de a parturiente escolher (e ser respeitada) apenas quando a parturiente escolhe o parto normal, ou o parto natural”.

Este projeto de lei não deveria ser aprovado, tampouco em regime de

urgência. O Estado Democrático de Direito, vigente no nosso País (artigo 1º da Constituição Federal), demanda uma ampla discussão de matérias importantes e que afetarão a saúde de milhares de mulheres.

Há distintos pontos do referido PL que deveriam ser melhor debatidos com a participação da sociedade civil, do movimento de mulheres, dos médicos, dos gestores e dos juristas. O primeiro deles consiste no fato de que este projeto fomentará a prática indiscriminada de cesáreas, na contramão das disposições da Organização Mundial de Saúde (OMS) e das evidências científicas mundiais.

O elevado número de cesáreas no Brasil, que se encontra em torno de 52% no setor público podendo chegar a 88% no setor privado, contraria as recomendações da OMS. A taxa ideal de cesáreas, de acordo com a organização, é entre 10% e 15%.

O que justifica um número tão elevado de cesáreas no nosso País? Por qual motivo as mulheres não são informadas a respeito das consequências de uma cesárea? Qual será o impacto deste PL na saúde das mulheres e dos bebês?

O projeto também prevê uma suposta autonomia para as mulheres decidirem a respeito do procedimento no momento do parto, mas não dispõe medidas eficazes quanto à qualidade deste atendimento. Este sim parece ser o maior problema para as mulheres, principalmente aquelas em situação vulnerável.

Em termos físicos e psicológicos, há poucas experiências na vida de uma mulher como o parto e o nascimento de um filho. A qualidade da assistência prestada à gestante nesse momento tão importante e vital em sua vida não deveria depender da classe social, raça/etnia, gênero, estado civil, idade, no entanto, as evidências científicas identificam que o acesso à saúde é afetado frequentemente por aspectos de interseccionalidade, que fazem com que determinadas mulheres tenham um acesso mais precário do que as outras.

Inicialmente apontamos três críticas ao referido projeto:

- Aumentará o número de cesarianas no País, contrariamente às determinações da OMS;
- O projeto não foi suficientemente debatido e, por fim, não aborda a

questão crucial para o bom atendimento à gestante no que diz respeito à qualidade da assistência; e

- Se queremos viver em um ambiente democrático, temos que debater os temas que nos afetam, especialmente a saúde.

Na construção de uma agenda para a garantia de pleno acesso à saúde é necessário:

- A divulgação das normas que regulamentam o parto humanizado, no âmbito internacional e nacional;
- O amplo debate com participação da sociedade, dos profissionais de saúde, da academia, do sistema de justiça;
- A afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos com um olhar interseccional (não apenas de gênero, mas também étnico racial e de classe) e regional;
- A prevenção da gravidez na adolescência; a sensibilização na formação dos profissionais de saúde e do direito sobre os princípios do parto humanizado: a segurança, transparência e pouca invasão;
- A garantia ao direito ao acompanhante à gestante; a garantia ao direito à informação; e
- A garantia ao acesso pleno à saúde e o incentivo às boas práticas obstétricas, fundamentadas sempre em evidências científicas.

Temos que reinventar o parto e criar novas possibilidades, sem debate e sem atropelos, este PL não parece alcançar estes objetivos.

Por Fabiana Dal'Mas Rocha Paes, Promotora de Justiça de Enfrentamento à Violência Doméstica de São Paulo

Doria sanciona lei que prevê

cesárea sem orientação médica no SUS

Hoje (23), o governador do estado de São Paulo, João Doria (PSDB) sancionou o projeto de lei que garante à gestante o direito de optar pela cesárea a partir da 39ª semana de gravidez em hospitais públicos que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo sem a indicação médica.

[\(UOL, 23/08/2019 - acesse no site de origem\)](#)

O projeto de lei foi aprovado em 14 de agosto pela Assembleia Legislativa de São Paulo, por 58 votos a 20 e tramitou em regime de urgência na Alesp. O texto foi proposto pela deputada Janaína Paschoal (PSL).

“Estou transformando em lei o que já era uma norma ética que já era respeitada na rede privada, mas ignorada na rede pública. Estamos contemplando a igualdade”, afirmou Janaina Paschoal (PSL), complementada por Doria: “É uma decisão importante pela pertinência e a dedicação da Janaina com este projeto”.

João Doria garante que o estado de São Paulo está preparado para atender o aumento de demanda. Já o secretário de Saúde do Estado, José Henrique Germann, reforçou esse pensamento, embora acredite que não aconteça um aumento no número de cesáreas no país. Hoje, o Brasil é o segundo país com maior taxa de cesáreas do mundo (55,6%).

“Não é um projeto de indução às cesáreas, mas de respeito a escolhas, ao consentimento informado, com ferramentas de qualidade e a questão explícita com consentimento. Acho precoce querer dizer que nós teremos mais cesáreas. Hoje, temos 43% de cesáreas[na rede pública]. Dizer que vai para 60%, 65%, eu não acredito. É nossa responsabilidade garantir a anestesia, e temos a obrigação de manter”.

Por Gustavo Frank

Com novas recomendações, OMS tenta frear explosão de cesáreas

Brasil tem segunda maior taxa de intervenções durante o parto, com mais da metade dos nascimentos ocorrendo por meio de cesáreas

[\(O Estado de S. Paulo, 15/02/2018 - acesse no site de origem\)](#)

Num esforço para reduzir o número de cesáreas praticadas no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou nesta quinta-feira, 15, novas recomendações sobre padrões de tratamento e cuidados relacionados a mulheres grávidas. O objetivo é reduzir “intervenções médicas desnecessárias”.

De acordo com a OMS, 140 milhões de nascimentos ocorrem no mundo a cada ano. A maioria sem complicações. “Ainda assim, nos últimos 20 anos, médicos aumentaram o uso de intervenções que eram destinadas antes apenas para evitar riscos e tratar complicações, com a infusão de oxytocin para acelerar o parto ou cesáreas”, indicou a OMS.

“A crescente medicalização de um processo normal de nascimento está minando a capacidade das mulheres de dar a luz e impactando de forma negativa sua experiência no nascimento”, afirmou Nothemba Simelela, diretora-geral assistente da OMS. Para ela, não há necessidades de receber intervenções adicionais para acelerar o parto se mãe e filho estiverem em boas condições.

A entidade alerta que, nos últimos anos, uma “proporção substancial” de grávidas saudáveis foi alvo de pelo menos uma intervenção durante um parto.

Com dados de 2016, a OMS aponta o Brasil como um dos líderes em cesáreas no mundo e alerta que o aumento nas práticas em partos se transformou em

uma “epidemia”. A entidade estima que a taxa média mundial de cesáreas seria de 18,6% dos partos. Em 1990, esse índice era de apenas 6%.

Em média, a taxa de cesáreas hoje na Europa é de 25%, contra 15% há 20 anos. Já nos EUA, a taxa é de 32,8%. No Brasil, os dados de 2016 mostram que 55,6% dos partos no País foram cesáreas, a segunda maior taxa do mundo, superada apenas pela da República Dominicana, com 56%.

Medidas

Na esperança de reverter a situação ou pelo menos frear o aumento de casos, 56 medidas foram anunciadas pela entidade. Elas incluem uma melhor comunicação entre médicos e as mães, permitir que sejam as mulheres que também possam opinar sobre sua administração da dor durante o processo de dilatação e posições para o parto.

