

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR



CIÊNCIA DO
INÍCIO DA VIDA
Dra Eleanor Luzes

PARTO HOPITALAR X PARTO DOMICILIAR

Nos EUA. Observou-se que no parto hospitalar houve 5 vezes mais incidência de aumento de pressão arterial materna, 8 vezes mais distócia de ombro, 3 vezes mais hemorragia no pós-parto devido à pressa de extração da placenta, de 3 a 7 vezes mais foram feitas ressuscitações, 4 vezes mais crianças tiveram infecção, 30 vezes mais sofreram lesões, 3 vezes mais cesariana nos partos hospitalares (8,2%) contra 2,7% nos partos domiciliares, analgesia parto domiciliar 5% versus 75% no hospital, mesmo com todas as mulheres tendo feito curso de preparação, 9 vezes mais episiotomias no hospital e 9 vezes mais laceração de trajeto severa, de 3° e 4° graus. Lewis Mehl e colaboradores, em 1977, revisado em 1980, comparou-se 1.046 partos domiciliares planejados.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

OMS em 1996: no documento: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit of the OMS: “Care in Normal Birth: A Practical Guide”. Washington, DC: “**Parteiras são mais apropriadas para atribuição de cuidados primários de saúde para assegurar um parto normal**”.

Uma mulher com gravidez de baixo risco, tendo seu primeiro filho em hospital de ensino, pode ser atendida por até 16 pessoas durante as seis horas de trabalho de parto e ainda assim estar só a maior parte do tempo

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Estudo da Cochrane Cochrane em 2009. Foram incluídos 11 estudos (12,276 mulheres). **As mulheres que tiveram parteiras, menos analgesia, internaram-se menos, menos episiotomia, menos parto instrumental, mais parto vaginal espontâneo e sentindo-se no controle durante o parto, Iniciaram a amamentação mais rápido, menos propensos a experimentar a perda fetal antes de 24 semanas de gestação,** seus bebês eram mais propensos a ter um menor tempo de internação hospitalar.
- Estudo Inglês em 2011. Mulheres saudáveis (64 538) **que planejam dar à luz em casa ou em uma unidade de obstetrícia ou por parteiras profissionais são mais propensas a ter um parto vaginal com menos intervenção em comparação com as mulheres que planejam dar à luz numa unidade hospitalar de obstetrícia.** Para mulheres saudáveis com gravidez de baixo risco, a incidência de resultados perinatais adversos é pequena em todas as configurações de local de parto.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Em estudo australiano: 22 estudos internacionais não-randomizados sobre cuidados de parto hospitalar e parto domiciliar. Comparou-se: mortalidade perinatal, morbidade perinatal; taxas de intervenção médica no trabalho de parto, e pré-natal e encaminhamento intraparto e taxas de transferência. Os achados apoiam as três revisões da Cochrane. **Os resultados desta revisão crítica apoiam as conclusões das três revisões da Cochrane que as mulheres de baixo risco tendo parto com parteira experientes em centro de parto ou domiciliar, sofrem menos intervenções obstétricas e tiveram maior probabilidade de ter um parto normal do que as mulheres de baixo risco que receberam cuidados obstétricos em hospital. Importante, evidência internacional para apoiar a conclusão de que não há diferença na mortalidade perinatal associada a modelos médicos hospitalares.** (*Meredith J. McIntyre PhD, MEdSt, BAppSc* , 2012)
- Em 2013 em artigo escrito por Judy Cohain para o Green MedInfo.LLC comparando vários artigos de grande casuística, é explicado ponto a ponto porque o parto domiciliar é 1.000 vezes mais seguro do que o hospitalar.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- ScienceDaily (19 de setembro de 2012) - **Uma revisão Cochrane conclui que todos os países deveriam considerar a criação de serviços adequados de nascimento em casa. Eles devem também oferecer para as grávidas de baixo risco, informações que lhes permitam fazer uma escolha informada.** A revisão foi elaborada pelo pesquisador Ole Olsen, da Unidade de Pesquisa de Clínica Geral, da **Universidade de Copenhague**, e a professora de obstetrícia PhD Jette Aaroe Clausen. **Em muitos países, acredita-se que a opção mais segura para todas as mulheres é ter um parto no hospital. No entanto, estudos observacionais de qualidade cada vez melhor e em diferentes contextos sugerem que o parto domiciliar planejado em muitos lugares pode ser tão seguro quanto o parto hospitalar planejado e com menos intervenção e menos complicações.** Sendo que em casa, a mulher fica menos tentada a pedir intervenções, que muitas vezes têm efeito iatrogênico.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Estudo Holandês em 679.952 grávidas de baixo risco que fizeram o pré-natal pelo registro holandês entre 2000 a 2007. Este grupo representa todas as mulheres que tinham uma escolha entre parto domiciliar e o parto hospitalar. Morte Intraparto e morte neonatal medidas até 0-7 dias. **Observou-se em 0,15% em parto domiciliar em comparação com 0,18% em partos hospitalares planejados.**
CONCLUSÃO: parto domiciliar, sob condições de rotina, em geral, não está associado com aumento de morte intraparto e óbito neonatal precoce, ainda que em subgrupos de risco, não se possa excluir problemas.
- Em estudo australiano: 22 estudos internacionais não-randomizados sobre cuidados de parto hospitalar e parto domiciliar. Comparou-se: mortalidade perinatal, morbidade perinatal; taxas de intervenção médica no trabalho de parto, e pré-natal e encaminhamento intraparto e taxas de transferência. **Os achados apoiam as três revisões da Cochrane. Os resultados desta revisão crítica apoiam as conclusões das três revisões da Cochrane que as mulheres de baixo risco tendo parto com parteira experientes em centro de parto ou domiciliar, sofrem menos intervenções obstétricas e tiveram maior probabilidade de ter um parto normal do que as mulheres de baixo risco que receberam cuidados obstétricos em hospital.** Importante, evidência internacional para apoiar a conclusão de que não há diferença na mortalidade perinatal associada a modelos médicos hospitalares. (*Meredith J. McIntyre PhD, MEdSt, BAppSc*, 2012)

