

ASSISTÊNCIA AO PARTO E SUAS MUDANÇAS AO LONGO DO TEMPO NO BRASIL

ASSISTANCE TO CHILDBIRTH AND ITS CHANGES THROUGH TIME IN BRAZIL

Welman de Sousa Lima

Universidade Estadual do Tocantins - Unitins
welmansousa@hotmail.com

Martin Dharlle Oliveira Santana

Universidade Estadual do Tocantins - Unitins
mdharlle@gmail.com

Jennyfer Soares de Sá

Universidade Estadual do Tocantins - Unitins
jennyfersoaresdesa@gmail.com

Maikon Chaves de Oliveira

Universidade Estadual do Tocantins - Unitins
maikonchaves@hotmail.com

RESUMO: A assistência ao parto passou por transformações necessárias ao longo do tempo. Antes as mulheres tinham seus filhos em casa, no seio familiar e eram assistidas por parteiras, com o surgimento da medicalização e com o avanço da medicina, essas mulheres passaram a se institucionalizar. Objetivo: conhecer o processo histórico da assistência ao parto e suas mudanças ocorridas no processo temporal. Metodologia: pesquisa em bancos de dados (TCC, Monografias, Dissertações e Teses) das universidades com acesso via online, assim como aqueles disponíveis nas bases bibliográficas Scielo, Bireme e através de cadernos, cartilhas manuais e informes do Ministério da Saúde do Brasil, que possuem conteúdos que contemplem o tema da evolução da assistência ao parto no Brasil. Para a coleta de dados foi realizada uma leitura exploratória de todo material selecionado referente ao tema para verificar se a obra consultada era relevante para o trabalho. Considerações finais: Através da realização deste estudo bibliográfico, pode-se confirmar que a assistência ao parto passou por muitas mudanças significativas, com o alto índice de mortalidade materna e infantil, surgiu a necessidade das gestantes terem seus filhos em instituições hospitalares surgindo, assim, a institucionalização e medicalização. Com a busca da mulher por seus direitos constitucionais, podem-se observar mudanças na melhoria da assistência às gestantes e seus bebês, o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Política Nacional de Humanização, a Rede Cegonha, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que tem por objetivos gerais a assistência humanizada às gestantes, família e recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem. Mudanças. Parto.

ABSTRACT: Childbirth care has undergone necessary transformations over time. Before the women had their children at home, in the family and were attended by midwives, with the onset of medicalization and with the advancement of medicine, these women began to institutionalize. Objective: to know the historical process of delivery assistance and its changes in the temporal

process. Methodology: database research (TCC, Monographs, Dissertations and Theses) of universities with online access, as well as those available in the bibliographic databases Scielo, Bireme and through notebooks, handbooks and reports of the Brazilian Ministry of Health, which have contents that contemplate the evolution of delivery care in Brazil. For data collection, an exploratory reading of all the selected material was carried out to verify if the work consulted was relevant to the work. Final considerations: Through the accomplishment of this bibliographic study, it can be confirmed that the delivery attendance has undergone many significant changes, with the high maternal and infant mortality rate, the need for pregnant women to have their children in hospital institutions has arisen, institutionalization and medicalization. With the search for women for their constitutional rights, changes in the improvement of care for pregnant women and their babies can be observed, the National Program for Humanization of Prenatal and Birth, the National Humanization Policy, the Stork Network, National Policy of Obstetrical and Neonatal Care, whose general objectives are humanized assistance to pregnant women, the family and the newborn.

KEYWORDS: Nursing care. Changes. Childbirth.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, tornaram-se evidentes os avanços voltados para a assistência ao parto em visão geral, sendo isso fruto de inovações e construções das políticas públicas inovadoras, que visam à melhoria da qualidade na assistência a todo o processo do parto. Percebe-se que há muito que melhorar, pois ainda existem falhas no cumprimento e efetivação dessas políticas voltadas a saúde, fazendo com que a assistência as parturientes deixe a desejar, não sendo de fato satisfatório o acolhimento e o serviço prestado pelos profissionais adequadamente, porém isso não se restringe apenas ao profissional, mas também as estruturas e toda logística, que não corrobora, dificultando assim, aplicação e execução das políticas públicas.