Um dos aspectos centrais da recomendação é a de reconhecer que cada parto é “único” e tem um ritmo diferente. Cada grávida, portanto, deve ser informada que não existe um padrão a ser respeitado, ainda que em geral um prazo máximo possa ser estabelecido.

“A duração do primeiro estágio varia de mulher para mulher e, no caso de um primeiro parto, não se estende além de doze horas”, aponta. “Em fases seguintes, ele não ultrapassa dez horas de trabalho de parto”, explica.

Para reduzir intervenções médicas desnecessárias, a OMS agora alerta que a dilatação cervical precisa ser repensada. O ritmo de 1 cm por hora de dilatação na primeira fase do trabalho de parto – padrão usado para medir o progresso do caso – seria “irrealista” para algumas mulheres e poderia ser “inexato para identificar mulheres sob risco”.

Pelas novas recomendações da OMS, uma taxa de dilatação mais lenta não deve ser um indicador de rotina para determinar se uma intervenção deve ou não ocorrer para acelerar o trabalho de parto.

Na avaliação da agência de saúde da ONU, é o envolvimento da mulher nas decisões do trabalho de parto que poderia mudar essa realidade. Entre as recomendações, a entidade pede que médicos informem as mulheres sobre a

duração do parto.

Recursos

Para a OMS, as intervenções médicas em trabalhos de parto estão “generalizadas” em muitos países. Mas isso coloca uma pressão extra nos serviços de saúde e aprofundariam ainda mais a disparidade nos tratamentos.

Na avaliação da entidade, uma redução no número de cesáreas desnecessárias liberaria recursos para casos em que o risco é real. Enquanto o número de cesáreas e parto com hora marcada aumenta, a entidade destaca que 830 mulheres morrem diariamente ao dar à luz. “Isso poderia ser evitado com um cuidado de maior qualidade”, aponta.

Jamil Chade

‘Alguma coisa que acontece no pré-natal faz a mulher achar que o melhor é uma cesariana. Geralmente, o que ‘acontece’ se chama médico’, afirma obstetrix

Ana Cristina Duarte é uma das idealizadoras do Siaparto, que começa hoje

[\(Emais, 05/09/2017 - acesse no site de origem\)](#)

Em país que ostenta, ano após ano, o título mundial de campeão de cesarianas, organizar um congresso cujo principal assunto é parto normal é um ato de resistência, quase político. Mas esse é o quarto ano que o [Siaparto](#) (Simpósio internacional de assistência ao parto) é realizado em

São Paulo, com cada vez mais inscritos. O blog conversou com Ana Cristina Duarte, obstetrix formada pela USP, Universidade de São Paulo, uma das idealizadoras do Simpósio. Com mais de 500 partos domiciliares no curriculum e 400 hospitalares, onde fez parte de equipe multidisciplinar, a 'parteira', como prefere chamada, não tem grandes ilusões de que o sistema obstétrico brasileiro, que privilegia a cirurgia, mude a ponto de que a filha não enfrente as mesmas dificuldades que ela encarou para encontrar um médico que realmente fizesse um parto normal. "O brasileiro não mexe nas estruturas. A gente está vendo isso na política, na economia e não vai ser diferente na saúde", afirma. Ana acredita, contudo, que o acesso a informação de qualidade pode mostrar para a mulher que é possível e seguro que seus filhos nasçam da forma mais natural possível, inclusive longe do hospital. "O que eu desejo é que pelo menos as mulheres que querem parir tenham uma escolha, consigam achar esse caminho".

Blog: Você é uma das principais ativistas pelo parto normal e pela diminuição das cesáreas desnecessárias. Por que se engajou nessa luta?

Ana Cris: Eu entrei nessa luta quando eu tive meus filhos. Meu primeiro parto foi uma cesárea desnecessária, minha filha nasceu de uma cirurgia sem qualquer indicação médica. Eu fui enganada. Eu me deixei levar, na verdade, acreditei no que o médico falou e acabei sendo submetida a uma cesariana que foi muito sofrida para mim. Demorou um tempo até eu entender e acreditar que tinha sido enganada - é muito difícil a gente aceitar que se deixou levar tão facilmente. Na minha segunda gravidez eu troquei de médico, achei um profissional que topou fazer um parto normal depois de uma cesárea. E esse segundo parto foi muito transformador para mim, foi uma experiência curadora poder parir depois de uma cesariana que eu não queria, que eu nunca quis. A partir disso eu percebi que a maioria das mulheres não sabia que havia uma indústria de cesarianas no Brasil, não tinha a menor ideia do que estava acontecendo. Foi aí que eu e outras mulheres entramos de cabeça no ativismo.

Blog: Quem te acompanha via redes sociais sabe que você já foi processada algumas vezes e também vítima de linchamentos virtuais. Por que acha que é tão atacada? Alguma vez pensou em desistir?

Ana Cris: Todo mundo que encabeça algum movimento de resistência vai ser atacado, faz parte. Quem não lida bem com isso não deveria fazer ativismo. Eu já fui processada pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul porque disseram que eu “falei mal dos médicos” e, de fato, denunciei e vou continuar denunciando práticas que são inadequadas. Eles perderam o processo. Eu também estou processando médicos que fizeram postagens agressivas usando meu nome e minha imagem e fazendo ataques contra mim - foram médicos obstetras que fizeram isso, já os processei e já ganhei a ação em primeira instância. Isso acontece com todos que lutam contra o status quo - que é muito confortável, mas não está fazendo bem às mulheres e aos bebês.

Blog: Desde que as mulheres começaram a se engajar na luta pelo protagonismo no parto e pelo fim da violência obstétrica eu tenho visto algumas mudanças pontuais, principalmente em alguns hospitais, que começaram a permitir a entrada de doulas e que também aboliram o costume de deixar as crianças no berçário, em vez de com as mães. Quais outras práticas do nascimento precisariam ser revistas, na sua opinião?

Ana Cris: Ainda tem muita coisa para mudar, é uma questão de paradigma. A gente está vendo hospitais com índices de 90% de cesariana tomarem algumas iniciativas para melhorar o atendimento, humanizar e trazer mais possibilidades de um parto normal, mas dentro de um modelo que é baseado na fórmula hospital/médico/anestesiologista/centro cirúrgico. Esse não é o modelo ideal de atendimento ao parto normal. Então essa não é uma mudança de paradigma ainda. A gente precisa mexer nisso, ter centros de parto normal dentro dos hospitais, com enfermeiras obstetras, onde o médico só é chamado para situações em que se aumenta a complexidade do parto, quando a gestante sai da zona de baixo risco. É lógico que essas iniciativas são importantes, mas a gente precisa mudar mesmo é o modelo de assistência ao parto. Só que, infelizmente, essa é uma parte estrutural e as pessoas não querem mexer na estrutura básica. Esse é o problema.

Blog: Pela primeira vez desde 2010 o número de cesarianas na rede pública e privada não cresceu no país, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde - pelo contrário, caiu 1,5 ponto percentual em 2015. Esses números ainda estão longe do que a Organização Mundial de Saúde considera como

ideais. Por que é tão difícil diminuir o número de partos cirúrgicos no país?

Ana Cris: A gente não consegue diminuir cesarianas no Brasil porque não se quer mudar a estrutura, mexer com os médicos, com os planos de saúde, com a ANS, não se quer 'ofender ninguém', não se quer 'magoar ninguém'. Então os hospitais continuam fazendo aquilo que dá mais lucro, os planos de saúde continuam remunerando mal os médicos, porque dá mais lucro, as mães vão para a cesárea porque se sentem mais seguras, porque é o que médico falou que é o melhor, e assim a gente não vai conseguir diminuir nada mesmo. A tendência é que continue mais ou menos assim enquanto não se mexer em estrutura e tirar o médico dos partos de baixo risco.