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- “Resultados de partos domiciliares planejados e partos hospitalares planejados em mulheres de baixo risco na Noruega” entre 1990 e 2007 feito por Ellen Blix ,Anette Schaumburg Huitfeldt ,Pål Øian ,Bjørn Straume, Merethe Kumle (Elsevier, 2012), verificou-se que: **o planejamento de partos domiciliares foi associado à redução do risco de intervenções e complicações.** Dados de 1.631 partos domiciliares planejados entre 1990 e 2007 foram comparados com uma amostra aleatória de 16.310 mulheres de baixo risco com partos hospitalares planejados. **Os resultados primários foram as taxas de intervenção intraparto e complicações. Os desfechos secundários foram as taxas de mortalidade perinatal e neonatal.**
- Estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal na Pesquisa Nascido no Brasil, com entrevista e avaliação de prontuários de 23.940 puérperas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. **A peregrinação de gestantes para o parto e o nascimento de crianças com peso < 1.500g. Óbitos de recém-nascidos a termo por asfixia intraparto e por prematuridade tardia expressam a evitabilidade dos óbitos.** A qualificação da atenção, em especial da assistência hospitalar ao parto se configura como foco prioritário para maiores avanços nas políticas públicas de redução das taxas e das desigualdades na mortalidade infantil no Brasil. (Cad. Saúde Pública, 2014)

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Resultados do parto domiciliar planejado com parteira registrada versus parto hospitalar planejado com parteira ou médico feito por Patricia A. Janssen , Lee Saxell , Lesley A. Page , Michael C. Klein , Robert M. Liston e Shoo K. Lee (CMAJ 15 de setembro de 2009) . De 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2004, em British Columbia, Canadá (n = 2.889) e todos os partos hospitalares planejados que atendem aos requisitos de elegibilidade para parto domiciliar atendidos pela mesma coorte de parteiras (n = 4.752). A decisão de planejar um parto assistido por uma parteira registrada em casa versus no hospital foi associada a taxas muito baixas e comparáveis de morte perinatal. **As mulheres que planejaram um parto domiciliar tiveram risco reduzido de todas as intervenções obstétricas** avaliadas e tiveram risco semelhante ou reduzido de resultados maternos adversos em comparação com mulheres que planejaram dar à luz no hospital acompanhadas por uma parteira ou médico.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Em estudo feito por Hodonett, E.D e col. Publicado no Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.7/2009, **O continuo Suporte para Mulher no Trabalho de Parto verificou-se que parto domiciliar, comparado ao hospitalar: 1) Aumento de 8% nos partos vaginais espontâneos. 2) Redução de 10% de analgesia.3) Redução de 31% das mulheres com experiências negativas do parto.4) Redução de 10% de intervenções tipo fórceps ou vacuo extrator. 5) Redução em 21% do número de cesáreas.6) Redução de 30% de Apgar baixo.**
- Outro estudo: Partos domiciliares planejados versus partos hospitalares planejados: comparação de resultados adversos por meio da revisão da literatura internacional feito por Faucão C 1, Brillac T publicado na Gynecologie, Obstetrique & Fertilite , 2013 ,Conclui que: **O parto domiciliar assistido por uma parteira bem treinada não está associado ao aumento das taxas de mortalidade e morbidade, mas a menos intervenções médicas.**

