

PARTO HUMANIZADO - DESENVOLVIMENTO E APLICAÇÃO DO PARTO HUMANIZADO DENTRO DA REDE HOSPITALAR

Luisa Fernanda Moura da Silva¹
Luana Guimaraes da Silva²

RESUMO: O parto humanizado é uma abordagem que prioriza o respeito, a autonomia e o bem-estar da gestante e do recém-nascido. Surge como uma resposta ao modelo tradicional, frequentemente medicalizado, que desconsidera as necessidades emocionais e sociais das mulheres. Nas últimas décadas, essa prática ganhou força por meio de movimentos sociais que valorizam os direitos femininos, promovendo um ambiente acolhedor e a participação ativa da mulher no processo de parto. A implementação do parto humanizado na rede hospitalar exige mudanças estruturais e culturais, incluindo a capacitação das equipes de saúde, a criação de ambientes confortáveis e a adoção de protocolos que individualizem o cuidado. O suporte à presença de acompanhantes é fundamental para garantir segurança e conforto à gestante. A adoção do parto humanizado pode resultar em melhores desfechos para mães e bebês, proporcionando experiências de nascimento mais positivas e saudáveis, além de representar um avanço na qualidade do atendimento obstétrico, alinhando-se às necessidades e expectativas das mulheres contemporâneas.

Palavras-chave: Parto humanizado. Autonomia da mulher. Rede hospitalar e direitos da gestante.

ABSTRACT: Humanized childbirth is an approach that prioritizes respect, autonomy, and the well-being of the pregnant woman and the newborn. It emerged as a response to the traditional model, which is often overly medicalized and overlooks the emotional and social needs of women. In recent decades, this practice has gained momentum through social movements that emphasize women's rights, fostering a welcoming environment and encouraging active participation from the woman in the childbirth process. The implementation of humanized childbirth within the hospital network requires structural and cultural changes, including training for healthcare teams, the creation of comfortable environments, and the adoption of protocols that individualize care. Support for the presence of companions is essential to ensure safety and comfort for the pregnant woman. Adopting humanized childbirth can lead to better outcomes for mothers and babies, providing more positive and healthy birth experiences. It also represents a significant advancement in the quality of obstetric care, aligning with the needs and expectations of contemporary women.

Keywords: Humanized birth. Women's autonomy. Hospital network and pregnant women's rights.

¹ Discente no curso de enfermagem, Faculdade Mauá – Goiás.

² Docente no curso de enfermagem, Faculdade Mauá – Goiás. Mestrado acadêmico em Gestão, Educação e Tecnologia, pela Universidade Estadual de Goiás, Especialização em terapia intensiva adulto e neonatal pela Faculdade JK. Graduação em Enfermagem. Membro do grupo de investigações sobre o comportamento digital (GICDIG). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3029834683554415>. Orcid: 0000-0001-6009-1037.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho terá como tema parto humanizado, sob a perspectiva das dificuldades da implementação do parto humanizado na rede hospitalar e tem como objetivos descrever o desenvolvimento e aplicação do parto humanizado dentro da rede hospitalar; as importâncias do parto humanizado; a implementação do parto humanizado no SUS e o papel da enfermagem e sua importância no parto humanizado. Justifica-se os Benefícios do parto humanizado para a gestante, e de como o parto humanizado será vantajoso para a rede hospitalar e para a gestante que terá seu caráter de escolha e direitos no momento do parto e tem como metodologia qualitativa de caráter informativo, utilizando como referências, livros, revistas, artigos, em websites como scielo, educere e ministério da saúde, de 1994 a 2021. A humanização é valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004). O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Mudanças na estrutura física hospitalar também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência (SANTOS, 2012).

