

TRAJETÓRIA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Rafaella Ayanne Alves dos Santos¹, Mônica Cecília Pimentel de Melo², Daniel Dias Cruz³

Resumo

Introdução: A humanização do parto vem se legitimando enquanto prática científica e de direitos femininos. **Objetivo:** Descrever a trajetória da evolução do parto no Brasil, com ênfase na humanização deste momento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, em que foram pesquisados 20 artigos da base de dados Scielo, desenvolvidos entre os anos de 2007-2012. **Resultados:** As práticas de cuidado humanizado aditam valores que perpassam pela subjetividade, afetividade, prazer e liberdade, possibilitando um retorno ao que é natural. Entretanto, foi evidenciado que existem situações que comprometem a total implementação do processo de humanização. **Conclusão:** Há muito debate na literatura nacional sobre a humanização do trabalho de parto, o que se configura como uma atitude importante para a constante atualização deste processo e a divulgação de resultados satisfatórios, melhorando a qualidade da assistência à parturiente e seus familiares durante este momento.

Palavras-Chave: Parto Humanizado; Saúde da Mulher; Cuidado.

PATH OF HUMANIZATION CHILDBIRTH IN BRAZIL FROM A LITERATURE REVIEW INTEGRATIVE

Abstract

Introduction: The humanization of childbirth has been legitimized as a scientific practice and women's rights. **Objective:** To describe the trajectory of the evolution of labor in Brazil, emphasizing the humanization of this moment. **Methodology:** This is an integrative literature review, in which 20 were researched database of articles Scielo, developed between the years 2007-2012. **Results:** The humanized care practices an addendum values that underlie the subjectivity, affection, pleasure and freedom, allowing a return to what is natural. However, it was evident that there are situations that compromise the full implementation of the process of humanization. **Conclusion:** There is much debate in the national literature on humanization of labor, which is configured as an important attitude to the constant updating of this process and the dissemination of good results, improving the quality of care for women during childbirth and their families during this time .

Keywords: Humanized Childbirth; Women's Health; Care.

¹ Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Especialista em Saúde da Mulher pela Residência de Enfermagem do Hospital Dom Malan (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira- 2012/2013). Pós Graduada em Saúde Pública pela Faculdade Montenegro em Petrolina/PE. E-mail: rafaayanne@hotmail.com;

² Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2001) e MESTRADO em Enfermagem, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher pela Universidade Federal da Bahia (2007). Atualmente é professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). E-mail: monquinamelo@gmail.com;

³ Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Vale do São Francisco, UNIVASF.

Introdução

O partejar fazia parte do universo feminino, e por isso, deveria ser compartilhado somente entre mulheres, devendo ser exercido pelas curandeiras, parteiras ou comadres, por razões que envolviam a intimidade de expor a genitália e porque a presença masculina no parto, não significava um bom presságio. Soma-se a isso, o fato de que o parto não tinha valor para as atividades médicas, sendo desvalorizado e deixado aos cuidados femininos.

O médico só era chamado em casos de intercorrências obstétricas, na qual a parteira não conseguia dar prosseguimento de todo o processo parturitivo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008), (LEISTER, 2011).

No Brasil, o surgimento dos primeiros leitos obstétricos ocorreu em 1884, localizado na Santa Casa, no Rio de Janeiro. Após dez anos, em São Paulo, fundou-se a maternidade São Paulo, para prestar assistência às mulheres de baixo poder aquisitivo, como pobres e indigentes que não tinham onde dar à luz. A figura da parteira estava presente nestes ambientes e o médico só era requisitado se houvesse alguma complicação. Neste mesmo período ocorre uma mudança de paradigma nacional em que há uma valorização pela saúde da criança, pois isso se traduzia em um maior número populacional e conseqüentemente em riqueza e poder para um país. Aliado a esse evento histórico, surge a descoberta do controle dos patógenos pelos antibióticos e gradativamente o parto foi se tornando seguro no ambiente hospitalar (LEISTER, 2011).