Nos dias atuais com a criação de políticas públicas que visam humanizar o parto e nascimento durante a assistência prestada as gestantes procura-se tornar o momento do parto algo mais natural, humano e agradável para a mãe, seu bebê e familiares. O objetivo desta pesquisa foi o de analisar a evolução da assistência ao parto, na qual, torna-se relevante para conhecer as mudanças que ocorreram na assistência ao parto e identificar seus pontos positivos e negativos. Através do reconhecimento destes fatores será possível traçar metas que venham a estimular a aplicação das Políticas Públicas de Humanização para que assim venha a melhorar a qualidade da assistência ao parto.

Ao longo dos anos é perceptível que houve muitos avanços voltados à assistência ao parto, sendo isso fruto de inovações e construções das políticas públicas inovadoras, que visam à melhoria da qualidade na assistência a todo o processo do parto. Percebe-se que há muito que melhorar, pois ainda existem

falhas no cumprimento e efetivação dessas políticas voltadas a saúde, fazendo com que a assistência as parturientes deixe a desejar, não sendo de fato satisfatório o acolhimento e o serviço prestado pelos profissionais adequadamente, porém isso não se restringe apenas ao profissional, mas também as estruturas e toda logística, que não corrobora, dificultando assim, aplicação e execução das políticas públicas.

REVISÃO DE LITERATURA

Aspectos históricos da assistência ao parto

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano, mais especificamente o sofrimento de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que poderia aliviar se os riscos e dores do parto (DINIZ, 1997).

Para o Ministério da Saúde, de 1974 a 1978 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI) que tinha como objetivo suprir as necessidades relativas a gravidez e ao parto, este programa via a mulher somente na sua função biológica e social. Era um programa isolado dos demais e não tinha articulação com as ações do governo. Suas metas eram gerais e não de acordo com a necessidade da população feminina, o que provocou a fragmentação da assistência (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde, as mulheres se organizaram para reivindicar sua condição de sujeito de direito, que deveriam ir além da gestação e do parto, pois necessitavam de melhores condições de saúde em todas as fases de suas vidas, exigiram também ações que atendessem também as diferentes populações que possuíam variadas condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, de forma que atendessem a mulher e forma integral (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, a fim de consolidar para a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e

puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde instituiu, também, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Nos dias atuais, no Brasil, os procedimentos realizados incluem a episiotomia e em hospitais escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Sendo este tipo de rotina predominante no SUS atualmente. Por esta razão aquelas mulheres com poder aquisitivo maior optam por uma cesárea, para não passarem por essa cascata de procedimentos, muitas vezes humilhantes e desnecessárias (DINIZ, 2005).

Os avanços com a Política Nacional de Humanização no SUS

O Ministério da Saúde afirma que, ainda que como política, a humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004).

O HumanizaSUS, aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde (BRASIL, 2014).

A Política de Humanização se apresenta como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades. Todavia, é necessário que se avance e se amplie o senso de cidadania do povo brasileiro, que em muitas situações resigna-se aos maus tratos e ao desrespeito. Saúde digna é direito e compromisso do usuário e dever do Estado, que deve garantir a oferta de

atenção de acordo com as necessidades de saúde da população. Mas a amplitude desta missão não pode ser alcançada sem a mobilização das forças sociais que se agenciam para além do Estado. O dever do Estado e das equipes de governo deve ser também o do fomento da autonomia dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, multiplicando os agentes do direito e do dever (PASCHE *et al.*, 2011).

Atribuições da enfermagem ao parto humanizado

Algumas décadas atrás, a excessiva intervenção médica no nascimento criou representações fortes acerca de sentimentos de insegurança que envolve o trabalho de parto. No parto humanizado, a mulher pode reencontrar sua autonomia, requerendo, portanto, uma nova postura dos profissionais que a assistem (NASCIMENTO, 2012).

A assistência à saúde da parturiente vem sendo discutida na perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido. Os profissionais da equipe de saúde que atendem essa população têm sido apontados como importantes mediadores no trabalho de tornar tal proposta uma realidade (CARALO, 2014).