2564

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Avaliar as importâncias do parto humanizado

Em nome da redução da mortalidade infantil e materna, o risco é institucionalizado no século XX e, com isso, baseado na premissa de que a Medicina pode dominar e/ou neutralizar seu. Com a crescente inclusão dos cirurgiões no parto, a criação dos fórceps, por Chamberlain, e a instituição da posição de decúbito dorsal, por Mauriceau, o uso de tecnologias e a instrumentalização do parto são criados para facilitar o trabalho médico (BESSA, 1999). Devido a isso, a assistência ao parto e ao nascimento, o Ministério da Saúde, destaca que o atual modelo se tornou muito dependente da tecnologia médica e tem diminuído a confiança na capacidade

inata da mulher para dar à luz sem intervenção. Os procedimentos, exames e drogas, muitos deles utilizados com pouco embasamento em evidência científica, podem envolver riscos desnecessários para as mulheres e seus filhos (BOARETTO, 2003). Em 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas e incentivos, voltados às questões da humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, revalorizar o parto normal, reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias, modelo que vem crescendo ao longo das últimas décadas, e fortalecer a relação da mãe com seu bebê (BRASIL, 1998). 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 do recém Nascido (SANTOS, 2012).

2.1.1 Discutir a implementação do parto humanizado no sus

O parto humanizado é, cada vez mais, incentivado na atualidade por suas características benéficas, como participação plena da mulher sobre as decisões do seu corpo e valorização das emoções, as quais aprimoram a conexão materno-fetal. Contudo, existem empecilhos que impossibilitam um aumento de partos humanizados em detrimento de partos cesáreos, sobretudo no SUS (CARNEIRO, 2020). As gestantes que se utilizam do SUS apresentam baixas expectativas com relação ao atendimento médico de qualidade durante o parto, o que permite a continuidade das práticas intervencionistas, seja por via medicamentosa para indução do parto, seja por técnicas, por exemplo: episiotomia e amniotomia. Isso afeta diretamente no princípio de integralidade proposto pelo SUS, pois a parturiente perde sua autonomia nesse processo e o médico visualiza o parto em uma perspectiva de processo saúde-doença, de forma impessoal (CAVALCANTI, 2013). Sendo assim, essa aceitação passiva da violência obstétrica propicia a perpetuação de um tratamento desigual e sobreposto à vontade da mulher, o qual gera sentimentos de repreensão, não prioriza o bem-estar materno e impõe proibições, como acompanhante na sala de parto, garantidas por leis. Em conclusão, portanto, observa-se a necessidade de uma formação médica pautada na assistência de qualidade e suporte emocional durante o parto, em que os direitos e a participação ativa das gestantes sejam priorizados no sistema público. Isso permitiria a redução de partos cesáreos desnecessários e da presença da violência obstétrica no SUS. (CARNEIRO, 2020).

2.1.2 Papel da enfermagem e sua importância no parto humanizado

A humanização do parto não tem o enfoque somente técnico, mas também deve ser associado ao respeito dos direitos da paciente, o que incitou os hospitais da rede pública a adotarem medidas humanizadas, que envolvia a participação da mulher ativamente nas decisões, como escolher a posição para parir, utilizar água morna como mecanismo não farmacológico de alívio à dor, ter liberdade para movimentar-se, fazer exercícios e ser assistida por alguns profissionais de saúde treinados para oferecer as orientações que se fizerem necessárias (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). Assim, a enfermagem obstétrica tem desempenhado um papel importante nos cuidados humanísticos às mulheres, favorecendo a fisiologia parto e introduzindo tecnologias que proporcionam o cuidado e conforto à mulher, inserindo em seu atendimento habilidades e competências profissionais, como também a utilização de técnicas e conhecimentos múltiplos e complexos, que possam acompanhar o processo parturitivo, o que resulta na promoção da saúde da mulher e do bebê. Tal profissional tem um cuidado diferenciado, uma formação ético humanística, com qualidades de afeto, respeito e segurança para como corpo e o lado afetivo da mulher, com uma assistência que vai muito além de técnicas, práticas relacionais, que possibilitam diálogo entre profissionais e usuários, estabelecendo, assim, uma conduta de acolhimento. Um profissional de olhar holístico (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011). A enfermagem como profissão de saúde mais próxima dos usuários deve garantir a mudança da assistência puramente positivista e biomédica, para a humanização do processo de cuidar. O termo humanização pode agregar diferentes significados. Os principais sentidos atribuídos ao termo podem ser agrupados em sentidos relacionados aos aspectos de ordem técnica e de ordem ético-política. O parto passa a ser compreendido como um evento "natural" e fisiológico, resgatando-se a competência instintiva feminina no processo parturitivo. (PEREIRA; BENTO, 2011).

