

UMA ANÁLISE DO PROCESSO HISTÓRICO DO PARTO E A PARTICIPAÇÃO DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO NA CONTEMPORANEIDADE.

Carla Alves dos Santos¹

Luis Gomes de Moura Neto²

RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar o processo histórico do parto e a participação da mulher na cena do parto na contemporaneidade. Trata-se de uma pesquisa de análise bibliográfica nas bases de dados LILACS, Biblioteca Virtual da Saúde (BSV) e Scielo, bem como publicações do Ministério da Saúde. Essa pesquisa identificou que a maioria das mulheres prefere no início da gestação o parto vaginal, pois consideram a recuperação mais rápida em relação à cesariana. Por outro lado, ao se aproximar da data provável do parto as mulheres mudam de opinião, escolhem a cesariana por temerem sofrer violência no momento do parto, ou seja, é essa via de parto funciona como uma opção de fuga da violência obstétrica sofrida por muitas mulheres nos serviços de saúde. Observou-se no estudo que existem percentual elevado de cesarianas em adolescentes e que essas pertenciam a classe sociais mais baixas. Em relação as gestantes que tiveram parto vaginal, foram submetidas a intervenções excessivas (ocitocina, episio). Cerca de 70% da mulheres desejaram um parto vaginal no início da gravidez, porém poucas foram tiveram apoio, já no serviço privado apenas 15%. Conclusão: Assim, o Ministério da Saúde criou manuais, normas para a organização da assistência prestada pelos profissionais nos serviços de saúde de atenção obstétrica e neonatal. A partir de princípios norteados pela humanização da assistência ao parto, bem como orientar aos serviços e profissionais da saúde acolher a mulher e ao recém-nascido enquanto sujeito de direitos.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Cesariana. Autonomic Feminine. Parto Vaginal.

ABSTRACT

The present work aims to analyze the historical process of childbirth and the participation of women in the scene of childbirth in contemporary times. This is a research of bibliographic analysis in the databases LILACS, Virtual Health Library (BSV) and Scielo, as well as publications from the Ministry of Health. This research identified that most women prefer vaginal delivery at the beginning of pregnancy, as they consider faster recovery in relation to cesarean section. On the other hand, when the probable date of delivery approaches, women change their opinion, choose the cesarean section because they fear suffering violence at the time of delivery, that is, this way of delivery works as an escape option from the obstetric violence suffered by many women in health services. It was observed in the study that there is a high percentage of cesarean sections in adolescents and that they belonged to the lowest social class. Regarding pregnant women who had a vaginal delivery, they were subjected to excessive interventions (oxytocin, episode). About 70% of women

wanted a vaginal delivery in early pregnancy, but few were supported, while in the private service only 15%. Conclusion: Thus, the Ministry of Health created manuals, rules for the organization of the assistance provided by professionals in health services of obstetric and neonatal care. Based on principles guided by the humanization of childbirth care, as well as guiding services and health professionals to welcome women and newborns as a subject of rights.

Keywords: Obstetric violence. Caesarean. Autonomic Feminine. Vaginal Delivery.

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Mauriti-CE.

² Professor Doutor do Curso de Saúde da Família pela UNILAB.

1 INTRODUÇÃO

As pesquisas científicas realizadas nos últimos anos mostram que no Brasil 52% dos partos realizados na rede pública foram por meio de cesárea, e em se tratando da rede privada esse número cresce significativamente para 88% (Fleischer, 2015).

Essas informações acima mencionadas estão associadas ao número significativo de mulheres que desenvolve febre, infecção, e hemorragia no pós-parto, sendo inclusive levada para Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Essa escolha de tipo de parto está relacionada a interesse de uma determinada classe profissional e, sobretudo, ao interesse de mercado, tendo em vista que a cesariana requer um tempo muito menor do que o parto normal, e isso implica em dedicação do profissional de saúde para outros procedimentos que são contabilizados para a produtividade da respectiva instituição de saúde, pública ou privada (CARNEIRO, 2015).

Estima-se que 1 milhão de mulheres anualmente são submetidas a cesarianas, sem necessidade, ocasionando um grande gastos de recursos (BRASIL, 2014). O parto começou a ser visto como ato médico e cirúrgico, estando atrelado a essa visão a formação profissional dessa categoria que compreende a cesariana como um procedimento rápido e seguro para a mulher e para o recém-nascido (CARNEIRO, 2015). Observa-se que as mulheres estão perdendo sua identidade natural de parir, ao passo que o parto normal está sendo visto como algo temeroso, sendo recorrente na maioria das vezes a escolha de parto por via cesariana, que tem se configurado mais arriscado no comprometimento da saúde da mulher e do recém-nascido.