A incorporação na área médica de novas descobertas nos campos da assepsia, cirurgia e anestesia diminuiriam, de forma bastante representativa, os riscos hospitalares e ampliaram as possibilidades de intervenção, resultando no aumento progressivo das cesarianas (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

Nesse contexto, foi só a partir do século XX, da década de 40, que ocorreu a hospitalização do parto, dando lugar, portanto, a medicalização e o controle do período gravídico puerperal (MOURA et al., 2007). Isto posto, o parto, antes vivenciado em um ambiente privado e familiar, perde espaço e ocupa uma esfera pública e institucionalizada, com vários atores conduzindo o processo parturitivo, tornando a mulher submissa aos procedimentos adotados, em nome do que é científico.

Nesse momento, o parto passa a ser um “fenômeno médico”, orientado por um modelo médico-intervencionista, cujo apogeu é observado na década de 1970 com aumento considerável do número de cesáreas e a oportunidade de associar o parto a laqueadura (KNUPP; MELO; OLIVEIRA, 2008).

O parto normal deixou de se configurar como a melhor maneira de parir e a cesariana ascende diante dessa situação, como parto rápido, indolor e seguro. Atualmente, muitas mulheres que desejam o parto cesáreo relacionam sua escolha às alterações sexuais decorrentes de um trabalho de parto normal ou a dor associada a este tipo de parto. Mas, sabe-se que em relação ao parto normal, a recuperação é muito mais breve, do que na cesárea, além disso, a mulher não é submetida aos possíveis efeitos indesejáveis de uma anestesia e nem às complicações infecciosas em ferida operatória (HOTIMSKY et al., 2002).

Diante da medicalização do parto, o Ministério da Saúde vem incentivando a implementação de políticas incentivadoras do parto normal humanizado, como a Estratégia Rede Cegonha, a Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PNHPN), dentre outras para que o parto normal seja uma escolha

informada e segura para a mulher. A partir desse entendimento, levanta-se como objeto de estudo a evolução do parto no Brasil, buscando-se responder a seguinte questão de pesquisa: Como se deu a evolução do processo de parto no contexto brasileiro a partir das literaturas existentes? Para tanto, apresenta como objetivo: Descrever a trajetória da evolução do parto no Brasil, com ênfase na humanização deste momento.

O estudo se apresenta como de grande relevância, pois se propõe a descrever a trajetória evolutiva do processo de parto no Brasil, com a finalidade de criar subsídios para o entendimento das atuais práticas de cuidado às gestantes e às parturientes nos dias atuais, enfatizando a proposta da humanização. Os resultados encontrados podem servir como subvenção para a análise das práticas de humanização que devem ser desenvolvidas nas instituições e que são preconizados pelo Ministério da Saúde.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo de enfoque qualitativo, descritivo, do tipo revisão integrativa da literatura. Esse tipo de investigação disponibiliza uma revisão mais ampliada, podendo incluir literatura teórica e empírica, com abordagens metodológicas tanto quantitativas, como qualitativas. São estudos analisados de forma sistemática com relação ao problema de pesquisa, objetivos e materiais e métodos. Nesse sentido, segue um protocolo pré-estabelecido que orienta todo o processo de revisão (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A pesquisa foi realizada através de consulta de artigos científicos publicados no período de 2007 a 2012, veiculados nacionalmente na base de dados do SciELO-Brasil. Para a inclusão dos artigos considerou-se que fossem artigos indexados ao banco de dados citado, em concordância com os descritores previamente escolhidos de acordo com o objeto de estudo: Humanização e Parto. Após uma análise dos títulos e conteúdos dos respectivos resumos foram selecionados 21 artigos. O estudo foi realizado no segundo semestre do ano de 2012.

Para tratamento do material, utilizou-se a análise temática de conteúdo. Foram obedecidas às etapas de pré-análise e organização sistemática da literatura encontrada, de acordo com a técnica utilizada. Logo após, procedeu-se a uma leitura flutuante para estabelecer um contato com os elementos a serem analisados. Em seguida, foi realizada a escolha do material para análise, determinando-se *a priori* o que era susceptível de fornecer informações sobre o problema levantado (BARDIN, 2009).