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, é a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Em relação à enfermeira-obstetra, essa profissional tem um papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento. Entretanto, denota-se a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente. Existe comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pelo fato de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, na obtenção de

verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto (NASCIMENTO, 2012).

O enfermeiro reconhece a relevância da prestação de uma assistência adequada e de qualidade, por isso procura sempre está acolhendo a mulher, proporcionando segurança, reconhecendo fatores que geram estresse, como a dor, criando um ambiente de cuidado e conforto tanto para parturiente como para a família. Dessa forma a enfermagem vem cada vez mais construindo uma história diferenciada, mostrando a sua capacidade, habilidade e influência, aliado a autoconfiança e experiência no processo de parir, preservando sempre as condições físicas, emocionais e os valores da parturiente (PEREIRA *et al.*, 2012).

As principais práticas utilizadas para a humanização do parto

Sempre que não houver problemas clínicos, elas devem ser respeitadas: Privacidade para a mãe e seu acompanhante; possibilidade de se movimentar, caminhar, se sentar, o que facilita o parto; possibilidade de se alimentar com líquidos ou alimentos leves; acesso a métodos para alívio da dor durante a evolução do parto, desde massagens até a analgesia; realização da ausculta fetal (ouvir os batimentos cardíacos do bebê) e o controle dos sinais vitais da mãe, além dos outros procedimentos necessários; escolha da melhor posição para o parto; contato imediato do bebê com a pele da sua mãe logo após o nascimento (se ela desejar), colocando-o sobre a sua barriga ou seios, de bruços e coberto de forma seca e aquecida (MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO, 2015).

Ainda de acordo com o Ministério Público de Pernambuco (2015) o contato pele a pele deve ser garantido tanto no parto normal quanto na cesárea, na primeira hora de vida e antes de qualquer procedimento de rotina, e não significa apenas mostrar o bebê ou encostá-lo rapidamente no rosto da sua mãe. O contato pele a pele verdadeiro acontece quando a criança fica no colo da mãe pela primeira hora de vida, algumas vezes até já se iniciando a amamentação nesse momento. Corte do cordão umbilical apenas quando pararem as pulsações (de 1 a 3 minutos após o nascimento); estímulo da amamentação na primeira hora de vida; realização dos procedimentos de rotina no recém-nascido apenas após a primeira hora de vida (pesar, medir, vacinar etc.); se a mãe for

HIV positivo, as regras do cordão umbilical e da amamentação não valem, para evitar a transmissão do vírus para o bebê.

Segundo a Ministério da Saúde, práticas demonstradas úteis e que devem ser estimuladas são: Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro; Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde; Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2014).

Para o Ministério da Saúde, o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento; Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; Condições estéreis ao cortar o cordão; Prevenção da hipotermia do bebê; Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno; Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (BRASIL, 2014).

A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis a ambientes tranquilos, os quais possuam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a

imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto. Além da respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhada por relaxamento do corpo; imersão em banheiras ou duchas aquecidas e até mesmo estar acompanhada por pessoas colaborativas escolhidas pela parturiente para compartilhar esse momento (GALLO *et al.*, 2011).

METODOLOGIA

A presente pesquisa é bibliográfica de caráter exploratório e com abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica é feita com base em documentos já elaborados, tais como livros, dicionários enciclopédias, periódicos como jornais e revistas, além de publicações, como comunicação e artigos científicos, resenha e ensaios críticos. A pesquisa exploratória se caracteriza pela existência de poucos dados disponíveis. Tem por objetivo aprofundar e aperfeiçoar ideias e a construção de hipóteses (SANTOS, 2015).

A pesquisa qualitativa está mais relacionada no levantamento de dados sobre as motivações de um grupo, em compreender e interpretar determinados comportamentos, a opinião e as expectativas dos indivíduos de uma população (PHD, 2015).

Realizou-se esta pesquisa em bancos de dados (TCC, Monografias, Dissertações e Teses) das universidades que possuem esse acesso via online, assim como aqueles disponíveis nas bases bibliográficas Scielo, Bireme e através de cadernos, cartilhas manuais e informes do Ministério da Saúde do Brasil, que possuam conteúdos que contemplem o tema da evolução da assistência ao parto no Brasil.