2566

3 DISCUSSÃO E RESULTADO

3.1 Dificuldades da implementação do parto humanizado na rede publicam

Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicaliza-vos implica perda de poder. Abandonar rotinas que adéquam o trabalho de parto (TP) ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o

controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto da assistência (DIAS, 2005). Para alguns autores, a formação médica, centrada no modelo biologista cada vez mais seduzido pela tecnologia, seria incapaz de proporcionar ao profissional médico os atributos necessários para a assistência ao parto desta forma. A visão do TP e do parto como eventos de risco e a necessidade de conformá-los ao processo de produção do hospital implicam quase sempre a tentativa de regulação e controle do parto pelos médicos, levando a inevitáveis interferências (DAVISFLOYD, 1994; WAGNER, 1994). Em vários países da Europa, por exemplo, o trabalho do médico obstetra está voltado para a assistência às gestantes de risco (Wagner, 1994). Com uma formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a maioria dos médicos obstetras encara os partos como situações de risco e de necessário acompanhamento médico (DIAS, 2001). O uso intensivo de tecnologia com consequentes intervenções faz parte da necessidade de oferecer segurança, que obstetras, em geral, não acreditam que o corpo da mulher possa oferecer. Estas constatações não excluem o médico obstetra do processo de humanização da assistência, mas apontam os desafios que estes profissionais precisam superar no sentido de modificar sua rotina de assistência aos partos de baixo risco atuando mais como cuidadores do que efetivamente como “especialistas” em patologia obstétrica. (DIAS, 2005).

3.2 Importâncias do parto humanizado para a gestante

Desde a Antiguidade, o parto era compreendido como assunto exclusivo de mulheres. Conceitualmente, o nascimento fazia parte da ordem natural do universo e o parto era uma contingência pela qual as mulheres tinham que passar. Sua atitude então revelava seu caráter, e natimortos ou bebês defeituosos indicavam uma falha moral dos pais aos olhos de Deus (SHORTER, 1997). O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e, compreende: parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas; respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e outros temores; promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento; informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto,

reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor; espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje; direito da mulher na escolha do local de nascimento e corresponsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2000). Observa-se que, no parto vaginal parece haver maior facilitação para o estabelecimento da lactação mais precoce e efetiva, uma vez que não há dor incisional ou o efeito pós-anestésico, como da cesárea. Além do mais, no parto normal, o primeiro contato mãe-filho ocorre mais precocemente, enquanto que na cesárea, dificilmente a criança vai até a mãe antes das primeiras seis horas pós-parto, propiciando a introdução de fórmula láctea ou glicose para o recém-nascido logo no berçário e, o que é pior, em mamadeira (FALEIROS, 2006).¹⁰ A mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto. Totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir (BRASIL, 2001). Deste modo a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2001). Vale ressaltar que o parto humanizado significa um tipo de assistência que, indo além de buscar o parto normal a qualquer custo, procura resgatar a posição central da mulher no processo de nascimento; uma assistência que respeita a dignidade das mulheres está na sua autonomia e seu controle sobre a situação (SAÚDE, 2002). De acordo com os dados do Anuário Estatístico de Saúde do Brasil, em 2001, a ocorrência de partos cesárea ainda ultrapassa as recomendações, ocorrendo cerca de 38% de partos cesárea e 50,75% de partos normais em todo o Brasil. Considerando as diferentes Regiões, a incidência de cesáreas varia de 25,65% na Região Nordeste para 45,95% na Região Sudeste, ocorrendo em menores proporções nas Regiões Norte e Nordeste. Estes dados demonstram a tendência mundial do avanço tecnológico e científico resultando em uma enorme fragilidade no que se refere ao cuidado no momento do parto. Esse avanço progressivo e danoso ocorre sem que haja maiores preocupações com a integralidade, valorização das crenças e modo de vida (MOREIRA, 2006). A intervenção da Secretaria de Assistência à Saúde, órgão do Ministério da Saúde, ocorreu por causa do aumento indiscriminado do número de cesarianas (PINHEIRO, 1999). No entanto, este procedimento cirúrgico sem as indicações precisas pode resultar em uma mortalidade materna maior do que a observada no parto vaginal, além de implicar no dobro da