Blog: Quem quer a cesárea? A mãe ou o médico?

Ana Cris: Já foram feitos três grandes estudos no Brasil sobre o desejo da cesariana e os três mostraram que as mulheres começam o pré-natal dizendo que preferem o parto normal. E terminam prontas para 'preferir' uma cesariana. Alguma coisa que acontece no pré-natal faz a mulher achar que o melhor é uma cesariana. Geralmente o que 'acontece' se chama 'médico'.

Blog: Como você vê o sistema obstétrico brasileiro para a geração dos nossos filhos? Como estaremos em 10, 15 anos?

Ana Cris: É muito difícil imaginar o que vai acontecer com a geração dos nossos filhos. Nós estamos há muitos anos tentando promover mudanças e a geração de ativistas que veio antes de mim, antes da era da internet, também tinha esperança de mudança para os nossos filhos. A minha filha vai fazer 20 anos e já está, teoricamente, em idade de ter filhos. Ela vai enfrentar as mesmas dificuldades que eu enfrentei, até mais. Eu não vejo esperança para os nossos filhos, nem para os nossos netos, porque as pessoas não estão querendo mexer nas estruturas. Porque esse é o modelo brasileiro, esse é o pensamento brasileiro de não mexer nas estruturas - a gente está vendo isso na política, na economia e não vai ser diferente na saúde. Não vejo isso mudando a curto prazo não. O que eu desejo é que pelo menos as mulheres que querem parir tenham uma escolha, consigam achar esse caminho. O problema é que nem todo mundo consegue pagar por um parto humanizado, por um parto bacana.



A parteira Ana Cristina Duarte. (Foto: Coletivo Buriti por Bia Takata)

Blog: Qual país tem as melhores práticas obstétricas na sua opinião? Por quê?

Ana Cris: A maioria dos países de primeiro mundo está em fase de rever os seus protocolos e suas práticas para tentar melhorar sua assistência. Um modelo que eu gosto muito é o do Canadá, que começou há alguns anos a aumentar a formação de enfermeiras obstetras, as chamadas midwives, treinadas para atendimento das mulheres de baixo risco. Em várias cidades do Canadá a mulher escolhe a equipe de parteiras e decide se vai ter bebê em casa, na casa de parto ou no hospital, e as mesmas parteiras podem atendê-la em qualquer um dos três lugares. É lógico que se ela se transformar em uma gestante de alto risco os médicos irão atendê-la, mas se ela estiver no baixo risco pode ter o bebê em casa, com as parteiras, ou na casa de parto. Eu gosto muito desse modelo e acho que o Canadá acordou para o fato de não ser possível melhorar os números (de morte materna e neonatal) se não investir nessa mudança de paradigma. É exatamente isso o que a gente precisa. O modelo da Inglaterra é bacana também. O ideal é que a gente pudesse adaptar algumas dessas coisas para o nosso modelo de assistência.

Blog: Esse é o quarto [Siaparto](#). Como e por que esse projeto nasceu?

Ana Cris: Faço parte de um grupo de médicas e parteiras que sempre andam juntas e conversam. Uma vez a gente pensou em dividir as despesas e montar um curso para algumas pessoas aqui, trazer um pessoal dos Estados Unidos que a gente já conhecia, já tinha visto lá (ao participar de cursos). Pensamos 'a gente faz uma vaquinha e traz essas pessoas para cá'. As pessoas começaram a gostar da ideia, nos juntamos e, de cara, virou um evento de 700 pessoas, o que foi bastante admirável para a gente. A partir disso a gente começou a profissionalizar e aumentar espaço, transformar em um congresso mesmo. O principal objetivo é trazer evidências científicas para os profissionais que trabalham com a assistência ao parto e também para termos acesso a algumas informações novas ou técnicas diferentes. Em 2014 tivemos 700 inscritos, em 2015 tivemos 1000 inscritos, em 2016 foram 1300

e esse ano vamos chegar mais ou menos em 1500 participantes.

Blog: Como é fazer um evento como esse do zero todos os anos? Qual o papel das mulheres que se engajam nesse projeto com você?

Ana Cris: A primeira vez foi bastante assustadora. A partir disso a gente montou um time muito bacana e contratou uma empresa de organização que pertence ao movimento da humanização. Esse é um evento que tem características específicas, porque ele não tem patrocínio - nenhuma indústria farmacêutica ou de equipamentos patrocina congresso de parto natural, obviamente. Então são os próprios congressistas que pagam o evento para que ele aconteça. Qualquer pessoa que trabalha com congresso sabe que isso é quase um milagre. Mas um milagre feito por muita gente, com muitas ativistas envolvidas, muitos médicos, enfermeiras, doulas, gente que se mexe para fazer isso acontecer. Inclusive a primeira congressista desse ano, a Jennifer Walker (doula e membro da Dutch National Doula Association) vinha da Holanda, mas eu não sabia que ela era canadense de nascimento, e os canadenses precisam de visto para entrar no Brasil. Resultado: Ela chegou no aeroporto sem visto e corria o risco de ser deportada. A gente fez uma movimentação via redes sociais, as mulheres começaram a se movimentar, chama um, chama outro, marca um, marca outro e, no fim, o Embaixador Canadense acabou entrando em contato comigo. No dia seguinte, essa mulher estava fora do aeroporto e já com a gente para fazer o congresso acontecer. Esse é um congresso é feito por todo mundo, por milhares de mãos.

Blog: Esse ano o Siaparto gerou mais alguns 'filhotes', o [Siadoulas](#) e o [Siaparental](#). Por que ampliar o escopo do evento? Quem é o público alvo desses novos simpósios?

Ana Cris: O Siadoula nasceu da necessidade das próprias doulas em terem um espaço delas, uma sala delas, com questões próprias e trazer pessoas para falar com elas especificamente. Temos quase 300 doulas inscritas. E o Siaparental é um congresso que reúne pais, psicólogos e educadores em torno das questões da primeira infância e envolve um pouco de pedagogia, educação e saúde na primeira infância. Um movimento bacana que envolve muitos pais que já passaram por esse processo de parto natural e se

envolveram em um movimento de uma criação de filhos em um modelo mais integral. É um congresso menor, pequeninho, que tem ‘cara’ de ser um lugar de conversar mesmo, um debate entre pais e profissionais.

Mais informações sobre o Siaparto e seus ‘filhotes’, [clique aqui](#). No domingo, dia 10, esta blogueira que vos escreve vai mediar, às 10h50hs, uma roda de conversa sobre feminismo e maternidade.

Rita Lisauka

O abuso silenciado que há por trás das cesáreas

Mulheres que sofreram parto traumático têm sintomas das vítimas de estupro, segundo especialista

[\(El País, 31/08/2017 - acesse no site de origem\)](#)

Ana Farmer tinha cerca de 39 semanas de gravidez quando foi fazer um controle ginecológico na Clínica Cordillera de [Santiago, no Chile](#). Queria saber se era normal que cada vez ficasse mais difícil segurar a urina. Enquanto esperava a obstetra que a havia atendido, outra profissional da equipe a examinou. Tudo estava bem: os dois centímetros de dilatação que surgira há alguns dias não tinham aumentado.

Pouco depois chegou sua obstetra, que havia monitorado sua gestação. “Fez o exame de toque e, de repente, senti que ela rompia a membrana. Comecei a sangrar, sentia muita dor”, relembra com angústia. “Ela disse que o bebê tinha que nascer naquela hora e por [cesárea](#), porque a bolsa tinha estourado”, afirma.