Após o levantamento, identificaram-se em média 55 publicações entre artigos de periódicos, dissertações online, monografias e manuais, destes foram selecionados aqueles que respondiam ao objetivo deste estudo que correspondem a 32.

Posteriormente, foi realizada a leitura cuidadosa do material selecionado extraindo conceitos abordados e de interesse de acordo com o objeto de estudo. Em seguida, as publicações que atenderam o objetivo proposto foram revisadas novamente com o objetivo de obter informações sobre o título do trabalho.

Para a coleta de dados foi realizada uma leitura exploratória de todo material selecionado referente ao tema para verificar se a obra consultada era relevante para o trabalho. Fez-se ainda leitura seletiva para seleção das partes que importam e ainda registrou-se as informações extraídas das fontes com nome dos autores, título e ano. Foi utilizado textos relevantes ao tema, os critérios de inclusão foram conteúdos relacionados ao tema produzidos do ano de 1997 a 2016, escritos em português, voltados para o Brasil. Os descritores em saúde utilizados para coleta de dados foram: mudanças, assistência e parto.

Nesta etapa foi realizada uma leitura analítica onde foram ordenadas e sumariadas as informações contidas nas fontes pesquisadas, de forma que facilitou o uso das informações que responderam a problemática da pesquisa. Assim como se observou a coerência e as diferenças de pensamentos e críticas relacionadas ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos artigos pesquisados, foi aberta a discussão baseada em autores que contemplavam a presente pesquisa, dessa forma foram pontuadas e discutidas de forma que venham a responder os objetivos da pesquisa a seguir.

Percebe-se que o processo evolutivo teve um grande sobressalto após a Segunda Guerra Mundial como demonstram os autores citados abaixo, pois antecedendo a este marco histórico a maioria das mulheres tinham os seus filhos dentro de seus lares, onde estas eram acompanhadas e assistidas por parteiras que muitas vezes tinham um vínculo com a respectiva família e somente após este marco histórico que foi a Segunda Guerra Mundial que as mulheres passaram a buscar as entidades hospitalares para efetuar o parto, porém é notório que nesse processo evolutivo houve grandes perdas, dentre elas estão à perda do controle e domínio da mulher em relação ao seu próprio corpo, pois com a institucionalização do parto a prioridade não era da mulher e sim da equipe de saúde, que escolhiam o tipo de parto, os procedimentos a serem realizados, escolhiam o que a mulher poderia fazer usar e até mesmo sentir. Outro ponto negativo foi a perda do ambiente caloroso e a companhia da família e entes querido que estavam presentes no seio familiar, pois o ambiente hospitalar é

totalmente díspar, por ser um ambiente frio, cheio de normas e regras a serem seguidas, enfim, um ambiente estranho as mulheres que no momento do parto estão extremamente fragilizadas.

Após a Segunda Guerra Mundial surgiu à necessidade de realizar o parto em hospitais devido às altas taxas de mortalidade materno-infantil, deixando assim, de ser realizado no domicílio da parturiente. Nestes hospitais, além destas mulheres passarem pela medicalização eram obrigadas a dividir as enfermarias com outras gestantes, pois além a falta e preparo dos profissionais a estrutura física deixava muito a desejar (BRUGGEMANN *et al.*, 2005).

Os autores contidos na pesquisa nos permitiu observar e entender o processo evolutivo, avanços e os pontos negativos das mudanças ocorridas ao longo dos anos, sendo que o Ministério de Saúde, aponta que após a institucionalização e medicalização do parto foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), sua principal função era a de suprir as necessidades relativas à gravidez e parto, e via a mulher somente na sua função reprodutiva e social, era separado dos demais programas e não atendia as necessidades da população feminina. Com isso, as mulheres reivindicaram os seus direitos, que deveriam ir além destas duas fases de suas vidas, queriam também ações que atendessem as mulheres de diferentes classes sociais, afetivas, culturais e econômicas, atendendo-as na sua integralidade (BRASIL, 2004)

Visando a melhoria do suprimento das necessidades das mulheres e da assistência ofertadas a estas, foi criado o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento, como forma de promover a humanização durante as fases da gravidez, parto e a fase puerperal garantindo assim a melhoria da assistência prestada a mulher e ao recém-nascido.