permanência no hospital e gerar transtornos respiratórios neonatais e prematuridade iatrogênica. Assim, a substituição da cesariana indiscriminada pelo processo de humanização do parto poderia diminuir a mortalidade materna em até 12 vezes (BRASIL, 2004). II A parturiente não pode ser considerada apenas uma cliente a mais. Ele deve ser compreendido em toda a sua singularidade, cabendo ao profissional de saúde, no momento em que tenha com ela o primeiro contato, bem como com a sua família, conhecer o que eles trazem de experiência (SANTOS, 2012). No ano de 2002, mais de 38.000 recém nascidos e 2000 mulheres morreram no país por complicações no ciclo gravídico-puerperal e em decorrência de abortos. Nesse sentido, ocorrem mais de 500.000 óbitos maternos no mundo, mais de 50 milhões de mulheres sofrem doenças ou sequelas relacionadas com a gravidez, e pelo menos 1.200.000 recém-nascidos morrem por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal. Os países em desenvolvimento concentram uma grande parcela dessas mulheres desassistidas, o que constitui um grave problema de saúde pública (DINIZ, 2005). Ao fim do ano de 1990, foi criado pelo governo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) cujo principal objetivo é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Em 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas e incentivos, voltados às questões da humanização, objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica, revalorizar o parto normal, reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias, modelo que vem crescendo ao longo das últimas décadas, e fortalecer a relação da mãe com seu bebê (BRASIL,1998; BRASIL,1999)

3.3 Implementando o parto humanizado no SUS

Após analisar os benefícios do parto humanizado (redução do risco de depressão pós parto, nível de estresse e ansiedade reduzidos, laço efetivo forte, redução do nível de infecção, entre outros), fica nítido que a implementação desse método no SUS é necessária para a mudança da visão que no SUS a violência obstétrica ser algo normal, o documento publicado pela OMS em 1996 “Humanização do Parto Normal” reforça ainda mais essa ideia (BRASIL, 1996). Alguns autores defendem que a “não humanização” no parto deve ser normalizada no SUS, pois a precariedade de materiais não ajuda na hora do parto e por isso deve ser mantido o de uma forma “arcaica” todo o processo do parto, a criação dos SUS por ser “recente” e antes disso era comum partos em casa ou em casas de parto de forma obsoleta, algumas pessoas usam