No segundo capítulo, será abordado acerca das intervenções obstétricas no parto normal e parto por cesariana em nível de Brasil. Elencando assim, os desafios e as possibilidades para ampliação do processo de escolha consciente da mulher quanto a via de parto, seja ele normal ou cirúrgico, bem como será discutido o papel que a mulher vem ocupando na cena do parto na contemporaneidade.

Por fim, no terceiro capítulo serão apresentadas as estratégias e ações adotadas pelo Ministério da Saúde para melhoria da assistência ao pré-natal e ao parto. Ademais, apontar os direitos da mulher no pré-natal, pré-parto, parto normal e

parto por cesariana.

O interesse despertado para realização dessa pesquisa se dar em virtude de querer conhecer como ocorriam os partos na antiguidade, como se desenvolveu, e como ele vem acontecendo na atualidade, com intuito de saber se houve mudança na manipulação do parto em relação as intervenções obstétricas, bem como saber de que modo a mulher está participando na cena do parto.

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo realizar um resgate do processo histórico do parto, ou seja, debater as diferentes formas de partejar desde a antiguidade até os dias atuais, bem como a participação da mulher no trabalho de parto na contemporaneidade. Para isso foi realizado um resgate do processo histórico do parto, dando ênfase para a história social do parto, quais sujeitos participavam desse processo, e como ele se desenvolveu no decorrer do tempo com o advento da obstetrícia.

Consideramos que a realização desse estudo contribuirá para o exercício da reflexão dos profissionais de saúde envolvido no trabalho de parto e, sobretudo, para o reforço da autonomia das mulheres em relação aos seus direitos no pré-parto, parto e puerpério.

1 REVISÃO DE LITERATURA

Na antiguidade a mulher era a protagonista do seu próprio parto, sendo a função de partejar unicamente sua. Porém, com o passar dos anos, mas precisamente no século XVI o parto passou a ter um novo participante, a parteira. A entrada das parteiras na cena do parto foi uma determinação da Igreja Católica e do governo para que se garantisse que não haveria a prática do aborto ou assassinato de recém-nascidos (VIEIRA, 2002).

As parteiras tinham uma dupla identidade na sociedade, ao passo em que algumas eram conhecidas pelas mulheres como pessoas de confiança para ajudá-las no momento do parto, outras também eram conhecidas pelo ato de auxiliar as mulheres a cometerem abortamento, infanticídio e abandonos de recém-nascidos. Assim:

“(..) levou a uma intervenção do Estado e da Igreja cujos objetivos alegados eram impedir a realização de abortos e infanticídios, coincidindo com as perseguições às feiticeiras, entre as quais muitas eram parteiras que foram queimadas pelas fogueiras da Inquisição, conseguindo transformar sua prática em uma atividade suspeita” (SEIBER et a, 2005, p. 246).

Naquele período para ser parteira tinha que ter o requisito da fé católica, reputação e uma moral inquestionável. Do contrário, ainda que insistisse a exercer a prática de parteira estas mulheres eram perseguidas e executadas. As mulheres carregam consigo grandes saberes relacionados à cura de enfermidades e isso não era bem visto e nem muitos menos aceito pela Igreja Católica, pois, considerava-se como ato de bruxas (VIEIRA, 2002).

Dessa forma, muitas eram executadas em virtude do objetivo de concentrar o saber da cura no poder médico, o que posteriormente pode ser visualizado ao passo que a profissão de medicina começou a ser exercida eminentemente por homens (VIEIRA, 2002).

Nesse sentido, iniciou-se uma relação conflituosa entre a medicina e as parteiras, em de um lado tínhamos uma categoria profissional que discordava do saber popular das parteiras por não ter evidencia científica, e do outro tínhamos a denúncia das parteiras em relação a intervenção tecnológico durante o parto através da prática obstétrica (fórceps), a qual causava danos físicos as mulheres (VIEIRA, 2002).

O parto passou a ser objeto de intervenção médica a partir do século XIX

em consequência da criação da obstetrícia enquanto disciplina da área da medicina. Sendo assim, o parto enquanto espaço de prática para as parteiras perde lugar e passa ser área de interesse para a classe médica, conseqüentemente há uma mudança do ambiente para o evento do parto, este é direcionado para as instituições hospitalares, onde será posto em prática as intervenções obstétricas (VIREIRA, 2002).