Obteve-se 04 categorias temáticas de análise, sendo elas: o despertar para a humanização do parto; principais iniciativas voltadas para a humanização do parto e nascimento; praticando a humanização; os percalços do processo de humanização do parto.

Resultados

O quantitativo de publicações ocorreu de acordo com alguns elementos fundamentais, são eles: os descritores, a base de dados consultada e a cronologia dos artigos. A partir daí, uma tabela correlacionou os periódicos e o ano dos trabalhos. A tabela 1 mostra que foram selecionados para o estudo um total de 20 artigos, os quais foram distribuídos nos seguintes periódicos: Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Acta Paulista, Texto e Contexto Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Sociedade e Estado, Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista Brasileira de Educação Médica, Revista da Escola de Enfermagem Ana Nery, Ciência e Saúde Coletiva, Psicologia: Reflexão e Crítica, Revista Gaúcha de Enfermagem.

Tabela 1: Quantidade de artigos selecionados para o estudo “Retrato da humanização do parto no Brasil: uma revisão integrativa de literatura”, 2012.

PALAVRAS-CHAVE	BASES DE DADOS	REFERÊNCIAS IDENTIFICADAS	REFERÊNCIAS UTILIZADAS
Parto and Humanização	SCIELO	47	20

Fonte: Revisão Integrativa de Literatura, Base de Dados SCIELO, 2012.

De um total de 47 artigos encontrados através das palavras chave propostas, foram selecionados apenas 20 que se encontravam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, a saber: indexados ao SciELO–Brasil, temática apropriada em concordância com os descritores estabelecidos e ano de publicação entre 2007 e 2012, como segue nas tabelas 1 e 2.

Tabela 2: Distribuição dos artigos de acordo com os periódicos indexados na base SciELO-Brasil, no período de 2007 a 2012.

PERIÓDICO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Acta Paulista	01	04	-----	-----	-----	-----	05
Cad. de Saúde Pública	-----	01	-----	-----	01	-----	02
Cien. e Saúde Coletiva	-----	-----	-----	-----	-----	01	01
Interface	-----	01	01	-----	-----	-----	02
Psic. Reflexão e Crítica.	-----	-----	-----	01	-----	-----	01
Rev. Bras. Educ. Médica	-----	-----	-----	-----	-----	01	01
Rev. Ana Nery Enf.	-----	01	-----	-----	-----	-----	01
Rev. Bras. Enf.	01	-----	-----	-----	-----	-----	01
Rev. Bras. Saúde Mat. Inf.	-----	01	-----	-----	-----	-----	01
Rev. Gaúcha de Enferm.	-----	-----	-----	-----	01	-----	01
Rev. Saúde Pública	-----	01	-----	-----	-----	-----	01
Soc. e Estado	01	-----	-----	-----	-----	-----	01

Texto Contexto Enf.	-----	-----	-----	-----	-----	02	02
TOTAL	03	08	02	01	02	04	20

Fonte: Revisão Integrativa de Literatura, Base de Dados SCIELO, 2012.

De posse do material levantado os resultados foram agrupados em 04 categorias temáticas, com 02 subcategorias apresentadas a seguir.

Discussão

O Despertar para a Humanização do Parto

A assistência ao parto ao longo da história obstétrica no Brasil sempre foi tratada como sendo uma premissa feminina, e, portanto, o cuidado a outrem deveria ser realizado por outras mulheres, pois a presença masculina era tida como incômoda. Dessa forma, apenas as parteiras realizavam essa prática. Elas não dominavam o conhecimento científico, mas eram conhecidas pelas suas experiências. Com a hospitalização do parto, a partir do século XX, da década de 40, o mesmo passou a ser medicalizado e o controle do período gravídico puerperal passa a ocupar a esfera pública institucional e o parto deixa de ser um processo natural, privativo e familiar (MOURA et al., 2007).