como motivo de hoje o parto ser assim nos hospitais públicos principalmente em muitas cidades do interior que trazem esse costume de parto “caseiro”, não que todo parto deva ser assim, porém em alguns casos onde a autonomia é diferente, tipo de parto mais complicado, situações em geral que afetam o tempo de espera de outras mulheres e dentro dos limites hospital que o hospital tem a oferecer (LIMA, 2006). Muitas mulheres relatam que já esperam um atendimento precário na hora do parto e em todo o processo que antecede o momento único, mesmo tendo orientação médica para o parto cesáreo que também é possível ser posto em prática o parto humanizado apesar de ser uma intervenção cirúrgica, existem muitos relatos que a mulher mesmo sendo orientado ter o parto cesáreo a equipe médica e a equipe de enfermagem fazendo todo o processo de parto normal por motivos de ter um centro obstétrico lotado e a intervenção cirúrgica ser mais prolongada, falta de estrutura no hospital para a realização da intervenção cirúrgica, equipe reduzida e acabam em sofrimento por horas até que a equipe decide fazer a cirurgia (BACHILLI, 2021).¹³ O medo da dor e do sofrimento, assim como o medo dos “perigos do parto”, muitas vezes produzem um efeito paralisante ou interferem no protagonismo da mulher, ao momento do parto: “[...] tranquei (parou de fazer força), porque eu fiquei com medo”. A ideia de que cesarianas seriam partos sem dor, sem riscos e com melhores resultados, tanto para mãe quanto para o bebê, ganha assim espaço no imaginário social e dos profissionais médicos, mesmo contra as evidências científicas (DIAS et al, 2016). Assim, o medo, dor e a expectativa de um parto com violência, quando presentes, não precisam ser vistos como algo que anula a capacidade de autonomia e reflexão da mulher. Eles representam um elemento que entram em cena, de maneira episódica, e que devem ser levados em conta na reflexão ligada aos desejos e planos que essa mulher tem para o próprio parto. Conhecer e aceitar os desejos da mulher, no entanto, depende de uma série de fatores externos já impostos quando ela é internada para o atendimento pelo SUS (BACHILLI, 2021). Na experiência de cada mulher com o parto, há uma série de pessoas e tipos de relações envolvidas (família, equipe de enfermagem, médicos, etc...). Uma das expectativas que a mulher tem em relação à equipe e a instituição é a de receber o cuidado individualizado e esperado por ela principalmente as mulheres que nunca tiveram experiência ou relatos de familiares ou pessoas próximas sobre experiências na hora do parto no SUS (BACHILLI, 2021). O sentido do comentário é de que ela está passando por essa situação pela primeira vez então nesse caso ela desconhece o que está acontecendo. A mulher, neste caso, necessitava de um tipo de cuidado que envolvesse explicações do tipo “está tudo indo bem”, apesar da dor e do medo que ela sentiu, e “a dor vai continuar mais um tempo” (BACHILLI,

2021). A equipe de assistência é vista como um suporte. Acredita-se que ela possui um saber que sustenta e suporta a mulher em um momento de vulnerabilidade, descontrole e medo. Com o imaginário construído sobre o parto normal como sendo perigoso, ameaçador e doloroso (DINIZ, 2005; MUNIZ; BARBOSA, 2012). Parece óbvio que o esforço do SUS deveria ser voltado para uma visão de parto respeitoso, protagonizado pela mulher, humanizado como defendido por alguns grupos de profissionais e pesquisadores e pelos planos da RC (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; CAVALCANTI et al., 2013) 14 O parto, pensados para além da prescrição de procedimentos e ambiência desejados ou não, poderiam ser construídos desde o início e entendidos como uma materialização de decisões informadas e de desejos manifestos durante o pré-natal, dentro da realidade da assistência em questão. Uma interface de diálogo possível entre todos os atores envolvidos na cena do parto. Poderiam servir como um instrumento que, concretamente, sinalizaria a busca da mulher por um parto que ela entenda como seu (protagonizado, significativo, escolhido), ao invés de algo imposto pelas circunstâncias da hospitalização (ANDREZZO, 2016). Partos seguros e considerados singulares, assumidos como protagonizados pela mulher, poderiam também permitir a motivação e o envolvimento das equipes, de maneira a retroalimentar as práticas consideradas oportunas, tanto pelas gestantes, quanto pela RC. Decisões em comum podem e devem ser acolhidas e consideradas como um aspecto que potencializa a confiança entre todos os envolvidos, de maneira que responsabilidades compartilhadas sejam entendidas como implicadas na emancipação da mulher. (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011; HEIDENREICH et al., 2018). No serviço público, ao contrário das relações “um para uma” das equipes de parto privadas, é necessário construir no momento do parto um relacionamento sinérgico e de confiança, uma vez que nem sempre as pessoas que se encontra naquele momento se conhecem ou tiveram a oportunidade de passar algum tempo juntas. Essa relação de confiança precisa existir para garantir um sentimento de segurança e cuidado desejado no ambiente hospitalar regido pelo SUS (BACHILLI, 2021). Oficialmente a assistência ao parto por enfermeiro obstetra nos hospitais conveniados com o SUS e normalizou a remuneração desses profissionais. Como marco definidor de uma nova política de atenção ao parto, o MS propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), unidades que permitem a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, com possibilidade de funcionamento sem médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês (BRASIL,1998).