O caso de Ana é um dos milhares de casos de violência obstétrica praticados de forma naturalizada nos hospitais e clínicas de todo o Chile. São relatos de

mulheres que viveram cesáreas forçadas, medo, angústia, más práticas e maus-tratos por parte da equipe médica. Sofrem em silêncio, invadidas pela vergonha, pela raiva, pela culpa e pela dor.

A história de Ana tem muito de tudo isso. A jovem, que teve sua primeira e única filha aos 25 anos, é uma [defensora ferrenha do parto natural](#) e tanto ela como seu companheiro tinham muito claro como queriam receber a pequena Melissa.

No entanto, todos os seus planos naufragaram depois da [violenta intervenção da obstetra](#). “Começaram a me injetar medicamentos — antibióticos, ocitocina — sem meu consentimento. Tudo o que não queria me injetaram”. Ana não se esquece de que teve de se esconder no banheiro porque não queria seguir para a cirurgia sem que seu companheiro estivesse presente no parto. “O médico não queria esperar que meu namorado chegasse. Me fechei para ganhar tempo, mas me tiraram à força pouco depois e me levaram para a ala médica”, detalha.

“Saiu tudo ao contrário do que eu queria, fui forçada. Foi um pesadelo total que me afeta até hoje”, sentencia a mãe.

“Patologizar” a mulher

O último relatório Informe Anual da Situação de Direitos Humanos no Chile, publicado pelo Instituto de Direitos Humanos (INDH), revela que [50% das mulheres que deram à luz no país em 2015 o fizeram por cesárea](#). Dessa porcentagem, 70% correspondem a partos em clínicas privadas, enquanto os 30% restantes foram feitos em hospitais públicos. Números que, como adverte o INDH, distam muito da média de 15% a 20% recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou dos 25% que se registra na Espanha, que também excede o aconselhado pelo órgão internacional.

O Chile também está longe de outros países latino-americanos como Argentina ou Venezuela, onde a violência obstétrica foi tipificada para reivindicar a proteção dos direitos humanos das mulheres durante sua fase sexual e reprodutiva. No país transandino, por sua vez, há um projeto de lei parado no Congresso no qual esse tipo de agressões e quem as exerce são

reconhecidos e punidos.

O doutor René Castro, que durante 18 anos esteve à frente do Programa de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, conhece em primeira mão o olhar do sistema de saúde chileno em relação à mulher. Para ele, esses números “não se justificam”, sobretudo quando os estudos demonstram que a maioria das mulheres prefere partos vaginais e confirma que os ginecologistas “fomos relaxando em nossas boas práticas, transformando-as em um intervencionismo desnecessário”.

Segundo o médico, esse aumento exponencial de intervenções tem muita relação com a forma como se entende o corpo da mulher e seus processos na sociedade chilena. “Se olhamos a linguagem popular e comum, todos os temas relacionados à fisiologia das mulheres têm um nome patológico. Quando menstrua, se diz que a mulher está enferma; quando procura um método contraceptivo, se diz que vai fazer um tratamento; quando quer fazer um aborto, se diz que vai encontrar um remédio; quando chega o parto, dizem que agora vai melhorar”, explica.

Normalizar estas práticas, que muitas vezes são feitas por simples comodidade das equipes médicas, tem um custo. A antropóloga e pioneira em estudos de violência obstétrica Michelle Sadler afirma que as intervenções desnecessárias alteram o sistema imunológico; facilitam o desenvolvimento de mais alergias, asma, obesidade e quadros infecciosos; dificultam o apego e a lactância e provocam mais depressões pós-parto. Além das consequências para mulheres e recém-nascidos, representam elevados custos para os sistemas de saúde.

No entanto, os piores efeitos recaem sobre as mulheres. O doutor Castro alerta que esse tipo de prática tem um impacto emocional. “Tiramos das mães o direito de desfrutar de uma experiência humana, prejudicando os primeiros momentos com seu filho recém-nascido”. O especialista reforça citando a tese da psiquiatra e ativista pelos direitos dos bebês e das mães, Ibone Olza. A especialista espanhola afirma que muitas mulheres que sofreram um parto traumático apresentam os mesmos sintomas das vítimas de estupro por sentirem-se “forçadas” a consentir procedimentos “sem terem sido informadas dos riscos dos mesmos”.

Sua tese também é compartilhada pelo obstetra e codiretor do Observatório de Violência Obstétrica do Chile (OVO), Gonzalo Leiva, que exemplifica com outro caso testemunhado por ele. “Pensemos nessa mulher que foi examinada por um médico, com os dedos em sua vagina, que está doendo ao tato e pede, por favor, que tire a mão. O médico insiste e ela continua pedindo”, explica. “Provavelmente, uma vítima de estupro fará o mesmo: pedir que parem até que se concretize o estupro”, afirma.

Para além da cesárea

Buscar as causas dessa violência que hoje começa a se tornar visível é uma tarefa difícil. Michelle Sadler explica que apesar de as causas serem múltiplas, estão totalmente vinculadas a um contexto de violência de gênero que adquire contornos de violência sexual. “É exercida pelos profissionais da saúde, porque o contexto de misoginia e sexismo assim o permite”, afirma.

Segundo destaca a OMS, as mães adolescentes ou pertencentes a minorias étnicas ou estratos socioeconômicos mais baixos têm mais possibilidades de sofrer maus tratos e falta de respeito na atenção médica. “A vida sexual dessas mulheres é julgada e, de certa forma, com os maus-tratos são culpabilizadas pela forma como viveram sua sexualidade”, afirma Gonzalo Leiva.

A agressão pode implicar desde humilhações até tratamentos infantilizantes ou culpabilizadores em uma simples consulta ginecológica. “São comentários como ‘aqui sou eu que tomo as decisões’, ‘não gostou? Pois agora aguente’ ou ‘abra as pernas e fique quieta que é para o seu bem’”, afirma o obstetra.

María José Padilla se tornou mãe de Simón, seu único filho, aos 20 anos. Foi atendida no Hospital Sótero del Río, o único centro público em um bairro de mais de um milhão de habitantes de Santiago. Sobre sua experiência de dar à luz, lembra: “Me repreendiam porque era vegetariana e me dizia que se não tinha leite era minha culpa. Me culpavam dizendo que era eu que não queria amamentá-lo [...] Fizeram a episiotomia sem me perguntar e me proibiram de parir parada, controlando-me para que eu não me sentasse”.

Algo parecido aconteceu com Paz Urrejola, outra jovem que aos 17 anos

tornou-se mãe de Santiago. Além de não ter sido consultada sobre a episiotomia, a difamaram dizendo que não sabia empurrar e que se seu filho morresse, ela seria a responsável. “Fizeram em mim a manobra de Kristeller, subindo em minha barriga e me pressionando com força. Fiquei assim por quase 24 horas, sem tomar água, molhando apenas os lábios. Foi violento demais, cruel demais. Um ato desumano para trazer um ser ao mundo”, relembra com pesar a mãe.

Rumo a um novo modelo?

“Muitas mulheres começam a pesquisar depois de seu primeiro parto e se dão conta da oportunidade preciosa que deixaram de viver com um processo mais pleno”, afirma Gonzalo Leiva. O obstetra recomenda criar planos de parto e apresentá-los a hospitais, clínicas e médicos para que sejam as próprias mulheres a começar forçar uma mudança no sistema de saúde chileno, apropriando-se de seu próprio corpo e processo.