É nesse contexto de desapropriação da mulher, do seu protagonismo no momento do parto, que surge a necessidade de humanizar este momento. Desde então, a temática da humanização do parto e nascimento, nas últimas décadas, tem ocupado espaços sociais e políticos em fóruns científicos de discussão, a partir, principalmente, da mobilização social provocada pelo movimento feminista em prol dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o que tem corroborado, desde meados dos anos 2000, para o surgimento de políticas e programas voltados para humanização do parto e do nascimento (PEREIRA et al., 2007).

Nos anos 80, inicia-se uma discussão sobre os modelos de assistência ao parto. Estas discussões comparavam a assistência baseado no modelo da parteira ou holístico, o modelo médico, ou tecnocrático, e o modelo humanista, com enfoque nos conflitos filosóficos, corporativos e financeiros envolvidos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

É nesse contexto que surgem profissionais inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba Araújo, no Ceará. Já em 1993 foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que denunciava as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dava a assistência a mulheres e crianças durante o processo parturitivo (MOURA et al., 2007).

Estas iniciativas se enquadram no modelo de humanização do parto. O termo humanização vem sendo utilizado há cerca de quarenta anos, com sentidos diversos, e envolve, desde a atenção comprometida, até a introdução do discurso dos direitos dos cidadãos à assistência holística.

Estudo realizado no Rio de Janeiro evidenciou que os principais significados atrelados ao termo humanização se referem, principalmente, a relação interpessoal eficaz entre profissionais de saúde e usuários, respeito aos direitos dos pacientes, naturalização do parto e nascimento e participação da família durante o processo de parturição (PARADA; TONETTE, 2008).

Desde os anos 1980 vem se estabelecendo mudanças nas rotinas obstétricas que apontem melhores resultados perinatais, como um retorno ao protagonismo feminino no contexto e situação do parto, plasmado em um paradigma humanista de respeito aos direitos das usuárias e com o emprego da medicina baseada em evidências. Nesse ensejo, a família ocupa um papel central de substituição do paradigma hegemônico que emprega a alta tecnologia e o abuso de intervenções clínicas, muitas vezes, desnecessárias (MOURA et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

Corroborando para o entendimento prático da humanização, alguns autores entendem a humanização como uma perspectiva da livre manifestação promovida por relações mais horizontais entre profissionais e usuárias, o que permite a organização de práticas sociais mais igualitárias e de respeito aos direitos da mulher enquanto cidadã (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Em nosso país, estratégias comprometidas com a humanização do parto vêm sendo formuladas e implementadas nos serviços de saúde como forma de lei. É o caso da Lei Federal nº. 11.108, promulgada em 2005, que permite à mulher ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Iniciativas deste caráter tem o intuito de devolver o protagonismo do momento do parto à mulher e tornar esta situação o mais natural possível (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Assim, a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente permitem um parto vivenciado a partir do resgate do contato humano, possibilitando o ouvir, o acolher, o explicar, o criar vínculos como fatores tão importantes quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos e a redução de medidas intervencionistas. Nessa ocasião, o parto passa a ser vivenciado de forma mais plena, positiva e enriquecedora, como um momento ímpar e de benefícios tanto fisiológicos, como psicológicos para o binômio (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

As discussões sobre a humanização do parto enfocam, por exemplo, situações como a violência institucional. O objetivo é sensibilizar os profissionais de saúde das maternidades sobre a importância do respeito à parturiente e seu protagonismo e o direito à informação para a livre escolha durante o momento do parto, além de uma assistência livre de julgamentos (MOURA et al., 2007).

Infere-se que a humanização do parto sofre influências diretas da estruturação dos hospitais e do comprometimento de gestores e profissionais de saúde. Entretanto, a implantação de fato da humanização do parto estará sempre mais dependente da relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma vez que é a comunicação e o bom relacionamento interpessoal ferramentas estratégicas para a qualidade da assistência prestada (TEIXEIRA, 2009).

Principais Iniciativas voltadas para a Humanização do Parto e Nascimento

No século XX, a partir da década de 80, diante da evidente medicalização do parto, foram iniciadas estratégias comprometidas com a humanização da assistência à saúde da mulher, no sentido de acolhê-la de maneira holística, podendo dizer que as mais atuais e impactantes são a Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) e a Estratégia Rede Cegonha.