De acordo com autores citados neste trabalho apesar das melhorias e otimização ocorridas até o momento, ainda há pontos negativos como a não incorporação das políticas públicas pelos profissionais da saúde desde a Atenção Básica ao ambiente hospitalar, sendo que a Atenção Básica deixa de instruir estas mulheres durante as consultas de pré-natal sobre os seus direitos que são preconizados pela Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, Rede Cegonha, Programa Nacional de

Humanização do Pré-natal e Nascimento. Já no âmbito hospitalar os profissionais deveriam realmente efetivar as políticas públicas voltadas para a mãe e para o bebê no processo pré, trans e pós-parto. Não podemos deixar de mencionar que as estruturas físicas deixam muito a desejar e contribuem negativamente para a efetuação da humanização e demais políticas voltadas para essa clientela específica.

Andrade (2009) diz ainda que as dificuldades estruturais, a falta de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para a prestação de um cuidado adequado e a imprevisibilidade desses recursos, dificultam o planejamento e a execução das ações de assistência à saúde.

Corroborando com os autores acima Bertocini (2011) afirma que no que se refere ao aspecto humano do trabalho, salienta-se que, para os profissionais de saúde, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e um atendimento precário e desumanizado.

As principais formas de desumanização da assistência ao parto mais comumente encontradas são aquelas que ferem os direitos da mulher, como: direito a integridade corporal de maneira que a mulher não sofra danos evitáveis; o direito a condição de pessoa que lhe garante a escolha informada sobre os procedimentos; o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante que é a prevenção de procedimentos físicos, emocionais ou moralmente penosos; o direito a equidade que é garantido pelo SUS.

Pode-se observar que o termo desumanização tem muitas semelhanças com outro termo cada vez mais utilizado nos dias atuais que é a violência obstétrica. De acordo com o Ministério Público de Pernambuco, 2015 a violência obstétrica é a violência cometida contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto e abortamento.

Uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto segundo pesquisa realizada por Venturi *et al.* (2010), pela Fundação Perseu Abramo: *“Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”*. O conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Segundo o Ministério Público de Pernambuco (2015) estes são alguns exemplos de violência obstétrica: Impedir que a mulher tenha um acompanhante, exigir que este acompanhante seja uma mulher ou restringir os horários de acompanhamento. Condicionar a presença do acompanhante à autorização do médico plantonista ou utilizar frases como “*essa lei não vale aqui*”. Não dar informações claras sobre o estado de saúde da mulher, realizar procedimentos sem explicar ou ouvir sua opinião. Não oferecer opções para alívio da dor. Impedir que a mulher se movimente, beba água ou coma alimentos leves durante o trabalho de parto. Deixar a mulher sozinha, isolada ou trancada. Realizar exames de toque vaginal repetidas vezes, sob o pretexto de “*ensinar os estudantes a realizar o toque*”. Fazer piadas, dar broncas, xingar ou impedir que a mulher se expresse durante o trabalho de parto. Frases como: “*Na hora de fazer tava bom, porque tá chorando agora?*”; “*Cale a boca, você quer que a criança nasça surda?*”

Diante da afirmativa do autor acima se confirma que a violência obstétrica ainda é um acontecimento frequente nos ambientes de saúde, principalmente nas instituições onde são realizados partos. O corpo da mulher foi criado de forma que ela pudesse gerar e colocar novos seres humanos no mundo, não é uma doença e sim um ato divino. É direito da mulher ter uma assistência que lhe garanta a integridade de seu corpo e mente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste estudo bibliográfico, pode-se verificar que a assistência ao parto passou por muitas mudanças significativas ao longo dos anos, pois antes o parto era realizado na residência da parturiente com o auxílio de uma parteira ou mulher mais velha e experiente, que geralmente fazia parte do círculo de amizade da mulher, próximo a seus entes queridos. Neste ambiente familiar e aconchegante a mulher se sentia à vontade para expressar seus sentimentos e desejos.

Com o alto índice de mortalidade materna e infantil, surgiu a necessidade das gestantes terem seus filhos em instituições hospitalares surgindo, assim, a institucionalização e medicalização do parto, onde a parturiente deixou de ser a protagonista deste ato no qual o médico e auxiliares tomam este papel para si.