Michelle Sadler considera que a transformação passa por substituir o modelo tecnocrático atual por outro mais personalizado, em todos os níveis: desde a educação sexual para as crianças até os conteúdos dos cursos de saúde (Obstetrícia, Enfermagem, Neonatologia, Pediatria), ou as capacitações das equipes.

Nesse sentido, Leiva, que também é professor universitário do curso de Obstetrícia, afirma que são ensinados conteúdos que não correspondem ao que os estudantes observam em sua prática: “Quando vamos aos hospitais, passamos a manhã inteira repetindo aos alunos ‘isso que você está vendo não se faz’”, lamenta.

Uma exceção é a experiência que está sendo feita no Hospital de La Florida. Situado em um dos bairros mais populares da região metropolitana de Santiago, registra 72% de partos naturais, e nos últimos anos conseguiu diminuir em 25% o número de cesáreas.

Definir a posição para dar à luz, respeitar o tipo de parto escolhido pela mãe e fomentar o apego do recém-nascido com seus pais são algumas das práticas que o centro garante aos futuros pais, se não há complicações. Até agora,

30% dos 3.000 partos atendidos por ano no centro são feitos dessa forma.

A aposta de La Florida para que mães e pais escolham como querem parir seus filhos está dando resultado e vários hospitais do país se interessaram em conhecer o projeto. Os avanços na erradicação de más práticas seriam mais rápidos e efetivos se o Colégio de Obstetras e Obtetrizes do Chile se dispusesse a denunciá-las. Mas essa briga dentro da instituição ainda não está ganha.

Que o Chile passe de exceção a regra será impossível se mães, profissionais e autoridades não se decidirem por expor a violência obstétrica e implementar mecanismos efetivos para denunciá-la. Enquanto isso não acontece, em silêncio, continuarão os abusos de poder que se escondem por trás dos fórceps e dos jalecos brancos.

Meritxell Freixas

Qual é o impacto de se fazer um bebê nascer antes da hora

Não são apenas problemas respiratórios que podem ser decorrentes de nascimentos antes da 39ª semana. Consequências podem se estender para a infância

[\(Nexo, 30/11/2016 - acesse no site de origem\)](#)

Já é consenso na medicina que antecipar o nascimento para antes da 39ª semana de gestação, por cesárea ou indução, gera consequências para a saúde do bebê. Crianças que nascem antes da hora têm mais chances de terem complicações respiratórias e de precisarem de internação e cuidados intensivos.

Não foi à toa que o Conselho Federal de Medicina proibiu, [em junho de 2016](#),

que médicos realizem cesáreas antes da 39ª semana por pedido da paciente ou conveniência.

Uma nova pesquisa, porém, mostra que as consequências de um parto planejado podem se estender. Publicada no [jornal Pediatrics](#), ela mostra que bebês nascidos antes da 39ª semana têm maior risco de terem problemas de desenvolvimento na idade escolar.

Isso afeta aqueles nascidos de gravidezes interrompidas com cirurgias cesarianas ou indução de parto. Se o bebê nasceu espontaneamente antes da 39ª semana, o risco de ter prejuízos no desenvolvimento foi consideravelmente menor.

As consequências do nascimento prematuro

Os pesquisadores, da Universidade de Sydney, na Austrália, analisaram dados de 153 mil crianças nascidas entre 2002 e 2007 que haviam passado por uma avaliação que analisou marcadores de desenvolvimento na primeira infância. Entre esses marcadores, estavam a saúde física, linguagem e cognição, comunicação e maturidade emocional, entre outros.

Os pesquisadores se debruçaram sobre as crianças que tiveram pontuação baixa em dois ou mais desses marcadores. Classificadas como “desenvolvimento de alto risco”, elas correspondiam a 9,6% do universo analisado. O objetivo deles era entender se fatores diretamente ligados ao nascimento impactavam nesses marcadores na idade escolar.

Eles perceberam que as crianças que nasceram antes da hora tinham uma chance consideravelmente maior de ter uma pontuação baixa. Os bebês cujos nascimentos foram planejados na 37ª semana tiveram 26% mais chance de terem problemas de desenvolvimento. Com o avançar da gestação, o risco diminui. Na 38ª semana, essa chance caiu para 13%.

Já se sabia que nascimentos prematuros traziam consequências para o desenvolvimento neurológico e cognitivo. A novidade foi que eles perceberam que o nascimento planejado – isto é, quando a cesariana ou a indução são marcados – pode exacerbar essas consequências.

Vale lembrar, no entanto, que há outras variáveis que aumentam a chance de uma criança ter desenvolvimento comprometido: fatores maternos e socioeconômicos e tamanho em relação a idade gestacional. Mas a idade gestacional e o fato de o parto ter sido planejado mostraram ter uma relação direta com os indicadores na infância. “Atrasar o nascimento pode melhorar o desenvolvimento neurológico”, afirma o estudo.

Certas condições de saúde, como hipertensão ou suspeita de restrição de crescimento, são indicações para a interrupção da gravidez. Mas grande parte desses nascimentos planejados são feitos por razões não clínicas, como pedidos da mãe ou conveniência do médico. Os pesquisadores recomendam que esse tipo de nascimento planejado seja feito só após 39 ou 40 semanas.

Quando nascem os brasileiros

Hoje, no país, 35% dos bebês nascem entre 37 e 38 semanas, segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*, da Fundação Oswaldo Cruz, que analisou dados de nascimentos no país e foi publicada em 2014. “A epidemia de nascidos com 37 ou 38 semanas no Brasil é, em parte, explicada pelo número elevado de cesarianas agendadas antes do início do trabalho de parto, especialmente no setor privado”, [diz o estudo](#).

O índice de cesarianas é de 55% e varia conforme o tipo de assistência médica: na rede privada, ele supera 80%.

A resolução do Conselho Federal de Medicina foi uma tentativa de reverter essa estatística. O CFM diz que a cesariana deve ser uma escolha da mãe, claramente identificada no prontuário da paciente, em linguagem clara. E o médico tem a obrigação de explicar à paciente quais são suas opções e a implicação de cada uma delas.

Segundo o CFM, na 39ª semana o feto já está formado e, portanto, o parto por via cirúrgica é seguro.

Definidas diretrizes de atenção humanizada à mulher e ao bebê logo após o parto

Portaria do Ministério da Saúde publicada hoje (24) no *Diário Oficial da União* institui diretrizes para a atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no chamado alojamento conjunto - local em que, após o nascimento, mãe e bebê permanecem juntos até a alta médica.

[\(Agência Brasil, 24/10/2016 - acesse no site de origem\)](#)

De acordo [com o texto](#), o alojamento conjunto se destina a mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê; recém-nascidos clinicamente estáveis, com peso maior ou igual a 1,8 quilograma (kg) e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas; e recém-nascidos com acometimentos sem gravidade, como icterícia e malformações menores.

As regras fixadas pelo ministério definem que o alojamento conjunto deve contar com recursos humanos mínimos nas áreas de enfermagem, pediatria e obstetrícia, além de tratar de temas como jornada de trabalho de cada profissional e acúmulo de funções. Também foram definidas atribuições à equipe, que será responsável, entre outras coisas, por:

- avaliar diariamente as puérperas, com atenção a sinais de alerta para complicações no período pós-parto;
- promover e proteger o aleitamento materno sob livre demanda apoiando a puérpera para ela superar possíveis dificuldades;
- garantir à mulher o direito a acompanhante, de sua escolha, durante toda a internação e a receber visitas diárias, inclusive de filhos menores;
- estimular e facilitar a presença do pai sem restrição de horário, inclusive de genitor socioafetivo;

- oferecer à mulher orientações relativas à importância de não oferecer ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida, além do leite materno, exceto em situações especiais com prescrição médica ou de nutricionista;
- realizar o exame clínico do recém-nascido em seu próprio berço ou no leito materno, preferencialmente na presença da mãe e do pai;
- oferecer método contraceptivo de longa duração e alta eficácia antes da alta, caso seja escolha da mulher.



