



PARTO HUMANIZADO NO BRASIL: AS DIFICULDADES AINDA ENFRENTADAS PARA SER IMPLANTADO

Gabriela Heringer Almeida

Dra. Gabriela Chaves

Curso: Medicina Período: 9º Área de Pesquisa: Obstetrícia

Resumo: O presente estudo traz à tona a discussão sobre o parto humanizado no Brasil tendo como objetivo geral discutir quanto à importância da implementação do parto humanizado, e de maneira mais específica identificar os fatores que dificultam a sua execução e as consequências disso, assim como argumentar a favor da sua implantação. Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa, realizada por meio de uma revisão bibliográfica executada através de artigos extraídos de fontes de pesquisa como, PubMed, Periódicos CAPES, Google acadêmico, Revista FEBRASGO, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e consulta a sites de órgãos oficiais na internet. A partir do presente estudo foi possível constatar que embora ocorra no Brasil um movimento social pela humanização do parto e do nascimento, ainda existe grande prevalência de intervenções inadequadas, altas taxas de cesarianas e a presença da cultura intervencionista, tanto no meio médico quanto na população. Além disso, é válido ressaltar que observa-se o impacto da desigualdade social na assistência ao parto. Conclui-se portanto que ainda é de suma importância trazer a tona o debate sobre o parto humanizado e a necessidade de implementar boas práticas obstétricas nos serviços de atenção e uma adequada assistência ao pré-natal.

Palavras-chave: Protagonismo da mulher; cesárea; violência obstétrica; pré natal; parto humanizado.

1. INTRODUÇÃO:

Historicamente o pré parto, o parto e o pós parto eram realizados e acompanhados por parteiras. Esse momento era visto como um processo natural, realizado em seus lares e sobre os olhos de seus familiares. Geralmente eram mulheres que possuíam conhecimento empírico e na maioria das vezes pertenciam a classes populares. No entanto, no século XX após a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morte materna e infantil, avalia-se a necessidade da institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, portanto, passiva de intervenções médicas. Dessa forma passou a ter como figura principal o profissional médico, reduzindo a participação familiar no momento do parto (SILVANI; 2010), (ALVARES, ALINE SPANAVELLO ET AL; 2020).

Embora a mudança tenha sido responsável pela queda nas taxas de mortalidade materna e infantil, houve uma supervalorização e institucionalização do modelo tecnocrático, este que relaciona diretamente a tecnologia ao sucesso, desconsiderando as suas desvantagens. Desse modo o parto tornou-se excessivamente intervencionista, aumentando os índices de cesarianas e de intervenções inadequadas durante o parto vaginal (SILVANI, 2010), (ALVARES, ALINE SPANAVELLO ET AL, 2020).

O parto humanizado consiste em uma assistência que respeite a fisiologia do parto e o protagonismo da mulher nesse processo respeitando os aspectos subjetivos, sociais, psicológicos e emocionais da parturiente com adoção de medidas que atendam às necessidades bio-psico-emocionais da gestante, do recém-nascido e da família. Promove assim um nascimento saudável em todos os aspectos que envolvem esse momento, se opondo ao modelo hospitalocêntrico, cuja atenção é centrada na figura médica, entendendo o parto como um evento não fisiológico, mas de risco para a vida de mulheres e crianças (DE MELO MONTEIRO, DE HOLANDA, DE MELO; 2017).

A humanização do parto perpassa pelo protagonismo da mulher sobre esse momento, fator que é retirado dela quando o profissional de saúde permite que a sua escolha sobre a forma do parto seja influenciada por mitos como: o medo de não ser devidamente assistida, a falta de informações sobre o parto, o receio de complicações e da dor, a manutenção da integridade vaginal, junto com seus mitos de que estraga a vida sexual, assim como crenças de que é mais arriscado para a mãe/ recém-nascido, e dessa forma “optando” pela cesariana, por se deparar com duas opções, a de vivenciar um parto vaginal doloroso e intervencionista ou uma cesárea, pretendida como marca de desenvolvimento social e de modernidade (DOS SANTOS, FABBRO; 2018).