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Ina May Gaskin parteira experiente do The Farm Center no Tennessee observou que a taxa entre milhares de partos por décadas em sua casuística era de 0,03%. Enquanto a taxa nos EUA atualmente, as mortes maternas atingiram a taxa mais alta em quase 60 anos, nos EUA em 2023.
- **Dona Maria dos Prazeres, e as parteiras tradicionais do Brasil, com casuística de 5.000 partos e zero óbitos.**
- Na América Latina e no Caribe, as taxas chegam a quatro em cada 10 (43%) nascimentos. Em cinco países (República Dominicana, Brasil, Chipre, Egito e Turquia, as cesarianas agora superam os partos normais.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Sobre a questão valores o professor Gerard Anderson, da faculdade John Hopkins de Finanças e Gerência em Hospitais.
- "Se você, como médico, ganha mais ao solicitar mais exames, você vai acabar pedindo esses exames - e assim os pacientes passam por mais exames", afirmou.
- "E você também paga uma taxa para serviços a la carte nos EUA, (isto ocorre também no Brasil). Se você solicitar uma anestesia na hora do parto, vai ter de pagar por isso. Se pedir um analgésico durante após o parto, também terá de pagar. E assim os custos vão se somando."
- A líder da organização de direitos das mulheres March of Dimes pede uma valorização de parteiras e socorristas para que mães sejam mais bem cuidadas em seus bairros. Além disso, sua organização está comprometida em garantir que os tratamentos sejam cobertos pelo Medicaid – programa de saúde social para pessoas de baixa renda – nos primeiros 12 meses após o nascimento e que a cobertura do seguro não termine no nascimento.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- A literatura demonstrando o que a história da humanidade mostra, pois só depois de 1800 é que deixou do ser humano nascer por parteira, como sempre foi, em todo o mundo.
- Realizado na Holanda o Estudo Perinatal Mortalidade e Morbidade em coorte nacional de 529 688 partos planejados para casa de baixo risco e nascimentos em hospital feito por A. Jorge, e col. s (Journal of Obstetrics,2009) **não mostrou risco para os partos planejados para nascer em casa.**
- Estudo feito no Brasil: Estudo transversal sobre resultados obstétricos e neonatais dos partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas 2005 to 2009, em Florianópolis, Brazil. (Rev. Saúde Pública 2012). **Dados coletados nos prontuários de 100 parturientes assistidas de 2005 a 2009 apontam 11 transferências hospitalares, sendo nove submetidas a cesariana. A maioria das que pariram no domicílio apresentou batimentos cardíacos fetais (94,0%) e os recém-nascidos receberam Apgar do 5º minuto > 7 (98,9%)**

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Appropriate technology for Birth — Fortaleza, publicado no Lancet em 1985, Conferência sobre Tecnologia Adequada para o Nascimento e Parto que ocorreu em Fortaleza, em abril de 1985, na qual foram firmadas recomendações, pela OMS, no documento Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth (Conferência da Junta Interregional em Tecnologia Adequada para o Parto). Figuram 21 recomendações gerais as quais, resumidamente, estabelecem: 1) Ministérios de Saúde devem estabelecer políticas específicas sobre a incorporação de tecnologias em mercados comerciais e serviços de saúde; 2) Países devem desenvolver cooperação em pesquisas de avaliação de técnicas de parto; 3) **A comunidade deve ser informada sobre os vários procedimentos do parto para que cada mulher possa escolher o tipo que prefere;** 4) **Grupos de mulheres têm valor social pela transferência de conhecimento, especialmente em relação ao nascimento;** 5) **Sistemas informais de pré-natal podem coexistir e cooperar mutuamente, em benefício da mãe;** 6) **Deve haver treinamento de pessoas na assistência ao parto para melhorar os aspectos de conhecimento social, cultural, antropológico e ético;**