Panorama geral da Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN)

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM, tinha como limitação à qualidade da assistência prestada e discreto impacto na mortalidade materna. O PHPN veio para enfatizar os direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção. As principais ações da estratégia para redução da mortalidade materna estão definidas no Pacto pela Vida (2006), e tem como visão garantir o direito das gestantes ao acesso com qualidade e dignidade na atenção à gestação, parto e puerpério (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

A essência da PHPN pressupõe que a humanização da assistência pré-natal e durante o parto necessita de um conjunto de procedimentos básicos, para prevenir intercorrências durante a gestação e garantir a mulher a liberdade de atuar como protagonista diante da experiência da maternidade, de forma segura e isenta de violência de qualquer teor (PARADA; TONETE, 2008).

O PHPN aborda que a principal estratégia para humanizar é acolher bem as gestantes, desde o pré-natal até o momento do parto e puerpério, fundamentado nas bases da humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição prioritária para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Além disso, a humanização denota que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e os recém-nascidos (BRASIL, 2002).

Para que seja possível atingir seus objetivos, o programa preconiza uma mudança na atitude ética por parte dos profissionais de saúde e da organização institucional, a fim de criar um ambiente solidário e acolhedor, ao adotar posturas que rompam com o tradicional parto hospitalar, imposto através do isolamento feminino. Propõe ainda, uma conduta com técnicas que sabidamente são benéficas para o processo do parto e para o nascimento, evitando práticas profissionais e intervenções desnecessárias (BRASIL, 2002).

Corroborando com o que aponta o Ministério da Saúde, outros autores trazem que o PHPN tem como finalidades incentivar um atendimento obstétrico holístico e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando a

mudança na assistência. Além disso, o programa trouxe o foco da questão para a mulher e promoveu a discussão sobre mudanças nas condutas implementadas no ciclo gravídico- puerperal (MALHEIROS et al., 2012).

Rede Cegonha e a implementação por um novo modelo assistencial

A rede cegonha é uma iniciativa do governo federal que propõe um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança com o objetivo de reduzir a morte de mulheres na gravidez e no parto e a mortalidade neonatal. É regulamentada pela portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011 (MARINHO, 2011).

O programa foi articulado com foco em cinco diretrizes principais, no intuito de garantir que o acolhimento seja realizado com base na avaliação obstétrica e classificação de risco, levando-se em consideração a vulnerabilidade através de estratégias que ampliem o acesso e garantam a melhoria da qualidade dos atendimentos à saúde da mulher, como o pré-natal; a segurança de traslado das gestantes referenciadas da unidade de saúde da família de sua área e a formação de vínculos da USF com as usuárias; a implementação de práticas humanizadas que transmitam segurança durante o processo parturitivo; a garantia da assistência à saúde das crianças de zero a dois anos de idade com medidas resolutivas e viáveis; e a garantia de acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2010).

Baseado nestas diretrizes, a estratégia Rede Cegonha se propõe a implementar um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco na atenção ao parto e nascimento e ainda no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, tem como objetivos a redução da mortalidade materna e neonatal. Para o alcance destes intuitos, o programa é organizado em quatro componentes: Atenção ao pré-natal; Parto e nascimento; Cuidados no período puerperal e atendimento integral à saúde da criança; Logística da sistematização, regulação adequada e garantia de transporte sanitário (SILVA et al., 2011).

Para determinar a prioridade de seu campo de atuação, a Rede Cegonha parte do diagnóstico de área que indicam permanência das altas taxas de mortalidades materna e infantil, prevalecendo a instituição que adota o modelo medicalizante do nascimento e que emprega o uso de tecnologias indiscriminadas, não evidenciadas cientificamente, como as cirurgias cesarianas de rotina e outras intervenções realizadas sem necessidades (CAVALCANTI, 2010).

O programa prevê ações que melhoram o acesso e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança, com atitudes que promovem assistência digna com preservação da autonomia feminina, além do emprego de atitudes importantes como a garantia ao acompanhante, indicado pela mulher, na sala de parto; a prática de boas intervenções institucionais durante o parto e a atenção ao nascimento e a ligação da gestante à unidade de referência e o incentivo ao aleitamento materno. Estas estratégias garantem que a mulher estará assistida durante todo o processo de gestação, parto e puerpério, promovendo um acompanhamento mais seguro e eficaz durante estas fases.