Há duas realidades em espaços distintos em relação à forma de nascer, o americano e o europeu. No primeiro ainda prevalece a cesariana, já no segundo ainda permanece a presença de parteira e enfermeiras na assistência ao nascimento, estando o médico presente apenas em casos complicados ou cirúrgicos (CARNEIRO, 2015).

Com a invenção do fórceps, utilizado pelas escolas obstétricas, o parto passa a ter outro tipo de intervenção, agora se adota a postura da horizontalidade do parto, ou seja, a posição de parir se modifica. O fórceps representava a presença da medicina do parto, inclusive foi adotado como disciplina técnica na obstetrícia, pois era considerado como evento crítico (SEIBER, 2005).

Há registros que na década de 1870 houve uma grande taxa de mortalidade materna nos hospitais em razão das infecções puerperal, fato esse atrelado as práticas de intervenção médica, ao passo em que não eram adotadas medidas de higiene no momento do parto, os quais eram realizados em locais inadequadas onde à segurança e a privacidade da mulher ficava exposta (MAIA, 2010).

Dessa forma, deu origem a criação de hospitais adequados para realização de partos, os quais tinham também como objetivo colocar em prática o saber médico relacionado ao corpo da mulher. Esses hospitais foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha, a prática obstétrica começou a se aperfeiçoar e os riscos de mortalidade materna e infantil diminuíram (Martins, 2005, apud, Maia, 2010).

O evento complexo do parto e nascimento se tornou, ao longo dos últimos séculos um assunto médico e hospitalar, separado da vida familiar e comunitária. O parto hospitalar serviu à obstetrícia de três maneiras: restringindo a competição com as parteiras, estabelecendo o princípio do controle médico sobre as pacientes e permitindo o treinamento de novos médicos. O parto medicalizado e hospitalar tornou-se sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. E, mais contemporaneamente, de espetáculo (Domingues, 2002).

Vale ressaltar que o atendimento médico obstétrico ficou restrito por muito tempo as mulheres brancas e ricas as quais tinham condições de pagar pelo serviço médico domiciliar, enquanto as mulheres de classe média continuaram sendo atendidas pelas parteiras e as que vivem em situação de pobreza extrema apelavam para as enfermarias dos hospitais (Maia, 2010).

A partir do final de século XX iniciou pelo mundo o movimento pela humanização do parto, sendo essa uma proposta radicalmente contrária aos modelos de parto vigentes naquela época, chegando essa proposta ao Brasil respectivamente na década de 1990. Assim, três anos depois dessa nova forma de enxergar o parto, profissionais de saúde iniciam a defesa de fato pela Humanização do Nascimento, o qual é compreendido por:

Aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado (CARNEIRO, 2015, p. 37).

Após o início do movimento em defesa do resgate da forma natural de nascer, um grupo de mulheres consumidoras dos planos de saúde privado se posicionaram contrárias a essa bandeira de luta, e se organizaram para defender as práticas obstétricas as quais consideravam justificáveis em razão da sua autonomia de escolher por determinado tipo de parto (Cesária).

Atualmente ainda é desafiador a luta pelo parto humanizado, pois requer envolvimento contínuo das pessoas que acreditam na eficiência desse modo de nascer, pois a literatura mostra que existe apenas mobilizações eventuais, isto que necessariamente implica em poucos resultados em relação ao percentual de partos normais. Contudo, apesar de o Brasil ser recordista em cesarianas e ter pouco envolvimento da sociedade em defesa do parto normal ainda é o país que mais busca romper com essa realidade (CARNEIRO, 2015).

O Ministério da Saúde adotou ações para combater as taxas de cesarianas, através de programas que estimulam os hospitais a realizarem partos normal e humanizado, podendo ser destacada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que certifica as instituições de saúde públicas e privadas que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e o Cuidado Amigo da Mulher.

Em 2014 é criada a Portaria de Nº 1.153 a qual altera os critérios de

habilitação da IHAC, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os hospitais habilitados recebem incrementos financeiros em relação aos valores dos procedimentos da assistência ao parto, sendo 17% atribuído ao parto normal, 8,5% parto cesariano e, Parto Cesariano com Laqueadura Tubária, 5% parto normal em gestação de alto risco, 2,5% Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco.

As estatísticas evidenciam dados importante em relação a quantidade de cesarianas associadas ao poder aquisitivo e grau de escolaridade da mulheres que optam por esse tipo de parto, são quase 73% sobre 35% daquelas com baixo poder financeiro. Mesmo em meio a um contexto em que a Organização Mundial de Saúde recomenda que sejam realizados apenas 15% de partos cirúrgicos (CARNEIRO, 2015).