3.4 Assistência de enfermagem no parto humanizado

Ainda hoje ao ser admitida em trabalho de parto (TP) em um hospital público, de um modo geral a mulher é afastada de seus familiares e submetida uma série de procedimentos de indicação e resultados duvidosos, como forma de adequar o TP ao funcionamento do hospital e aos horários dos profissionais sua fisiologia é modificada por intervenções que tem o objetivo de acelerá-lo, independente dos desejos da mulher ou eventuais riscos para ela ou para o bebê. Estas intervenções são executadas geralmente sem que a mulher seja informada sobre o que está sendo feito e é comum que permaneça abandonada no pré parto sem nenhum tipo de suporte físico ou emocional, com dor, em jejum, seminua, em um ambiente estranho e com profissionais desconhecidos (DIAS, 2001). A atenção dada pelos profissionais às parturientes é um aspecto fundamental do atendimento humanizado e se estabelece a nível técnico, humanizador, intuitivo e relacional. Dessa forma, é possível reconhecer na atenção voltada às parturientes um diferencial na experiência da parturição, dois aspectos fundamentais da humanização: o acolhimento e o vínculo (PINHEIRO; BITTAR, 2013). As atitudes da equipe envolvida no parto também são fundamentais, e devem respeitar o tempo, limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher, durante todo o acompanhamento. Chamá-la pelo nome, explicar o que está acontecendo em cada momento, assim como também deixar a família da parturiente orientados de todos os procedimentos quando for possível. Essas são mudanças de comportamento que devem ser incorporadas pelo profissional que está assistindo esta parturiente (COREN SP, 2010). O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2001). 16 Aspecto relevante evidenciado nos artigos analisados, diz respeito a vivência do trabalho de parto e parto. A confiança nos profissionais parece ser consequência da segurança que o profissional enfermeiro transmite para a mulher. Se, por um lado, a segurança é primordial para a fisiologia do parto, por outro, a confiança é fundamental para ações e decisões profissionais compartilhadas que favorecem a implementação das tecnologias não invasivas de cuidado (REIS, 2005). É importante ressaltar que o enfermeiro tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa do Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento. Diante disto, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação destes

profissionais na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções, riscos e consequente humanização da assistência, tanto em maternidades, como em casas de parto. Cabe destacar que o enfermeiro necessita atuar com empatia e acolher a mulher em trabalho de parto de forma humanizada, promovendo ambiente acolhedor e individualizado e evitando rotinas que impeçam a expressão de sentimentos e necessidades da mulher (BRASIL, 2003). A importância da assistência humanizada durante o trabalho de parto está sendo uma temática atualmente em foco de discussões, no entanto, é evidente que ao passar dos anos houve um aumento significativo da medicalização e institucionalização do parto, além disto, é possível observar uma despersonalização da relação profissional/paciente, e isso acaba resultando em práticas distantes do que é recomendado, que não condizem com o atendimento que a mulher necessita e tem o direito de receber no momento do parto (REIS, 2016). Pode-se dizer que o enfermeiro que atua na sala de parto no momento da dequitação deve permanecer ao lado da parturiente, dando-lhe informações sobre o deslocamento e a expulsão da placenta, verificando a pressão arterial e o pulso e avaliando o volume do sangramento vaginal e o tônus da musculatura uterina, orientando sobre a realização de qualquer procedimento. Logo depois, a parturiente deve ser submetida a uma rápida higiene e encaminhada para a sala de recuperação pós-parto (SANTO, 2003).¹⁷ Em vários países da Europa, por exemplo, o trabalho do médico obstetra está voltado para a assistência às gestantes de risco (Wagner, 1994). Com uma formação voltada principalmente para as complicações da gestação e do parto, a maioria dos médicos obstetras encara os partos como situações de risco e de necessário acompanhamento médico (DIAS, 2001). No período de recuperação, são verificados sinais vitais, involução uterina e sangramento vaginal. É importante avaliar a coloração e a hidratação das mucosas, o estado das mamas, a distensão da bexiga, as condições do períneo e dos membros inferiores. Nesse período, o enfermeiro deve oferecer o máximo de conforto à puérpera; promovendo um ambiente tranquilo para uma boa recuperação. Logo após a recuperação da puérpera, o enfermeiro deve transferi-la com seu filho para o alojamento conjunto, dando-lhe informações sobre aleitamento materno. No período de puerpério, a assistência de enfermagem deve ajudar na adaptação da mulher às alterações físicas e emocionais. Na avaliação, o enfermeiro deve questionar sobre as queixas e realizar o exame físico, colhendo os dados para o planejamento da assistência de enfermagem (BRASIL, 2003). O enfermeiro deve estar alerta às queixas e outras manifestações que possam indicar algum tipo de intercorrências, informando a gestante sobre a evolução do