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

7) O treinamento de parteiras deve ser promovido e o pré-natal pode ser realizado por tais profissionais; 8) A equipe de atendimento deve ser multidisciplinar; 9) As informações sobre as práticas de nascimento no hospital (índice de cesariana) devem ser fornecidas ao público servido pelo hospital; 10) O bem estar psicológico da mãe deve ser assegurado, não somente as suas escolhas durante o parto, mas também depois dele, nas visitas pós-natais; 11) O recém-nato saudável deve permanecer com a mãe. Nenhum processo de observação do neonato justifica a separação entre ele e sua mãe; 12) O início do aleitamento materno deve ser promovido, mesmo antes de a mulher sair da sala de parto; 13) Os países devem possuir uma baixa mortalidade neonatal e taxas de cesariana abaixo de 10%. Claramente, não há justificativa, por nenhuma especificação geográfica, para que países tenham índices de cesárea maiores do que de 10% a 15%; 14) Não existe evidência de que uma cesariana seja necessária porque foi feita uma outra anteriormente; 15) Não há evidência de que a rotina de monitorização eletrônica fetal tenha efeito positivo para o bebê; 16) Não há evidência que justifique a prática de tricotomia e enema antes do parto; 17) A mulher em trabalho de parto e no parto não deve ser posta em posição litotômica, mas deve ser encorajada a andar. Cada mulher deve decidir, livremente, que postura quer assumir no seu trabalho de parto; 18) O uso sistemático de episiotomia não é justificado, outras formas de proteção do períneo devem ser estudadas e adotadas; 19) O parto não deve ser induzido por conveniência. A indução deve ser reservada a especificações médicas precisas, nenhuma região geográfica pode ter taxas de indução superior a 10%; 20) Durante o parto, a administração analgésica de rotina não é requerida, necessariamente, para evitar complicações de parto e deve ser evitada; 21) Normalmente, a ruptura de bolsa não é necessária até os últimos estágios do parto. Ruptura artificial precoce não tem justificativa científica. Estas recomendações foram publicadas no *Lancet*, em agosto de 1985. (WHO, 2006)

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Em face a aumento global de cesária a OMS recomenda algumas ações não clínicas que podem reduzir o uso desnecessário, do ponto de vista médico, de cesarianas, dentro do contexto geral de atendimento de alta qualidade e respeito:
- **Intervenções educacionais que envolvem as mulheres ativamente no planejamento do parto**, como oficinas de preparação para o parto, programas de relaxamento e apoio psicossocial quando desejado, para aquelas com medo da dor ou ansiedade. A implementação de tais iniciativas deve incluir monitoramento e avaliação contínuos.
- **Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências**, realização de auditorias regulares de práticas de cesariana em unidades de saúde e fornecimento de feedback oportuno aos profissionais de saúde sobre os resultados.
- **Exigência de uma segunda opinião médica para uma decisão de cesariana em locais onde isso for possível.**
- Com o único propósito de reduzir as cesarianas, algumas intervenções foram testadas por alguns países, mas requerem pesquisas mais rigorosas:
 - Um modelo de atendimento parteira-obstetra colaborativo, para o qual o atendimento é fornecido principalmente por parteiras, com apoio de 24 horas de obstetra dedicado.
 - Estratégias financeiras que equalizem as taxas cobradas para partos vaginais e cesarianas.

INDICAÇÕES PARA CESÁREA

- As indicações de cesárea: 1 - Prolapso de Cordão Umbilical - (o cordão escorrega pelo colo do útero e pela vagina aparecendo na vulva, tornando vulnerável a compressão e diminuindo o suprimento de sangue para o bebê) é excepcionalmente raro ocorrer, se a bolsa não foi rompida artificialmente. É um evento mais comum em parto prematuro ou em apresentação pélvica, mas, se a mulher adotar a postura de quatro, pode ajudar o suprimento de sangue para o bebê.
- 2- Placenta Prévia Verdadeira - que cobre o colo do útero bloqueando a saída do bebê. O sinal típico é o sangramento noturno sem dor no final da gravidez e um ultrassom pode confirmar o diagnóstico, mas somente no final da gravidez, pois, durante a gestação, pode haver mudança do posicionamento da placenta.
- 3) Ruptura de placenta - que pode ocorrer antes ou durante o trabalho de parto. Parte ou toda a placenta separou-se da parede uterina antes de o bebê nascer. Tipicamente ocorre uma dor abdominal enorme e repentina, que não para, acompanhada, algumas vezes por sangramento. A causa comum é trauma ou pré-eclâmpsia e ainda existem casos nos quais as razões não são conhecidas. Aqui é necessária rápida intervenção, com transfusão de sangue e cesárea para tentar salvar o bebê. A ruptura de placenta prematura segue sendo uma das principais causas de morte intra-uterina.
- 4- Apresentação defletida de primeiro grau - Significa que o crânio fetal, em vez de apresentar-se como seria normal – isto é, fletido ao tronco – o occiput vem em contato com o tórax posterior fetal – resulta uma posição viciosa da cabeça, com o queixo levantado
- 5- Apresentação Córmica (transversa). O bebê está deitado horizontalmente.
- 6- Ataque cardíaco - que ocorre na proporção de uma para 30.000 gestações em termos finais. Aqui, a rapidez da intervenção pode salvar mãe e filho: na maioria das vezes em que ambos sobreviveram, a intervenção ocorreu cinco minutos depois do ataque.