Um estudo realizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul de 30.628 habitantes, no ano de 2014, revelou que 100% das mulheres informaram a preferência pelo normal em virtude de experiência anterior ou familiar, o que mostra que essas experiências são decisórias na hora escolher o tipo de parto.

Já as mulheres que responderam que preferem o parto Cesário disseram ser o principal motivo o medo da dor, bem como a indicação médica. Assim, o autor aponta que é “Importante ressaltar que entre as gestantes que preferem o parto vaginal nenhuma citou a indicação médica como motivo para a sua predileção” (WELDLE, *et. Al*, 2014, p.49).

O corpo da mulher é visto como máquina, sendo o útero objeto de intervenção obstétrica, sendo considerado o trabalho de parto exclusivamente fisiológico, não é muitas vezes levado em consideração os aspectos emocionais e contextos sociais em que a mulher está inserida. Logo, a mulher é colocada de lado e o médico passa a ser o centro no momento do parto (MAIA, 2010).

2 MÉTODO

A pesquisa caracterizou-se como um estudo de análise bibliográfico referente aos trabalhos já publicados, considerando descritores: parto; processo histórico; autonomia feminina; e contemporaneidade. Esse tipo de estudo permite conhecer a conjuntura atual sobre determinado tema e assim, descobrir as lacunas e construir novos conhecimentos (BENTO, 2012).

Foram consultadas as bases de dados LILACS, BSV e Scielo, bem como fontes secundárias que podem ser caracterizadas pelas publicações do Ministério da Saúde tais como: manuais, leis e portarias. Foram também consultados livros e artigos publicados no período de 2000 a 2019. Para cada literatura foi feito um resumo com as próprias palavras do pesquisador destacando os pontos essenciais da obra.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Agora que foi percorrido o caminho da evolução histórica do processo do parto, será exposto aqui como vem ocorrendo as intervenções obstétricas a nível de Brasil, e a participação da mulher no trabalho de parto na contemporaneidade. O primeiro exemplo a ser elencado é a mudança na posição da mulher no momento de parir, essa por sua vez, passa a exercer o papel de passiva e o profissional de saúde assume a posição de ativo no centro das intervenções, ou seja, a mulher perde seu espaço de protagonista do seu próprio parto.

O parto passa a ser um objeto medicalizador, a mulher agora pari deitada, posição essa facilitadora para o profissional de saúde realizar suas intervenções, porém, dificultadora para o processo do parto. Essa posição permite que os profissionais envolvidos na cena do parto possam conduzir da forma que quiser (MAIA, 2010).

Assim, “a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher” (DINIZ e DUARTE, 2004, apud, MAIA, 2010). Com isso, essa posição contribui para o retardamento da expulsão do feto o que ocasiona a introdução da ocitocina, ficando a mulher com os movimentos reduzidos em virtudes do aumento de dores, o que leva o não relaxamento muscular do períneo e conseqüentemente a realização da episiotomia.

Diante desses fatos acima citados, que ocorre durante os partos normais, bem como a violência obstétrica, as mulheres cada vez mais tem tido medo de sofrer violência no momento do parto, o que vem se evidenciando a justificava da escolha da cesariana, apesar de desejarem um parto normal humanizado.

Porém, as mulheres não tem confiança nos profissionais de saúde para seguir até o fim da gestação com esse desejo de parir por baixo. Por isso,

quando a mulher solicita uma cesárea, tal fato está intimamente relacionado com o modelo da assistência prestada: a demanda pela cesárea, no Brasil, seria uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” praticado no país é profundamente medicalizado, intervencionista e traumático (BARBOSA et al, 2003, apud MAIA, 2010).

O grande questionamento é: a quem interessa a prática da cesariana? Quem é o principal beneficiado com essa prática? A mulher, a criança, o profissional de saúde ou mercado? Os dois modelos de parto (vaginal e cesariana) estão

associados muitas vezes aos tipos de serviços que as mulheres acessam, público ou privado, ou seja, o que determina a via de nascer é o tipo de perfil de procedimentos oferecido pelos serviços os quais as mulheres recorrem para o pré-natal e para o parto. Isso envolve também o perfil do profissional que presta assistência no momento do parto (MAIA, 2010).

É sabido que os serviços privados são recordes em cesarianas, são mais intervencionistas e mecânicos. Os defensores desse tipo de parto justificam que deve ser levado em consideração o desejo da mulher, pois muitas vezes são elas que expressam esse desejo, porém, o que não é discutido e problematizado é o que estar por traz desse desejo, porque as mulheres tem tanto medo de um parto vaginal?