Praticando a Humanização

Para a efetivação do processo de humanização é essencial que as instituições de saúde utilizem-se de práticas eficazes para o cuidado do binômio mãe-filho durante todo o trabalho de parto. Nesse contexto, atitudes intervencionistas, sabidamente desnecessárias, devem ser extintas, uma vez que não contribuem para a qualidade da assistência prestada (PARADA; TONETE, 2008).

Humanizar o nascimento envolve diversos aspectos como o respeito às modificações fisiológicas durante o trabalho de parto e parto, a preocupação com o contexto biopsicossocial em que a gestante está inserida e a otimização do contato precoce mãe-filho de maneira eficaz/eficiente. Além disso, o profissional deve garantir a presença de um acompanhante de escolha da parturiente e mantê-la informada sobre todos os procedimentos que estão sendo realizados, respeitando-a enquanto mulher e cidadã (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

As práticas de cuidado humanizado trazem inovações nas práticas da assistência ao trabalho de parto. A mulher é valorizada na sua subjetividade e tem a oportunidade de desfrutar de momentos de prazer e liberdade durante todo o processo de parturição. Práticas como as massagens relaxantes, o uso de óleos aromáticos, cromoterapia, musicoterapia, entre outras são fortemente incentivadas durante todo o processo (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2012).

Para que o trabalho de parto aconteça de forma a se tornar uma experiência positiva para a mulher, esta deve ter seu estado físico e emocional em constante equilíbrio. Para tanto, atitudes de respeito e compreensão são essenciais para atingir tais objetivos, além da participação familiar.

É neste cenário que a presença do acompanhante se torna fundamental. A assistência dada pelo acompanhante, de escolha da mulher, propicia suporte emocional, aliviando a tensão e o medo. Foi a lei nº 11.108, sancionada em abril de 2005 que garantiu o direito ao acompanhante durante o processo parturitivo (MOURA et al., 2007). Logo, estes profissionais devem aprender a executar suas atividades de assistência junto ao acompanhante, transformando-o em um importante aliado para o sucesso do parto. Dessa forma, informar, acalmar e compreender os sentimentos desta pessoa é peça fundamental para a influência positiva durante este importante momento.

Ainda no tocante às práticas assistenciais comprometidas com a humanização, o uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor são amplamente estimuladas pela Organização Mundial de Saúde, uma vez que evidências científicas comprovam inúmeros benefícios com o uso dessas técnicas. Por exemplo, estudos evidenciam que o não uso da analgesia farmacológica permite à mulher maior controle sobre o trabalho de parto. Práticas como o banho de aspersão, exercícios respiratórios, dieta livre ou líquida, incentivo à deambulação, extinção da amniotomia e episiotomia de rotina são práticas que devem ser cada vez mais incentivadas nos serviços de saúde (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

É salutar compreender, por conseguinte, que o processo de humanização envolve essencialmente oferecer à mulher o protagonismo sobre esse momento ímpar na sua vida. Os profissionais de saúde devem estar

comprometidos com o acolhimento adequado à mulher e ao acompanhante de sua escolha e atrelado a isso, oferecer capacitação técnica para que a assistência dada ao binômio mãe-filho seja segura.

Entretanto, a realidade, é que mesmo em instituições no qual é preconizado o modelo de humanização do parto e nascimento, ainda existem entraves. O que se percebe ainda é que em muitas realidades a mulher, que deveria ser a protagonista do seu parto, se torna refém de um sistema que preconiza o que lhe satisfaz.

Estudos indicam que a formação dos profissionais é peça chave para a disseminação da humanização nos serviços, no entanto, muitos profissionais ainda estão distantes dos preceitos da humanização. Nesse contexto, o que se apreende é que a formação destes profissionais é voltada mais precisamente para a utilização de práticas intervencionistas. Pesquisas apontam que os médicos obstetras enquadram-se neste perfil intervencionista, já a formação dos enfermeiros obstetras é caracterizada por um perfil mais humanizado e comprometido com o bem-estar ao binômio mãe-filho.