Com a busca da mulher por seus direitos constitucionais, podem-se observar muitas mudanças na melhoria da assistência às gestantes e seus bebês, o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Política Nacional de Humanização, a Rede Cegonha, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que tem por objetivos gerais a assistência humanizada às gestantes, família e recém-nascido.

O parto humanizado é um termo que se repete ao longo desta pesquisa, pois é o que todas essas políticas, programas, diretrizes, boa parte dos profissionais da saúde e também a sociedade em geral vem buscando e desejando. O ato de gerar e parir um filho é um espetáculo da vida e somente as mulheres têm essa capacidade. É um acontecimento único e deve ser lembrado com alegria, satisfação e realização, porém não é o que acontece para a maioria das mulheres que passam pelo processo do parto tanto em instituições públicas quanto privadas, onde estas se sentem tratadas de forma desumana, sentem-se humilhadas, desrespeitadas, manipuladas e muitas vezes violentadas pela equipe de saúde. Aí vem as perguntas: é um crime parir? É pecado? Por que os profissionais de saúde tratam tão mal as parturientes?

Elas se sentem impotentes quando lhes negam acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto. Sentem-se tratadas de forma desumana quando seus direitos são negados e isso reflete diretamente na evolução do trabalho de parto, podendo levar a complicações tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, sem mencionar que a mulher pode desenvolver depressão pós-parto entre outras doenças em decorrência da má assistência prestada.

Mas, nem toda essa desumanização está diretamente ligada a falta de capacidade da equipe de saúde, está relacionada também a falta de estrutura física dos hospitais, a má distribuição dos recursos públicos e a não efetivação das políticas públicas voltadas a este público alvo. Há uma deficiência na Atenção Básica que deve ser mais atuante quanto a instrução das gestantes e acompanhantes sobre seus direitos e deveres a respeito das políticas públicas voltadas a elas, a família e ao recém-nascido.

O governo deveria investir mais na estrutura física das instituições que realizam partos, para que sejam oferecidos um ambiente receptivo e adequado para atender todas as demandas necessárias visando a qualidade da assistência

e conseqüentemente a satisfação das mães e da família.

Faz-se necessário também que as instituições realizem capacitações e reciclagem com os profissionais da saúde desde a porta de entrada em todos os estabelecimentos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M. *et al.* **Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009; 11(1): 151-7.

BERTONCINI, J.H.; PIRES, D.E.P.; SCHERER, M.D.A. **Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família.** Trabalho. Educação e Saúde. 2011; 9 (1 Suppl):157-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização.** Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#ar8

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Série Textos Básicos de Saúde.** 4ª ed. 3ª reimp. Brasília- DF. em: 2014.

BRUGGEMANN, et al. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, out. 2005.

CARALO, IannaLouíze Caires Magalhães. **A participação do enfermeiro no parto humanizado: uma revisão bibliográfica.** Faculdade de Ciências da Educação e Saúde-FACES. Brasília, 2014.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, 1997.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil.** Os mitos sentidos de um movimento. Ciências e Saúde Coletiva. Vol.10. Nº 03. Rio de Janeiro. 2005.

GALLO, R.B.S. *et al.* **Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** Femina. 2011;39(1): 41-8.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais.** Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21, out. 2013.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PERNAMBUCO. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos.** Pernambuco, Publicações MPPE; 2015.

NASCIMENTO, S. **O papel do enfermeiro no parto humanizado.** SweetJourney. A hora do parto, 2012.

PASCHE, D.F. *et al.* **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública.** Ciência e saúde Coletiva, 16 (11); 4541-4548, 2011.

PEREIRA, A.L. de F. *et al.* **Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Pg.831-840, 2012.

PHD, Instituto. **Pesquisa Quantitativa e Pesquisa Qualitativa: entenda a diferença[atualizado].** Blog Instituto PHD, 2015.

SANTOS, I.E. dos. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica.** Niterói, RJ: Impetus, 2015. Pg. 236; 181.

VENTURI, W. *et al.* **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado.** Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet], 2010.

Recebido em 22 de setembro de 2018.

Aceito em 30 de setembro de 2018.