trabalho de parto e ensinando-lhe as condutas a serem tomadas durante o período de dilatação, tais como as técnicas respiratórias a cada contração e relaxamento nos intervalos. Esse profissional atua também na sala de parto assistindo a mulher no parto normal ou acompanhando a evolução do parto. No primeiro caso, o enfermeiro deve ser especialista em obstetrícia, assumindo as condutas indicadas para a execução do parto sem distocias. No momento do nascimento, se a criança é saudável, o enfermeiro poderá recebê-la envolvendo-a em campo aquecido e colocá-la sobre o abdome materno, encorajando a mãe a tocá-la e acariciá-la (MARQUE, 2006).

3.5 A Necessidade do parto humanizado

No Brasil ainda é pequena a produção científica relacionada à discussão de políticas de intervenção nesta área. Também não está no rol das prioridades dos gestores públicos a dimensão mais subjetiva da qualidade da atenção, como o conforto, o acolhimento e a satisfação das usuárias. Existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras (BRASIL, 2001). Para que o processo de mudança ocorra, torna-se necessário que os serviços de saúde passem a ser locais, em que as mulheres possam ser orientadas e esclarecidas sobre direitos sexuais, reprodutivos, tipos de parto, políticas de saúde e sobre ações que podem ser executadas durante o pré-natal, capacitando-as, assim, como agentes ativas nas mudanças e tomadas de decisão, a fim de minimizar o viés hierárquico do modelo assistencial e de gênero, presente na assistência prestada às mulheres no processo parturitivo. No entanto, para atingir o desejado pelas mulheres, elas também precisam se apropriar do conhecimento de seus corpos, de seus direitos e assumir o controle das ações que são impostas pelas políticas públicas, por meio da participação ativa na elaboração dessas políticas (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Essa nova visão sobre o trabalho de parto humanizado, portanto, baseia-se na tecnologia apropriada para nascimento e parto, que recomenda não se colocar as parturientes em posição de litotomia dorsal durante o TP, deve-se encorajar a mulher a andar e ter liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo, deve-se proteger o períneo sempre que possível, não se justificando o uso sistemático de episiotomias, não há justificativa para a ruptura artificial da bolsa amniótica como procedimento de rotina, o recém-nascido sadio deve permanecer com a mãe sempre que possível, estimulando-se a amamentação imediatamente após o nascimento, técnicas de comunicação devem ser incluídas no treinamento dos profissionais de enfermagem, para

promover troca sensível de equipe que assiste o nascimento saudáveis, promover a saúde perinatal, a relação custo afetividade e o atendimento às necessidades e desejos da comunidade (DAVIM;BEZERRA,2002).

REFERÊNCIAS

ANDREZZO, H. F. A. Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS. 2016. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2016.

BACHILLI, Martha C.; ZIRBEL, Ilze; HELENA, Ernani T. S. Autonomia relacional e parto humanizado: o desafio de aproximar desejos e práticas no SUS. *Physis*, Rio de Janeiro, v.31, 2021, n.1.

BESSA, L. F.; FERREIRA, S. L. Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. Salvador, BA: GRAFUFBA; 1999.