Ademais, é válido ressaltar que além dos fatores que englobam as gestantes, existem os que envolvem os profissionais, estes já inseridos em um sistema de saúde já estabelecido. Logo, ao ser implantado um novo modelo de assistência é necessário que os profissionais abandonem todo um conjunto de crenças e valores, assim como as técnicas dos procedimentos realizados, para iniciarem novas abordagens em outro referencial de atuação. No que diz respeito aos hospitais, estes que se organizam em torno do modelo tecnocrático, abrangendo desde aspectos referentes à sua área física como a divisão dos espaços do pré-parto, parto e puerpério, tal qual uma linha de montagem, até administrativos como, por exemplo, o tipo de contrato de trabalho e de remuneração por procedimentos que estabelecem com o corpo clínico. Dessa forma, há inicialmente um impacto sobre os

profissionais já inseridos no contexto pré estabelecido e sobre as instituições ao ser implantado um novo modelo, no caso, a humanização do parto, gerando resistência tanto das instituições como dos profissionais (MAIA; 2010).

No que tange os aspectos relacionados aos profissionais de saúde e à postura destes frente ao parto e às técnicas utilizadas e já estabelecidas, como citado anteriormente como um obstáculo a ser enfrentado, destaca-se a abordagem da violência obstétrica (VO) e violência institucional (VI). É válido destacar o recente sancionamento no Brasil da lei estadual nº17.097, no estado de Santa Catarina, que aborda a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica com a finalidade de inibir, conscientizar e problematizar o assunto, este de suma importância, uma vez que diversas atitudes realizadas de forma errônea no cotidiano levaram à “naturalização” e à banalização da VO/VI. Dessa forma, incontáveis vezes a VO/VI não é identificada pelos profissionais de saúde e por isso, são exercidas (SANTA CATARINA, 2017). Sendo assim, vê-se a importância de realizar ações em educação e informação, como, também, adequação da estrutura física e ambiência e responsabilização de outros agentes envolvidos na assistência, para que a humanização seja alcançada de forma plena e modelos pré estabelecidos sejam desconstruídos (SENS, STAMM; 2019).

Outro aspecto sobre a assistência ao parto que deve ser discutida refere-se à maneira como a desigualdade social e regional tem grande impacto sobre diversos aspectos que envolvem a gestante, como o pré natal adequado, o acesso a informações sobre a gestação, sobre o parto e os seus direitos e o poder de escolha sobre a via de parto, assim como a assistência durante o puerpério. Portanto, gestantes que se encontram em uma situação de vulnerabilidade social, sem acesso às informações adequadas estão ainda mais sujeitas a, por exemplo, terem seus direitos infringidos, como o que se encontra previsto na lei 11.108/2005, referente à presença de um acompanhante na sala de parto, intensificando assim o viés hierárquico do modelo assistencial e de gênero, presente na assistência prestada às mulheres no processo parturitivo (SILVANI; 2010), (BRASIL, 2005). Já no que diz respeito à desigualdade regional, tem-se a dificuldade de reter profissionais capacitados levando as pacientes a terem como única opção de assistência a parteira tradicional, que trabalha sem vínculo com o sistema formal de saúde, isolada, em condições precárias e nada recebe por seu trabalho, realidade vivenciada principalmente em regiões como Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais (RATTNER; 2009).

Sabe-se que no Brasil existe um movimento desde a década de 80 a favor do incentivo ao parto humanizado e colocando em questionamento o modelo intervencionista até então defendido. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1985 instituiu propostas para tornar o parto mais humanizado perpassando pelo incentivo ao parto vaginal, pelos direitos da gestante, pelas rotinas hospitalares consideradas desnecessárias e redução do intervencionismo (PETRUCCE; 2017).

No entanto, ainda que haja o incentivo à assistência à parturiente de forma humanizada desde a década de 80 vê-se que no Brasil não houve plena adesão. Pode-se observar que em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2.400.000 partos, destes, 1.336.000 foram cesáreas. Segundo a OMS, o país detém a segunda maior taxa de cesáreas do mundo com 55%, ficando atrás apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%. Diferentemente do que se vê, por exemplo, na Europa em que a taxa de cesárea consiste em 25% e nos EUA de 32,8%. Sendo válido ressaltar que, pela OMS a taxa ideal de cesáreas deve estar

contida entre 10% e 15%, valores muito distintos da realidade brasileira (FEBRASGO; 2018), (DOS SANTOS, FABBRO; 2018).