A perda da autonomia da mulher no parto está relacionada, principalmente, com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas. Desta forma, esta discussão não pode estar desvinculada da assistência, porque mais uma vez se estaria repetindo a exclusão que a mulher sofre no momento do parto em relação a sua própria autonomia (BRASIL, p. 19. 2001).

Pesquisas mostram que a maioria das mulheres prefere no início da gestação o parto vaginal, pois consideram a recuperação mais rápida em relação à cesariana. Por outro lado, ao se aproximar da data provável do parto as mulheres mudam de opinião, escolhem a cesariana por temerem sofrer violência no momento do parto, ou seja, é essa via de parto funciona como uma opção de fuga da violência obstétrica sofrida por muitas mulheres nos serviços de saúde (CARNEIRO, 2015).

É importante salientar a necessidade de preparar as mulheres para o momento do parto, e isso deve ser feito desde o momento do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. Acolher a mulher, seu companheiro e seus familiares nos serviços de saúde é de extrema importância para o desenvolvimento do cuidado conjunto no processo de trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2001).

Nessa direção, “o parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança” (BRASIL, p. 25). Ou seja, oferecer a mulher o direito de participar das decisões do processo de parto. A pesquisa nascer no brasil tem como objetivo conhecer os determinantes e a proporção dos efeitos das intervenções obstétricas no parto, as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal.

A pesquisa entrevistou 23.894 mulheres. Desse número, 30% informaram que não desejaram a gestação, 9% ficaram insatisfeitas com a gravidez e 2,3% relataram ter tentado interromper a gravidez.

O estudo mostra que as mulheres com gestação indesejada apresentaram menos cobertura no pré-natal com início tardiamente, e que não chegaram nem a receber o número de consultas mínimas (6 consultas) recomendadas pelo ministério da saúde, bem como evidencia que apenas 59% das gestantes recebem informações sobre a maternidade na qual será atendida quando chegada a hora do parto, estando em total desacordo com a lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Isso acaba ocasionando a peregrinação na hora do parto aumentando os risco de complicações para criança e mulher.

A pesquisa demonstra que o SUS foi responsável por 80% dos partos, dos quais 60% ocorreram em maternidades públicas e 20% ocorridas no setor privado, porém com recursos pagos pelo SUS. Identificou que a rede hospitalar de atenção ao parto e nascimento enfrenta grandes lacunas, pois muitas não dispõem de leito de UTI Neonatal e UTI adultas, além da falta de medicamentos. O norte e o nordeste apresentaram maior deficiência. No SUS ocorreu 52% de cirurgias cesarianas, enquanto no setor privado o percentual chegar a ser muito maior, correspondendo a 88% não existindo justificativas clínicas para esse percentual. Estima-se que 1 milhão de mulheres anualmente são submetidas a cesarianas sem necessidade, ocasionando um grande gastos de recursos.

Observou-se no estudo que existem percentual elevado de cesarianas em adolescentes e que essas pertenciam a classe sociais mais baixas. Em relação as gestantes que tiveram parto vaginal, foram submetidas a intervenções excessivas (ocitocina, episio). Cerca de 70% da mulheres desejaram um parto vaginal no início da gravidez, porém poucas foram tiveram apoio, já no serviço privado apenas 15%.

Há grande números de crianças que nasceram pelo procedimento da cesariana no período de 37 a 38 semana gestacional. Essas crianças geralmente frequentam mais as Unidades de Terapia Intensiva e necessitam de maior suporte para ventilatório para respirar, além do maior risco de morbidade e mortalidade. Em relação a mortalidade materna no Brasil houve uma redução de 143 a 61 por 1000 mil nascido vivos.No entanto, esses número ainda são inaceitável.

Já mortalidade neonatal é de 10,6 por mil nascido vivos tendo relação com o número de cesariana anteriores. Outro fator que merece destaque é que a

falta de assistência de qualidade, lacunas na organização da rede de atenção obstétrica e neonatal.

A referida pesquisa finaliza com recomendações aos gestores, entidades de classe e profissionais de saúde; organizar a rede de assistência de forma a garantir o acesso; ampliação do números de leitos; ampliar o acesso ao planejamento familiar, principalmente as adolescentes; promover acolhimento, garantir privacidade, autonomia e envolvimento da mulher nas decisões relacionadas a gestação e ao parto; estimular ao parto vaginal; enfatizar, na formação dos profissionais de saúde em relação aos aspectos fisiológicos da gestação e parto; fortalecer a divulgação de informações sobre as recomendações das boas práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidencias (BRASIL, 2014).