Casa de Parto São Sebastião, em Brasília (Foto: Arquivo/Agência Brasil)

“A equipe de saúde deverá conferir atenção ao estabelecimento de vínculo entre a mãe e o recém-nascido, a riscos e a vulnerabilidades particulares, bem como manter observação e escuta qualificada para esclarecer dúvidas e apoiar a mulher nesse período”, destacou a pasta.

Em relação aos recursos físicos, a portaria define que o alojamento conjunto seja composto da seguinte forma:

- os quartos devem ser ambientes destinados à assistência à mãe e ao recém-nascido com capacidade para um ou dois leitos e banheiro anexo;
- as enfermarias devem ser ambientes destinados à assistência à mãe e ao recém-nascido com capacidade para três a seis leitos e banheiro anexo;
- para cada leito materno, deve ser disponibilizado um berço para o recém-nascido e uma poltrona para o acompanhante.

O ministério reforça a importância de se adotar medidas que assegurem o conforto para as puérperas, os recém-nascidos e os acompanhantes, quando instalados em quartos ou enfermarias com mais de um leito.

Vantagens

Para o ministério, manter a mulher e o recém-nascido em alojamento conjunto apresenta vantagens como fortalecer o estabelecimento de vínculo

afetivo entre pai, mãe e filho; propiciar a interação de outros membros da família com o recém-nascido; e favorecer o estabelecimento efetivo do aleitamento materno.

Ainda de acordo com o texto, a permanência no local propicia aos pais e acompanhantes a observação e cuidados constantes ao recém-nascido, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade, diminuindo assim o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde.

O ministério conclui dizendo que a alta da mulher e do recém-nascido deve levar em conta as necessidades individuais, recomendando a permanência mínima de 24 horas em alojamento conjunto.

Paula Laboissière; Edição: Denise Griesinger

Entenda o que está por trás do ‘PL da Prematuridade’

(HuffPost Brasil, 10/07/2016) Está tramitando na Câmara um Projeto de Lei de autoria do Deputado Federal “Professor” Victório Galli que prevê o direito de pedido de cesariana à gestante ao completar no mínimo 37 semanas de gestação, o que gerou uma grande comoção e mobilização das ativistas pelo Parto Humanizado e real autonomia da mulher.

Mas o que está de fato por trás de tudo isso? A fim de entender melhor esse PL, é importante que algumas perguntas sejam respondidas. Raquel Marques, presidente da ONG Artemis explica em um vídeo publicado em seu Facebook, o teor desse PL e suas implicações.

O que está acontecendo?

“No dia 21 de Julho o CFM emitiu uma resolução autorizando os médicos a

realizarem cesarianas eletivas. Até então, realizar cesariana sem indicação clínica era um ilícito ético, o médico poderia sofrer uma sanção pelo comitê de ética do CFM. E a partir de agora não, então o CFM reconhece que isso é possível.”, explica Raquel Marques.

Por que isso é grave?

Raquel ainda acrescenta, “É muito irônico que isso aconteça logo agora porque toda sociedade está falando que o problema não é a cesariana na autonomia da mulher, o problema é ter acesso ao parto normal. Especialmente na saúde suplementar, a mulher que quer ter uma cesariana, consegue com muita facilidade, mas a mulher que quer um parto normal de qualidade, não tem acesso a esse serviço.

Recentemente, no mês de maio, um médico de Cuiabá foi descredenciado do hospital onde trabalhava, porque ele atendia parto normal humanizado e o hospital não estava gostando disso. E a gente sabe que em São Paulo isso também aconteceu. Normalmente, quem tenta defender a autonomia da mulher e defender um parto normal de qualidade, sofre sanções, é perseguido e tem uma série de dificuldades.

O CFM nunca se posicionou quanto a isso. Médicos que mentem pras mulheres com indicações indevidas de cesariana, e o CFM também nunca se posicionou quanto a isso. Então é engraçado ele usar o termo “autonomia”, sendo que agora ele quer garantir que a mulher possa escolher uma cesariana.”

Qual a situação das cesarianas no Brasil?

O Brasil é campeão das cesarianas e o que mais acontece é as mulheres serem enroladas pelos médicos. Uma pesquisa da Fiocruz mostra que os índices de cesariana no Brasil é extremamente alto, sendo muito superior ao recomendado pela OMS, que recomenda apenas 15% de cesarianas, enquanto, no Brasil, até o ano de 2014 o índice era de 52% na saúde pública e 88% no setor privado.

Segundo Maria do Carmo Leal, coordenadora da pesquisa “o índice elevado de cesarianas se deve a uma cultura arraigada no Brasil de que o

procedimento é a melhor maneira de se ter um filho. Em parte porque, no Brasil, o parto normal é realizado com muitas intervenções e dor”, esclarece.

Por que o conselho tomou esta medida agora?

A Doula Laura Muller explica que “antes, interromper uma gestação em qualquer período era um ilícito ético, mas agora, com o advento desse PL, passa a ser “escolha” da gestante, uma cesariana a partir das 37 semanas de gestação, em nome de uma falsa autonomia, pois, não existe escolha quando não se tem todas as informações para que se possa escolher”, ou como dizem as ativistas pelo parto humanizado e real autonomia da mulher “Praticam violência obstétrica para vender cesarianas”.

Vocês são contra a autonomia da mulher na escolha da cesariana?

“Não, de forma alguma”, diz a Doula Laura Muller, que acrescenta “Ela deve ter autonomia para escolher a cesariana, mas que seja uma escolha consciente, que lhe sejam informados todos os benefícios e principalmente os riscos que envolvem uma cesariana sem real necessidade”.

Por que a cesariana é ruim?

“A cesariana é maravilhosa quando feita com o real propósito, que é salvar vidas”, acrescenta Laura Muller, “mas uma cesariana eletiva expõe o bebê a 120 vezes maior chance de desconforto respiratório, 3 vezes maior chance de morte materna, dentre outras complicações”, explica.

Quem tem indicação de cesariana?

a médica-obstetra Melania Amorim, em seu blog “Estuda, Melania, Estuda” explica de forma bem didática quais são as reais indicações para uma cirurgia cesariana, as quais exporei abaixo:

Algumas indicações de cesariana:

INDICAÇÕES REAIS:

1) Prolapso de cordão - com dilatação não completa;

2) *Descolamento prematuro da placenta com feto vivo - fora do período expulsivo;*

3) *Placenta prévia parcial ou total (total ou centro-parcial);*

4) *Apresentação córmica (situação transversa) - durante o trabalho de parto (antes pode ser tentada a versão);*

5) *Ruptura de vasa praevia;*

6) *Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto (em algumas diretrizes, somente se for a primoinfecção herpética).*

PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA:

1) *Desproporção cefalopélvica (DCP): o diagnóstico só é possível intraparto e não pode ser antecipado durante a gravidez. Em 1934 um obstetra (Barbour) já dizia que “o melhor pelvímeter é a cabeça fetal”, e é avaliando a progressão da cabeça fetal através do canal de parto na presença de contrações eficientes que pode ser aventada a suspeita de DCP;*

2) *Sofrimento fetal agudo (o termo mais correto atualmente é “frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora”, exatamente para evitar diagnósticos equivocados baseados tão-somente em padrões anômalos de frequência cardíaca fetal);*

3) *Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais (correção da hipoatividade uterina, amniotomia): recentemente tanto autores como diretrizes concordam que os critérios devem ser mais elásticos. O próprio uso de ocitocina e a amniotomia não têm efetividade comprovada quando comparados com a conduta expectante;*

Pela grande variação do que é fisiológico, considera-se que não é necessário intervir para apressar um parto, independente de sua duração, quando mãe e bebê estão bem.