Ademais, o parto não humanizado não se resume apenas à cesárea, sendo intervenções desnecessárias também incluídas na desumanização do momento do parto. Isso pôde ser demonstrado pelo estudo multicêntrico “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, realizada no período de 2011 a 2012 com 23.894 mulheres. Concluiu-se a partir dele que 52% das mulheres foram submetidas à cesariana, apenas 5% a partos vaginais sem intervenções e 43,1% a partos vaginais com intervenções, dentre elas, mais de 70% das mulheres são puncionadas; 37% sofrem manobra de Kristeller; 56% são submetidas à episiotomia; 70% são privadas de alimentação no trabalho de parto; 92% têm seus partos em posição de litotomia; 40% receberam ocitocina e amniotomia; menos da metade (46%) tem liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e apenas 18% conta com a presença contínua de um acompanhante. Além disso, por meio do estudo observou-se grande correlação entre as desigualdades socioeconômicas, raciais e regionais na atenção ao parto (NASCER NO BRASIL; 2021).

Por tudo isso, justifica-se a importância de trazer à tona o tema em questão uma vez que há persistência de números elevados de cesarianas, intervenções desnecessárias e inadequadas, até mesmo de atos que se configuram como violência obstétrica (VO) ou violência institucional (VI). Nota-se a importância de divulgar dados e conscientizar o público-alvo quanto à humanização e à desconstrução dos parâmetros preestabelecidos sobre o ato de parir e sobre a assistência dos profissionais de saúde nesse momento.

No presente artigo, tem-se como objetivo geral discutir quanto à importância da implementação do parto humanizado no Brasil. E de maneira mais específica, identificar os fatores que dificultam a sua execução e as consequências disso. Assim como, argumentar a favor da sua implantação.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e explicativa, com abordagem qualitativa, realizada por meio de uma revisão bibliográfica executada através de artigos extraídos de fontes de pesquisa como, PubMed, Periódicos CAPES, Google acadêmico, Revista FEBRASGO, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e consulta a sites de órgãos oficiais na internet.

Foram utilizados 16 artigos, cujos critérios utilizados para a escolha foram: aqueles que melhor se adequavam ao tema estudado, os que estavam disponíveis gratuitamente na base de dados e os disponíveis para leitura na íntegra, no período de fevereiro de 2021 a junho de 2021.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

A partir do presente estudo foi possível constatar que embora ocorra no Brasil um movimento social pela humanização do parto e do nascimento, objetivando-se um parto menos intervencionista cujo protagonismo será da mulher, ainda existe grande prevalência de intervenções inadequadas, altas taxas de cesarianas (Gráfico 01) e a presença da cultura intervencionista, tanto no meio médico quanto na população, sendo esta ainda influenciada, erroneamente, sobre o momento do parto.