**NA GRAVIDEZ SEGUINTE A UMA CESÁREA OS RISCOS SÃO MAIORES
DAS SEGUINTE OCORRÊNCIAS
SE COMPARADAS A UM PARTO NORMAL**

- Mais chances de morte em próxima gravidez.
- Risco de histerectomia no *peripartum*.
- Ruptura uterina depois de cesariana.
- Infertilidade - 2 vezes mais tempo para conseguir nova gravidez, e às vezes infertilidade definitiva.
- Aborto espontâneo.
- Natimorto - 2,39 vezes mais chances.
- Gravidez ectópica.
- Placenta de apresentação alterada na próxima gravidez.
- Eventos tromboembólicos.
- Sangramento devido à placenta prévia durante a gravidez.

AS CONSEQUÊNCIAS PARA A RELAÇÃO MÃE-FILHO

- Mãe - A cesárea aumenta o risco de morte materna em ente 4 a 7 vezes, se comparada ao parto normal.
- Mãe – Na cesárea eletiva o risco é de 3 vezes mais chances de morrer.
- Bebê - A oxigenação cerebral dos bebês é menor no pós-parto imediato.
- Bebê -50% mais chances de terem Apgar baixo.
- Bebê -5 vezes mais chances de requererem assistência respiratória.
- Bebê -5 vezes mais chances de serem admitidos em serviço de unidade intensiva.
- Bebê maior incidência de asma, rinite, eczema.

PARTO HOSPITALAR X PARTO DOMICILIAR

- Serviço Obstétrico Domiciliar (SOD) foi criado pelo governo do Estado de São Paulo, em 1953. Em 1957, terminou a verba da entidade filantrópica patrocinadora e o serviço chegou ao fim. Pelos dados levantados pelos médicos, dos 900 partos realizados em 42 meses, não houve mortes e apenas 3,19% dos partos foram transferidos para hospitais. (MOTT, 2004). Hoje neste estado é a taxa de cesariana em hospitais particulares segundo o Mães DE Peito no Sistema de Informação sobre Nascidos vivos da Prefeitura de São Paulo atxa é de 80% sendo que a OMS recomenda que qualquer país a taxa máxima deve ser de 15%.
- O Brasil ocupa o segundo lugar do mundo em taxa de cesariana, depois da República Dominicana
- Os resultados apontam que no Brasil, em 2018, a taxa de mortalidade perinatal foi de 15,5‰ nascimentos totais e os óbitos neonatais precoces representaram a maioria dos óbitos infantis, menos, no entanto, da metade dos óbitos perinatais (SciELO, Saúde Pública 2022)

PARTO HOSPITAL - POSTURA

- O parto hospitalar, em sua expressiva maioria, quando ocorre a mulher está em posição supina, isto devido algo nada científico, é apenas uma tradição da corte francesa.
- Luís XIV (Saint-Germain-en-Laye, 5 de setembro de 1638 – Versalhes, 1 de setembro de 1715) apelidado de "o Grande" e "Rei Sol", foi o Rei da França e Navarra de 1643 até à sua morte. Seu reinado de 72 anos é o mais longo de toda a História da Europa. Ele possuía um fetiche que o excitava ver mulheres parindo, tinha 22 concubinas, e para ele assistir ao parto necessitava que as mulheres parissem deitadas, nenhuma parteira até então faziam os partos, aceitaram, foi quando ocorreu a entrada de homens na sala de parto. Estamos a 300 anos obrigando mulheres a parir em hospital nesta posição.