Nota: o uso do partograma de Friedman é altamente questionável. A curva de evolução do trabalho de parto tem grande variação, recomendando-se atualmente considerar como parâmetro a curva de Zhang (2010), com percentis. Outras curvas em outras populações estão sendo estudadas.

SITUAÇÕES ESPECIAIS EM QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA, CONSIDERANDO-SE AS PECULIARIDADES DE CADA CASO E AS EXPECTATIVAS DA GESTANTE, APÓS INFORMAÇÃO:

1) Apresentação pélvica (recomenda-se oferecer versão cefálica externa depois de 36 semanas mas se não for bem sucedida ou não for aceita pela gestante, discutir riscos e benefícios: o parto pélvico só deve ser tentado com equipe experiente e se for essa a decisão da gestante);

2) Duas ou mais cesáreas anteriores (o risco potencial de uma ruptura uterina - variando de 0,5% - 1% - deve ser pesado contra os riscos de se repetir a cesariana, que variam desde lesão vesical até hemorragia, infecção e maior chance de histerectomia); as diretrizes mais recentes não discriminam entre uma ou duas cesáreas para quem quer tentar um VBAC (Vaginal Birth After Cesarean = Parto Vaginal Após Cesárea);

3) hiv/aids (cesariana eletiva indicada se HIV + com contagem de CD4 baixa ou desconhecida e/ou carga viral acima de 1.000 cópias ou desconhecida); em franco trabalho de parto e na presença de ruptura de membranas, individualizar casos.”

A mulher não deve ter escolha sobre sua via de parto?

“A escolha da mulher precisa ser respeitada, é claro. Se ela PREFERIR passar por uma cesariana, sua escolha deve ser respeitada. Porém, muitas mulheres escolhem fazer cesariana sem informação, e muitos médicos se aproveitam desta situação, e colocam medos infundados, com informações não baseadas em evidências científicas. Do ponto de vista financeiro, para um médico é muito mais rentável fazer uma cesariana, pois assim ele tem mais tempo para fazer outras cirurgias do mesmo porte, e com isso, ganhar mais. Esperar o tempo da mulher, respeitar sua autonomia (palavra que este

PL usa para justificar a prematuridade, de forma infundada), muni-la de informação preocupada de verdade com sua saúde e a do bebê, não está nos planos reais de muitos médicos.” afirma, a psicóloga Carol Valente, em seu site [“Parir-se ao Parir”](#).

O que vocês querem com essa manifestação?

“Que a sociedade entenda que esse não é um PL que proteja verdadeiramente a escolha das mulheres, pois sabemos que 80% começam pré-natal querendo parir e menos de 50% conseguem no sus e menos de 5% na rede privada. Assim, é mais uma desculpa que os médicos darão dizendo que a mulher escolheu interromper a gestação no limite da prematuridade”, explica a consultora de amamentação Cris B. Machado, autora da página [Plantão Materno](#).

Quais são os prejuízos para a mãe e para o bebê?

Primeiramente há que se falar que esse PL fere a real autonomia das mulheres, uma vez que atribui a elas uma culpa que não lhes pertence.

Imaginemos a seguinte situação: O médico mostra à mulher, imagens de um parto “normal” violento, onde a mulher não tem a sua liberdade respeitada, não pode se movimentar livremente, não pode verticalizar o parto, enfim, um parto com muita, muita dor, e em seguida, mostra um vídeo de uma cirurgia cesariana, uma cirurgia rápida, aparentemente indolor. Nesse cenário não é difícil prever qual será a escolha da mulher, não é mesmo?

Logo, assim que feita a “escolha” da mulher, o médico ficaria livre da culpa porque “ela escolheu ter a criança antes das 39 semanas”.

Lembrando sempre que não há escolha sem todas as informações pertinentes.

Portanto, esse PL prega uma falsa autonomia, ferindo por conseguinte, toda autonomia pela qual lutam as ativistas do Parto Humanizado e real autonomia da mulher.

A enfermeira obstetra Grazy Alós explica os riscos de uma cesariana eletiva

como a prevista no PL 5687/2016:

“Primeiro, há o risco de ser mal datado pelo Ultrassom, ser 35 semanas e não 37, o que pode desencadear problema respiratório, disfunção respiratória grave, doença membrana hialina, hipoglicemia, maior risco de icterícia neonatal, mais risco de amamentação dificultada e doenças da primeira infância, além disso, já tem estudos que mostram relação com Diabetes Tipo 1, autismo e outros problemas psicológicos e de desenvolvimento psicomotor. Pra mãe, os riscos de uma cesariana eletiva são os riscos de uma grande cirurgia, hemorragia, poder evoluir pra uma histerectomia, e os riscos associados a longo prazo pra mulher, de cesariana são: os riscos de outras gestações após a primeira cesariana, que pode desencadear acretismo placentário, abortos, placenta prévia e morte materna associada à cirurgia.”

Há meios de tornar uma cirurgia cesariana menos danosa para a mãe ou para o bebê?

“‘Danosa’ não. Uma vez que danos se entendem por complicações possíveis da cirurgia incluindo mãe e feto. Falando de cesariana com indicação real. Agora do ponto de vista da humanização podem ser feitos pequenos atos que tornam tudo mais tranquilo para mãe e feto. Mas os riscos seguem os mesmos. Luz baixa, Música, silêncio da equipe e bebê pele a pele já são itens ótimos.” explica a enfermeira obstetra Cintia Senger.

Thiago Moreira

Acesse no site de origem: [Entenda o que está por trás do ‘PL da Prematuridade’ \(HuffPost Brasil, 10/07/2016\)](#)

Número de partos por cesárea cresce 40% e consolida domínio da prática

(Folha de S.Paulo, 25/06/2016) Ao mesmo tempo em que há uma leve queda no número de nascimentos, a quantidade de partos por cesariana no Brasil aumentou mais de 40% em uma década e meia. Nesse período, a predominância do parto normal foi desfeita: se no ano 2000 as cesáreas representavam 38% dos nascimentos, os dados recentes mais completos indicavam uma taxa de 57%.

As estatísticas, que fazem parte do Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde, mostram como esse procedimento cirúrgico, indicado para partos de alto risco, ganhou espaço mesmo em casos sem indicação médica e se consolidou como líder no país nos últimos seis anos.

Leia mais: [Novas regras inibem cesárea antecipada, mas não impedem dribles \(Folha de S.Paulo, 26/06/2016\)](#)

O alto crescimento de cesáreas tem levado governo e entidades profissionais do setor a tomarem medidas para diminuir os riscos aos bebês.

O CFM (Conselho Federal de Medicina) lançou nesta semana uma resolução que define que gestantes têm direito de optar pela cirurgia, mas veta que ela ocorra com menos de 39 semanas de gestação -antes desse período, avalia que os bebês ainda não estão totalmente maduros. As cesáreas foram responsáveis em 2014 pela chegada de 1,7 milhão de bebês -contra 1,2 milhão em 2000.