Também é necessário destacar nesse trabalho que a pesquisa intitulada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento” realizada no ano de 2011 a 2012 teve como objetivo conhecer os determinantes e a proporção dos efeitos das intervenções obstétricas no parto, as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal. A pesquisa entrevistou 23.894 mulheres. Desse numero, 30% informaram que não desejaram a gestação, 9% ficaram insatisfeitas com a gravidez e 2,3% relataram ter tentado interromper a gravidez (BRASIL, 2014).

A pesquisa demonstra que o SUS foi responsável por 80% dos partos, dos quais 60% ocorreram em maternidades públicas e 20% ocorridas no setor privado, porém com recursos pagos pelo SUS. Identificou que a rede hospitalar de atenção ao parto e nascimento enfrenta grandes lacunas, pois muitas não dispõem de leito de UTI Neonatal e UTI adultas, além da falta de medicamentos. O norte e o nordeste apresentaram maior deficiência (BRASIL, 2014).

Observou-se no estudo que existem percentual elevado de cesarianas em adolescentes e que essas pertenciam a classe sociais mais baixas. Em relação as gestantes que tiveram parto vaginal, foram submetidas a intervenções excessivas (ocitocina, episio). Cerca de 70% da mulheres desejaram um parto vaginal no início da gravidez, porém poucas foram tiveram apoio, já no serviço privado apenas 15% (BRASIL, 2014).

Há grande números de crianças que nasceram pelo procedimento da cesariana no período de 37 a 38 semanas, gestacional. Essas crianças geralmente frequentam mais as Unidades de Terapia Intensiva e necessitam de maior suporte para ventilatório para respirar, além do maior risco de morbidade e mortalidade

(BRASIL, 2014).

Em relação a mortalidade materna no Brasil houve uma redução de 143 a 61 por 1000 mil nascido vivos. No entanto, esses número ainda são inaceitável. Já mortalidade neonatal é de 10,6 por mil nascido vivos tendo relação com o número de cesariana anteriores. Outro fator que merece destaque é que a falta de assistência de qualidade, lacunas na organização da rede de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2014).

4.1 GRAVIDEZ, PARTO, PUERPÉRIO E AS LEGISLAÇÕES AFIRMATIVAS DE DIREITO

É assegurado a mulher no trabalho de parto, parto e pós parto imediato o direito de ter um acompanhante de sua livre escolha. Esse direito está estabelecido na Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

Posteriormente essa lei foi regulamentada pela Portaria nº 2.418 do Ministério da Saúde, de 2 de dezembro de 2005, a qual define o tempo de pós parto imediato, bem como as garantias de condições para permanência do acompanhante;

§ 1º Para efeito desta Portaria entende-se o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico.

§ 2º Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.

§ 3º No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

Art. 2º Os hospitais públicos e conveniados com o SUS têm prazo de 6 (seis) meses para tomar as providências necessárias ao atendimento do disposto nesta Portaria.

Apesar de essa Lei existirem a mais de dez anos ainda não é conhecida por todas as mulheres sobre seu direito no momento do parto, tão pouco é respeitada por unanimidade por todos os serviços de saúde brasileiro que atendem

mulheres gestantes. Garantir esse direito das mulheres significa estar contribuindo para o conjunto de boas práticas de uma assistência ao parto humanizado, assim garantir a presença e permanência do acompanhante é o primeiro passo.

Por isso, toda mulher tem direito à informação enquanto direito fundamental inscrito da Constituição Federal de 1988. Informações claras que permitam a mulher decidir livremente sobre sua via de parto. Desde a primeira consulta do pré do natal a mulher precisa ser informada e suas serem sanadas ao longo da gestação. É ela que deve ir construindo e desenhando a sua história.

Ao iniciar o pré-natal no âmbito do SUS toda mulher recebe o cartão da gestante, esse fornecimento é obrigatório, assim como o preenchimento com as informações. Porém, os relatos dos profissionais dos serviços hospitalares é que as gestantes muitas vezes chegam faltando informações no cartão. Em relação ao pré-natal realizado no setor privado a entrega do cartão da gestante não é obrigatório, e quando esse é fornecido a quantidade de informações são consideradas insuficiente.

Além disso, existe o parto grama, instrumento que deve ser preenchido pelo profissional de saúde que está acompanhando a mulher no trabalho de parto. Nele deve conter as informações de toda a evolução do parto, e a partir dele quais decisões podem ser tomadas. Nesse sentido, a mulher precisa saber e compreender o motivo de tal decisão.

A Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 trata de planejamento Familiar, assegura que todas as instâncias gestoras do SUS ofertem um conjunto de ações de atenção à saúde das mulheres, em todos os ciclos de vida, dentre elas: o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato.

A Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007 garante que toda gestante acompanhada pelo SUS conheça previamente a maternidade onde irá parir, ou seja, permite que a mulher estabeleça um vínculo com a respectiva instituição. A gestante deve estar informada sobre qual instituição recorrer em casos de intercorrências durante o pré-natal.

A Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) na sessão V da proteção á maternidade assegura no Art. 392. A empregada gestante tem direito à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

§ 4º É garantido à empregada, durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos:

I - transferência de função, quando as condições de saúde o

exigirem, assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho;

II - dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares.

Com a reforma trabalhista aprovada, esse tempo de intervalo para amamentação deverá ser negociada com o empregador, ou seja, a mulher não terá mais o direito de decidir qual horário durante a jornada de trabalho irá amamentar. Em relação aos dias de licença maternidade a reforma não alterou o período.

No que diz respeito aos locais insalubres, as grávidas agora poderão permanecer no mesmo posto de trabalho se esse for considerado local de grau baixo e médio insalubre, ou seja, a mulher será afastada apenas nos casos em que for constatado o alto grau de risco insalubre. Isso nos leva a pensar sobre o grau de influência que esses locais podem trazer para a antecipação do parto.

4.2 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MOMENTO DO PARTO: COMO COMBATER?

A violência obstétrica é um tema que vem sendo discutido desde a década de 1980, especificamente pelo movimento feminista. Tomou proporção maior nos anos de 2000, e hoje se apresenta como um tema atual e necessário para pensar as formas de enfrentamento e sua identificação.

É imprescindível instrumentalizar as mulheres para que elas possam compreender o que caracteriza a violência obstétrica e identifica-la quando essa se fizer presente durante o atendimento nos serviços de saúde, não só apenas combater esse tipo de violência, mas principalmente que as mulheres consigam barrar antes mesmo que ela aconteça.

Desenvolver a autonomia feminina é o primeiro passo. Fazer com que a mulher se reconheça como atora principal do seu trabalho de parto, que ela conheça seu corpo e seus direitos durante esse processo. O plano de parto é um instrumento que auxilia na concretização dessa autonomia feminina, ao passo em que possibilita o direito da mulher descrever como deseja que seu trabalho de parto, parto e pós parto ocorra, inclusive nos casos de cesariana.

O plano de parto permite também um diálogo aberto entre a mulher e a equipe que irá prestar assistência durante o parto, nele é estabelecido as escolhas

em relação aos procedimentos, receber informações previamente quando não for possível atender um dos desejos contidos no plano. Além de ser informada, deve ter justificativas claras para o não atendimento do desejo.

Porém, ainda é bastante difícil encontrar mulheres que chegam ao hospital com esse plano de parto, e isso acontece em virtude da falta de informação sobre esse direito. Não se trata de um direito garantido em lei, mas se trata sobretudo de um direito da mulher e do recém-nascido de ter um atendimento humanizado.

A violência obstétrica é expressa desde: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas (D'OLIVEIRA, apud SENA p.211, 2017).

Esses tipos de atendimentos tem relação direta com a mudança de plano de um parto normal para uma cesariana, pois muitas mulheres não se sentem seguras para enfrentar o parto normal por medo de passar por esse constrangimento, ou por já terem passado não querem arriscar passar novamente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde criou o Manual Técnico de Atenção ao Pré-natal e Puerpério com o objetivo de oferecer um guia de referência para a organização da assistência prestada pelos profissionais nos serviços de saúde de atenção obstétrica e neonatal. O manual tem seus princípios norteados pela humanização da assistência, e orienta aos serviços e profissionais da saúde acolher a mulher e ao recém-nascido enquanto sujeito de direitos (BRASIL, 2005).

Do mesmo modo, faz um alerta em relação a não realização de procedimentos que não tenha evidência científica os quais caracterizam intervenções desnecessárias, e que principalmente sejam desenvolvidas relações fundamentadas em princípios éticos, proporcionando a autonomia da mulher para que ela seja coparticipante do processo de produção da sua própria saúde (BRASIL, 2005).

Além disso, aponta os critérios que os Estados e Municípios devem dispor para uma assistência obstétrica de qualidade, são eles os principais: vinculação à maternidades e hospital para assistência ao parto, recursos humanos, materiais, garantia de atendimento as gestantes e transferência em transporte seguro para as parturientes que necessitar (BRASIL, 2005).