BOARETTO, M. C. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal. Manual técnico. 3 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Prático para Implantação da Rede Cegonha. São Paulo: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à mulher. Secretaria de Políticas públicas de Saúde. 1º. ed.; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 1º. ed.; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Parto Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas públicas de Saúde. 2º. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria nº985, de 05 de agosto de 1999. Criação dos Centros de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de agosto de 1999. Art. 1º.

BRASIL. Portaria nº2815, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p:47-48.

CARNEIRO, Ana B. B. et al. 2020. A implementação do parto humanizado pelo SUS: uma revisão integrativa. *Revista de atenção primária a saúde*, Minas Gerais: Editora UFJF. v. 23, 2021,Supl.2.

CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 23, 2013, n. 4, p. 1297-1316. COREN, S. P. Parto natural. São Paulo, v.1, 2010.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência á parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. v.10; 2002; n.5; p:727-732.

DAVIS-FLOYD, R. E. The rituals of American Hospital Birth, p. 323-340. In D McCurdy (ed.) *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*. Harper Collins, Nova York, 1994. DIAS, M. A. B. Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. IFF / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 10, 2005, n. 3.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v:10, 2005, n: 3, p: 627-637.

ELLS, C.; HUNT, M. R.; CHAMBERS-EVANS, J. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, v. 4, 2011, n. 2, p. 79-111. 21

FALEIROS, Francisca, T. V.; TREZZA, Ercília M. C.; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição* [online]. v.19, 2006, n.5, p.623-630.

2576

GRIBOSKI, R. A; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto - Enfermagem*. Florianópolis, v.15, 2006, n.1.

LIMA, S. C. O resgate do parto normal. Joinville: Univille, 2006.

MARQUE, Flavia C.; DIAS, Ieda M. V.; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc Anna Nery Rev. Enfermagem*. v.10, 2006, n.3, p:441.

MOREIRA, K. A. P. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. *Brazilian Journal of Nursing*. v.5, 2006, n.3.

MUNIZ, B. M. V.; BARBOSA, R. M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*, v. 55, 2012, n. 21, p. 1-11.

PEREIRA, A. L. F, BENTO A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev Rene*; v.12, 2011, n.3; p 471-477.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto

normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal. Rev. Psicol.*, v.25, 2013, n.3.

PINHEIRO, R. Assistência perinatal e neonatal no Brasil: um desafio para os serviços de saúde. *Revista Tema*. v.17, 1999, n.4, p:21-25.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. v. 13, 2009, n. supl 1, p. 595- 602.

REIS, A. E.; PATRICIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência e saúde Coletiva*. v.10, 2005, p:221-230. 22

REIS, C. S. C.; SOUZA, D. O. M.; NOGUEIRA, M. F. H.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 8, 2016, n. 4, p. 4972-4979.

SANTOS, I. S; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. *Rev. Enfermagem UNISA*. v.13, 2012, n.1, p. 64-68.

SANTO, L. C. E.; BERNI, N. J. O. Enfermagem em obstetrícia. In: Freitas .F, Costa S. H. M.; Ramos, J. G. L.; Magalhães, J. A. C. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

SAÚDE, Rede. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Mortalidade materna: Brasil, um dos campeões em mortalidade materna. 1º. ed.; São Paulo: Rede saúde, 2002.

2577

SHORTER, Edward. *Women's Bodies: A Social History of Women's Encounter with Health, Ill-Health, and Medicine*. New Brunswick & London: Transaction Publishers, 1997.

SILVA, T. F da; COSTA, G. A. B; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare enfermagem*, v.16, 2011, n.1.

SOUZA, T. G; GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A. Humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.32, 2011, n.3.

WAGNER, M. *Pursuing the birth machine. The search for appropriate birth technology* Camperdown. Austrália. ACE Graphics, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. 2004. Disponível em: . Acessado em : 18 de dezembro 2022.

DIAS, M. A. B. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública, 2006. Disponível em: . Acessado em: 18 de dezembro de 2022.