PARTO HOSPITAL - POSTURA

- O diafragma neutralizado, a respiração curta, toda a instrução da Thérèse Bertherat, para que a respiração profunda permita um suave desenvolver e rápido o trabalho de parto, torna-se a marca de acionar medo, e força. A partir daí criou-se a manobra de Kristeller, tal manobra descrita por pelo ginecologista alemão Samuel Kristeller, em 1867, a manobra **consiste** “na aplicação de pressão na região superior do útero com objetivo de facilitar a saída do bebê”, o médico posiciona o antebraço, muitas vezes apoiando a mão do lado oposto da cama, e empurra com força o bebê a sair. Como consequência muitas vezes ocorre fratura de costela. Tudo isto perfeitamente evitável se ela estivesse de cócora, respirando livremente.

PARTO HOSPITAL - POSTURA

PACIORNIC -A tentativa de expulsão do feto nesta posição leva a cabeça dele a bater, muitas vezes, contra o assoalho pélvico resulta em hemorragias intracranianas, subdurais, subaracnóides e nos diversos territórios encefálicos que podem determinar a Síndrome do Sofrimento Fetal (*fetal distress*), a qual, ocasiona hipóxia, anóxia e asfixia de origem neurológica, as quais, em cadeia, lesam estruturas cerebrais e glandulares.

Isto afeta a relação mãe-filho, pois ela fica olhando o teto, quando o esperado é que ela pudesse assistir a tão importante e desejado acontecimento.

O tempo para a dequitação da placenta é de 19 minutos e, na posição deitada, 15 minutos, porém os procedimentos de aceleração trazem risco.

PARTO HOSPITAL - POSTURA

- **Sabatino** em 1992: no decúbito vertical ocorre: ação da gravidade, descompressão dos grandes vasos maternos, aumento dos diâmetros do canal de parto, aumento do ângulo de encaixe (*drive-angle*), menor resistência da musculatura perineal, encurtamento do período de dilatação, redução da frequência e aumento da intensidade da contração uterina, redução do *stress* e da dor, liberdade de movimento e posição, participação ativa, encurtamento do período expulsivo.

OCITOCINA

- Em 1955 Fridmann coloca a ocitocina no trabalho de parto, prática comum em hospital que acreditam que acelere o trabalho de parto, na verdade, tira a fisiologia do parto, é traumático para a mulher e o bebê.
- Em trabalho publicado em 1992, no *Paroles de sage-femmes*. Uma equipe de parteiras belgas selecionaram 240 mulheres de gravidez normal à termo. O estudo mostrou que a indução do parto artificial acarreta em trabalho de parto mais longo, maior uso de analgésicos, maior percentagem de cesarianas e um APGAR dos recém-nascidos menos favorável.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

- Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil”, 45% das mulheres afirmam ter sofrido algum tipo de violência obstétrica no SUS e na rede privada, 30%; casos recentes atualizam debate sobre o tema. 9 de ago. de 2022.
- Dados do Relatório das Nações Unidas mostram que uma em cada quatro mulheres já sofreram violência obstétrica no Brasil. Segundo a análise, nos últimos 20 anos, profissionais de saúde ampliaram o uso de intervenções que antes serviam apenas para evitar riscos ou tratar complicações no parto.
- Desde 2004, o Ministério da Saúde tem entre suas prioridades a humanização do parto. Mesmo assim, até hoje não conseguiu nem sequer universalizar o direito das parturientes a um acompanhante de sua confiança, conforme lei de 2005. Segundo Helvécio Magalhães Jr., Secretário de Atenção à Saúde do Ministério, a situação "é intolerável". Segundo ele, "a humanização do parto está no centro da política de saúde do governo". Sobre a lei do acompanhante, o secretário diz que é essencial seu cumprimento até para "coibir os abusos".

PARTO – É UMA RITUAL DE PASSAGEM

Na hospitalização da mulher durante seu trabalho de parto, no livro da antropóloga, titular em Austin no Texas, EUA, em que estuda o parto como um ritual de passagem, e mostra como suas práticas tem consequências sociológicas, e conclui que as práticas que podem ser o início da perda da relação com o próprio feminino e enumera: cadeira de Rodas, mudança de Roupas, preenchimento de formulários, colocação em um quarto que a qualquer momento uma desconhecida entra para colocar soro, tirar pressão ou simplesmente fazer perguntas. privação do acompanhante. privação de liberdade de movimentos, privação do direito de alimento, enema (lavagem intestinal), soro na veia com glicose ou soro fisiológico, oxitocina na veia, toques ginecológicos regulares, ruptura de bolsa, ar refrigerado muito frio. (DAVIS-FLOYD, 1997)



CIÊNCIA DO
INÍCIO DA VIDA