Atrelado a isso, temos a Rede Cegonha que foi pensada a partir das diretrizes da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde a qual buscou sinalizar as necessidades de saúde relacionadas ao âmbito materno-infantil.

Desse modo, são garantidas as mulheres atendimento prioritário para realização do teste rápido de gravidez, e quando essa é confirmada a mulher inicia o pré-natal na rede de atenção a saúde. Assim, devem ser fornecidas informações para a gestante sobre rotina dos serviços, seus direitos e transporte seguro para acessar os respectivos serviços, promovendo assim ações que contribuem para a promoção da saúde da mulher e do bebê.

No que diz respeito ao pré-natal, fica estabelecido que esse deva iniciar até os primeiros 120 dias da gravidez, sendo também sinalizado uma quantidade mínima de consultas (6 consultas), bem como destaca a importância de ouvir as demandas das gestantes e seus acompanhantes (BRASIL, 2005).

Após os anos 2000, foram também criadas estratégias de incentivo para ampliação do parto normal, o Ministério da saúde instituiu teto máximo para cesarianas em hospitais públicos, atribuindo assim o premio Galba de Araújo aos hospitais que colocassem em praticas em seu cotidiano o programa de humanização de atendimento ao pré-natal e ao parto (CARNEIRO, 2015).

A humanização do parto configura-se um conjunto de práticas benéficas ofertadas à mulher, com o objetivo de proporcionar o evento do parto um momento único e especial. Nesse sentido, deve-se assegurar que a mulher exercite seu protagonismo na cena do parto, e que os profissionais de saúde possam enxergar esse momento de forma particular e singular de cada mulher.

É importante que o profissional desenvolva um vínculo com a mulher para que assim possa romper com a relação hierarquizada, proporcionando uma troca de saberes entre ambos, um ambiente em que não exista o detentor do saber inquestionável, mas sim um ambiente que prevaleça a horizontalidade entre os sujeitos que ocupam o mesmo espaço em um dado momento na hora do parto.

5 REFERÊNCIAS

BENTO, A. (2012, Maio). **Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas**. Revista JA (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira), nº 65, ano VII (pp. 42-44). ISSN: 1647-8975.

BRASIL. 2014. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153 de 22 de maio de 2014**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html Acesso em: 17/06/2019.

BRASIL. DECRETO-LEI Nº 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm Acesso em: 18/10/2019.

BRASIL. Lei A Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 trata de **Planejamento Familiar**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm acesso em: 25/09/2019.

BRASIL. Lei n.º 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [internet]. [acesso em 23 de setembro 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

BRASIL. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. Garanti às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em: 02/10/2019.

BRASIL. LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm Acesso em: 14/10/2019.

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

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.418, DE 02 DE DEZEMBRO DE 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html

Acesso em: 12/10/19.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas do parto e políticas do corpo**. ISBN: 978-85-7541-458-3. 2015.

MAIA, MB. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 189 p. ISBN 978-85-7541-328-9. Available from SciELO Books .

SEIBERT, Sabrina Lins, et al: **MEDICALIZAÇÃO X HUMANIZAÇÃO: O CUIDADO AO PARTO NA HISTÓRIA**. R Enferm UERJ 2005; 13:245-51. • p.245.

SENA, Ligia Moreira, e TESSER, Charles Dalanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães**: relato de duas experiências. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>
Acesso em:30/09/2019.

WELIDLE, Welder Geison. Escolha pela vida de parto da mulher: autonomia ou indução?. Cad. Saúde Colet., 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53
<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>

DECLARAÇÃO

Declaro, para os fins a que se fizerem necessários que, CARLA ALVES DOS SANTOS, aluno vinculado, sob o número de matrícula 2018200874, no curso de SAÚDE DA FAMÍLIA - 2018.2 - LATO SENSU oferecido pelo INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE da PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, em Redenção, produziu o Trabalho de Conclusão de Curso com o tema UMA ANÁLISE DO PROCESSO HISTÓRICO DO PARTO E A PARTICIPAÇÃO DA MULHER NO TRABALHO DE PARTO NA CONTEMPORANEIDADE dentro das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, e padrão da norma culta da língua, corrigido por mim, Maria Edineuma Martins Dantas dos Santos, profa. Mestra em Letras pela Universidade Federal de Campina Grande.

Ciente do que firmo, assino e dou fé para que surjam os efeitos legais.

Mauriti-Ce, 04 de fevereiro de 2020.

Maria Edineuma Martins D. dos Santos