Ademais, percebe-se que há uma evidente diferença entre o cuidado durante o parto dado pelo enfermeiro obstetra e pelo médico. Este último, possui uma formação mais voltada para os processos clínicos e fisiológicos envolvidos no trabalho de parto, muitas vezes, desconsiderando a pessoa que está necessitando deste cuidado, a mulher. Já o enfermeiro se propõe a oferecer assistência, tanto no que se refere à fisiologia do processo, quanto à preocupação com os aspectos individuais de cada parturiente. É devido a estas características distintas que se percebe uma desvalorização do profissional médico quanto ao uso de técnicas alternativas, como as medidas não farmacológicas por exemplo.

Os Percalços do Processo de Humanização do Parto

Estudos mostram que o modelo assistencial que predomina em nosso país é bem diferente do existente em outros locais. Ainda hoje, ao ser admitida em trabalho de parto, na maioria das vezes, a mulher é afastada dos seus parentes e submetida a procedimento médicos que, muitas vezes, desconhece e não é orientada quanto ao que está acontecendo, apesar de todo o incentivo das políticas de humanização pelo governo (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Para este contexto, contribui ainda situações relacionadas à qualidade do trabalho realizado com baixas remunerações e sobrecarga, além de infraestrutura inapropriada e divergente dos preceitos da humanização associadas ao despreparo e desmotivação advindos dos profissionais de saúde. Estudo realizado em um hospital universitário no estado de São Paulo, que buscava adequação ao PHPN, percebeu-se enorme resistência dos profissionais de saúde, principalmente, por desconhecerem outra forma de atendimento (LEISTER, 2011).

Durante o desenvolvimento do trabalho de parto, tanto o profissional, quanto a mulher, experimentam sentimentos e sensações que podem colocar em dúvida a efetividade das práticas de humanização. É essencial, para que não exista esse tipo de incerteza, que tanto o profissional, quanto a parturiente passem por um momento de sensibilização para compreender a fisiologia do trabalho de parto e todos os caminhos até o nascimento

propriamente dito, de forma a aliviar medos e tensões e estabelecer uma troca favorável entre ambas as partes (PARADA; TONETE, 2008).

Pontos apontados como dificultadores do processo de humanização são a infraestrutura dos hospitais que prestam assistência à parturiente em nosso país e a escassez de recursos financeiros (MOURA et al., 2007). Sabe-se que o profissional de saúde tem grande domínio para definir as práticas assistenciais em cada parto e pode ainda decidir sobre o tipo de parto. Portanto, é primordial sensibilizar estes profissionais sobre a importância de humanizar a assistência durante o trabalho de parto e parto. Além disso, é válido incentivar durante o pré-natal a própria sensibilização das gestantes, como forma de garantir que estas se apropriem de informações essenciais para a garantia da autonomia durante o momento do parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

O profissional deve ser um mediador do trabalho de parto e como tal, deve mostrar conhecimento e respeito à fisiologia do parto, deve comprometer-se com a não intervenção desnecessária e respeitar os desejos da mulher (MALHEIROS et al., 2012).

O que se percebe é que a humanização vem ganhando espaço na assistência ao parto, uma vez que as evidências científicas mostram sua efetividade. Entretanto, o processo de humanização deve ser considerado de forma mais sólida na formação dos profissionais de saúde, pois apesar dos avanços, muito se espera ainda da sensibilização dos profissionais atuantes no parto para a real concretização do processo de humanização do parto e nascimento pelo país (REBELLO; RODRIGUES NETO, 2012).

Conclusão

Pôde-se perceber que há muito debate na literatura nacional sobre a humanização do trabalho de parto, o que se configura como uma atitude importante para a constante atualização deste processo e a divulgação de resultados satisfatórios, melhorando a qualidade da assistência à parturiente e seus familiares durante este momento.