Dados preliminares do ano passado, obtidos pela Folha, já mostram ao menos 1,6 milhão de cesarianas. Apesar de mais baixo que no ano anterior, a quantidade ainda pode crescer assim que todos os dados forem contabilizados.

MÚLTIPLOS FATORES

“Há mais de 30 anos que os números [de cesáreas] vêm aumentando”, diz Eduardo Cordioli, da Sogesp (associação de obstetras de SP). “É um problema crônico que está chegando a um limite insuportável para o sistema.”

Ele e outros especialistas ouvidos pela Folha apontam alguns dos motivos para o crescimento: medo de sentir dor no parto normal, falta de leitos nas maternidades e de profissionais, baixa remuneração dos médicos e falta de informação às gestantes.

A lista vai além. “Os médicos passaram a organizar a agenda em função de fazer partos cesáreas, os hospitais deixaram de ter lugar para parto normal e ampliaram a UTI neonatal, e as mulheres passaram a entender o parto cirúrgico como uma tecnologia. Vários mitos foram criados”, diz Martha Oliveira, diretora da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Ela lembra que a situação “é mais grave” nos planos de saúde -chega a 84,6%. Em 2015, a OMS (Organização Mundial da Saúde) recomendou a adoção de um sistema universal de classificação da taxa de cesáreas. Com base nessa classificação, o ministério estima que a taxa de referência para o Brasil seria entre 25% e 30%.

No ano passado, a ANS lançou medidas que vetavam a cesárea agendada. Após críticas, voltou a liberar a possibilidade, desde que a gestante assine um termo de consentimento. Agora, a ideia é investir em parcerias com hospitais para reorganização do modelo de atendimento.

A mudança no modelo é defendida por Ana Cristina Duarte, do Grupo Maternidade Ativa. “Se não houver medidas, a tendência sempre vai ser fazer o que dá mais dinheiro e gasta menos tempo”, diz ela, que prega a maior participação de enfermeiros obstétricos em partos de baixo risco.

Apesar de também defender uma reorganização do modelo de assistência, Olímpio Moraes Filho, membro da câmara técnica de ginecologia e obstetrícia do CFM, diz que é preciso valorizar o direito da mulher de escolher. “A melhor via de parto é a vaginal. Mas não podemos obrigá-la a

fazer. Se forçar um parto normal em uma mulher que não deseja, há grandes chances de ele complicar.”

Natália Cancian

Acesse no site de origem: [Número de partos por cesárea cresce 40% e consolida domínio da prática \(Folha de S.Paulo, 25/06/2016\)](#)

Procedimentos considerados “de praxe” em atendimentos à gestantes começam a ser reconhecidos como abusivos

(Folha Web, 10/04/2016) Renata foi vítima de uma cesárea precipitada, não teve direito à presença do marido durante o parto, ficou amarrada durante a cirurgia e mal pôde ter contato com o filho após o nascimento. Deixada sozinha por duas horas na sala de recuperação, ouvia o bebê chorar mas não podia fazer nada. Juliana (nome fictício) peregrinou por três hospitais até finalmente conseguir um lugar para realizar o parto da filha. Sangrou após ser submetida a seis exames consecutivos de toque - quando o profissional introduz o dedo na vagina para observar a dilatação do útero - e foi xingada e humilhada pela equipe de obstetrícia de um dos estabelecimentos.

As duas histórias, vivenciadas em diferentes hospitais públicos e privados da região de Londrina, apontam para uma realidade que agora começa ser discutida no Congresso Nacional, a chamada violência obstétrica. Os relatos de mães que denunciam ter sofrido maus-tratos durante o parto são abundantes em pesquisas baseadas em entrevistas com mulheres, nos grupos de ativistas pela humanização do parto e nas redes sociais. O reconhecimento

de que procedimentos considerados “de rotina” pelas equipes de saúde são abusivos, porém, só começaram recentemente a ter visibilidade.

No Congresso Nacional, conforme informações do Jornal do Senado, atualmente tramitam cinco projetos de lei que tentam tipificar a violência obstétrica. O mais completo deles é o PL 7.633/2014, apresentado pelo deputado Jean Wyllys, que estabelece que médicos e profissionais de saúde devem dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Os hospitais deverão respeitar ainda o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O projeto foi proposto pela Associação Artemis, que atua na defesa e promoção dos direitos das mulheres, com ênfase nos direitos sexuais e relacionados à maternidade.

Raquel Marques, presidente da Associação Artemis, explica que o projeto em si não traz novidades. “O problema é que o arcabouço de orientações sobre assistência obstétrica é tão grande que os profissionais e usuários acabam sem saber tudo. O projeto organiza e compila todas as normas que já deveriam estar postas em práticas nos hospitais de assistência básica. São diretrizes do Ministério da Saúde, leis sanitárias e conteúdos dos códigos civil e penal”, esclarece.

Conforme o Jornal do Senado, o projeto de lei define como violência obstétrica “tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, que causem a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade.” Elenca ainda uma série de condutas consideradas ofensas verbais ou físicas, como ironizar ou constranger a mulher devido a fatores como religião, cor, nível educacional ou orientação sexual. Preterir e ignorar queixas e solicitações da grávida também fazem parte dessa lista. Realizar cesariana sem indicação clínica real ou submeter a mulher a procedimentos invasivos desnecessários ou humilhantes são outras formas de ofensas.

Pesquisa

Realizada em 2010, a pesquisa “Nascer no Brasil” aponta que uma em cada quatro mulheres relata maus-tratos durante o parto. Entre as principais

queixas estão o exame de toque realizado de maneira dolorosa; a não oferta ou negativa de algum tipo de alívio para a dor; atendimento com gritos; falta de informação sobre algum procedimento; negativa de atendimento; e xingamentos ou humilhação.

As gestantes também denunciam ofensas verbais e, entre as frases mais ouvidas, relatam afirmações como “não chora, que no ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer, não chorou, porque está fazendo isso agora?” e “se gritar eu paro agora o que estou fazendo e não vou te atender”.

No site da Associação Artemis, o Mapa da Violência Obstétrica reúne centenas de relatos de mulheres sobre o tema. “Eventualmente encaminhamos as denúncias para o Ministério Público e outros órgãos competentes. Trabalhamos no aspecto político, mas não somos organização jurídica. Fazemos denúncia, mas não processamos”, explica.

A presidente aponta que as situações relatadas pelas vítimas, até pouco tempo, eram considerados “de praxe” e aceitas como naturais pelas mulheres e suas famílias. “Mas essa é uma ideia errada. São práticas incorporadas ao parto, na história, quando a mulher deixou de ter filhos em casa e foi para os hospitais, onde a lógica é outra, masculina, centrada na praticidade do profissional e não da gestante”, diz.

Raquel cita que a pesquisa “Mulheres nos espaços públicos e privados”, do Instituto Perseu Abramo, de 2010, detectou que 25% das mulheres entrevistadas afirmaram ter sofrido algum tipo de violência no parto. “São violências físicas, psicológicas, morais e até sexuais.”

A violência psicológica, presente em relatos de solidão e isolamento, é outra reclamação recorrente. “Elas aceitam por medo de não ter a assistência adequada”, lamenta, acrescentando também a existência de violências morais na forma de xingamentos e humilhações por partes dos profissionais.

Carolina Avansini

Acesse no site de origem: [Procedimentos considerados “de praxe” em atendimentos à gestantes começam a ser reconhecidos como abusivos \(Folha Web, 10/04/2016\)](#)