A análise das literaturas pesquisadas proporcionou inferir que a humanização do parto é um processo em ascensão e que deve ser considerada prioridade em todas as instituições de saúde que oferecem assistência ao binômio mãe-filho. As literaturas consultadas proporcionaram compreender que a preocupação com a humanização do parto surgiu desde a década de 80 quando se percebeu uma constante desapropriação do protagonismo da mulher durante este processo, devido ao aumento da medicalização e intervenções desnecessárias durante o parto.

Como a atenção voltada para o parto era de exclusividade das parteiras, a presença masculina não era permitida. Entretanto, com a hospitalização do parto na década de 40, medidas intervencionistas de rotina foram incentivadas, como a medicalização, a cesariana de rotina e a realização da episiotomia de forma constante. Foi a partir dessa perspectiva que a mulher deixou de ser a protagonista do seu próprio parto para ficar aquém do que preconizavam os profissionais e as normas das instituições que a assistiam.

Desde então, a temática da humanização do parto e nascimento tem sido inferida em muitas discussões e eventos científicos, já com diversas iniciativas a este processo de mudança de paradigma, estabelecendo, desde o ano 2000, políticas e programas como a criação do PHPN e do programa Rede Cegonha.

As instituições de assistência ao parto devem, então, promover espaços de exercício da autonomia feminina, garantindo seus direitos no que tange um acompanhante de escolha da parturiente, informações esclarecedoras de todas as intervenções realizadas, permitindo um resgate do que é natural, agregando práticas alternativas de cuidado como massagens relaxantes, aplicação de óleos aromáticos, cromoterapia, musicoterapia, entre outras, ao respeito da fisiologia e da cidadania feminina.

No entanto, foi evidenciado na literatura consultada que existem diversas situações capazes de dificultar o processo de humanização do parto. Para tanto, é essencial o respeito aos direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e sobre a situação que está vivenciando.

O momento do parto é único na vida da mulher e seus familiares, por isso, a humanização deve ser um fator intrinsecamente presente. Assistir ao binômio mãe-filho de forma humanizada é garantir um direito humano, de repúdio a discriminação e a violência institucional contra as mulheres.

Referências

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 dez. 2012.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto: humanização no pré natal e parto*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 23 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Controle social*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_da_mulher_um_dialogo_aberto_part.pdf>. Acesso em: 27 out. 2012.

CAVALCANTI, P. C. S. *O modelo lógico da rede cegonha*. Recife, 2010. 27 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeum Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2012.

LEISTER, N. *Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram a luz nas décadas de 1940 a 1980*. 2011. 174 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-17082011-103650/pt-br.php>>. Acesso em: 13 set. 2012.

KNUPP, V. M. A. O.; MELO, E. C. P.; OLIVEIRA, R. B. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 01, p. 39-44, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a06.pdf>. Acesso em: 12 set. 2012.

MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S. M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 420-426, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_06.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200010&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 dez. 2012.

MARINHO, L. Rede cegonha ignora políticas anteriores e causa estranheza. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, 2011. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/jornal/013.pdf#page=28>>. Acesso em: 13 out. 2012.

MOURA, M. L. J. S. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2012.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832008000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PEREIRA, A. L. F. et al. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. *Acta Paulista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 205-215, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a15v20n2.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>. Acesso em: 12 mai 2011.

REBELLO, M. T. N. T.; RODRIGUES NETO, J. F. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Minas Gerais, v. 36, n. 188, p. 188-197, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2012.

SILVA, L. C. F. P. et al. *Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente*. Revista Âmbito Jurídico, São Paulo, n. 104, ano XV, p. 12-18, 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10495>. Acesso em: 13 out. 2012.

SOUZA, T. G.; GAIVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 03, p. 479-486, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 dez. 2012.

TEIXEIRA, K. C. *Humanização do parto*. IX Congresso Nacional de Educação. III Congresso Sul Brasileiro de Psicopedagogia, Paraná, 2009. Disponível em: <<http://www.isad.br/eventos/educere/educere2009/anaispdf>>. Acesso em: 23 set. 2012.

Recebido: 30/01/2015

Aceito: 22/02/2015