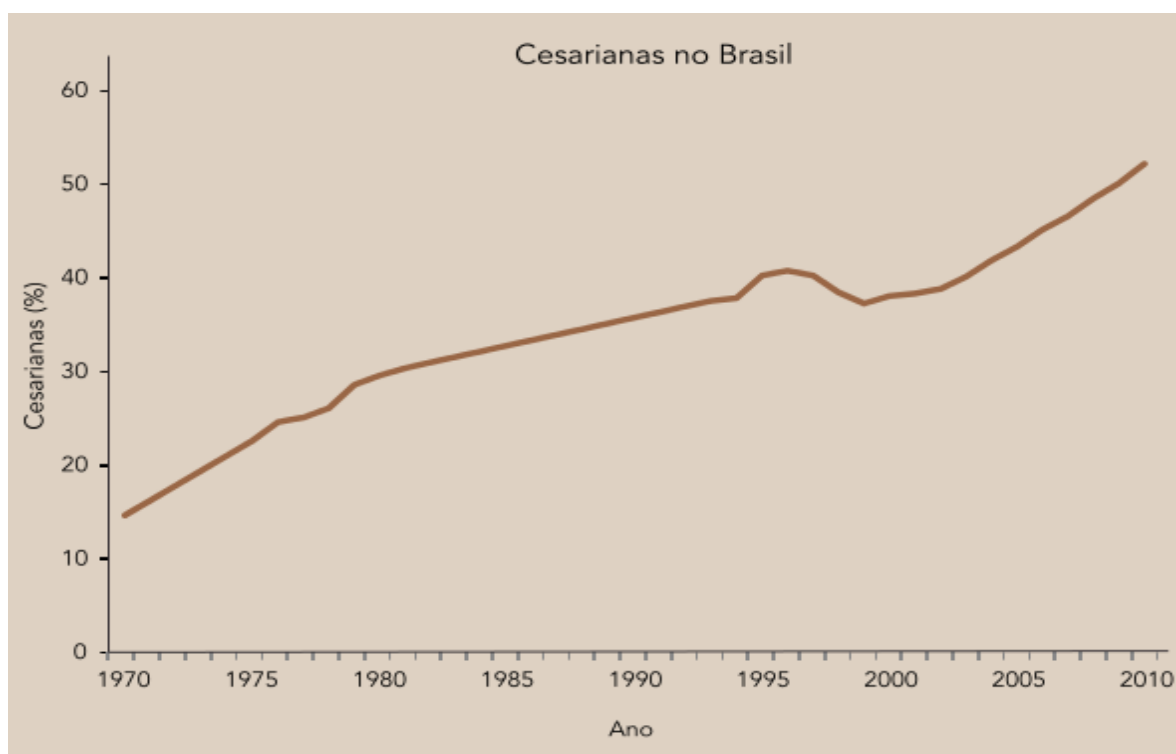
Além disso, é válido ressaltar que observa-se como a desigualdade social também impacta no parto, no acesso ao atendimento pré-natal, por ser mais

frequente na população de baixa renda mães que não o fazem ou o iniciam mais tardiamente, na qualidade do atendimento recebido, no grau de esclarecimento sobre o momento do parto e as intervenções que podem ser realizadas (PEREIRA; 2018) , (GIACOMINI, HIRSCH; 2020). Dentre as intervenções tem-se: o banho, que traz benefícios porque favorece uma boa circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto, a dieta livre é justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal, a deambulação, que abrevia o tempo de trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação, a massagem, que alivia pontos de tensão e promove relaxamento, o estímulo à micção espontânea que no trabalho de parto diminui a retenção urinária e o desconforto nas contrações e a respiração, que promove e restitui autocontrole e oxigenação materno-fetal, deverá ser espontânea durante as contrações. Uma respiração profunda após a contração deve ser estimulada para promover o relaxamento e a reoxigenação da placenta (SILVANI, 2010).

Dessa forma, as mulheres estão sendo expostas desnecessariamente ao risco de efeitos adversos no parto e nascimento, já que, por exemplo, os riscos de complicações nos partos normais humanizados são 3,5 vezes menores quando relacionados às cirurgias cesarianas. Logo, o intervencionismo atual impacta no número de mortes maternas, nas infecções puerperais e nas intercorrências perinatais que podem ser diminuídos com o incentivo ao parto fisiológico e às práticas humanizadas de assistência ao parto.

Além disso, tem-se desconsiderado a importância e o impacto da vivência da parturiente, uma vez que cada mulher vivencia o parto de uma forma e depende de contextos particulares que marcam a sua experiência. Mulheres com experiências positivas durante o processo de parturição têm chances de exercerem a maternidade de forma mais prazerosa do que outras que sofreram violências obstétricas. Acarretam também importantes benefícios para o recém-nascido como o desejo de amamentá-lo e protegê-lo. Juntamente a isso, é importante destacar que o atendimento multidisciplinar tem grande importância nesse momento, sendo de uma importância a participação de enfermeiras obstétricas e doulas que além dos auxílios técnicos ajudam também a ampliar o vínculo e tornar o momento do parto mais acolhedor e humanizado (DE MELO MONTEIRO, DE HOLANDA, DE MELO; 2017).

GRÁFICO 01 – Cesarianas no Brasil entre 1970 e 2010



Fonte: NASCER NO BRASIL. Ensp.fiocruz. Disponível em: < file:///C:/Users/windows8/AppData/Local/Temp/nascerweb.pdf > Acesso em: 16 de março de 2021.

Ademais, foi possível observar como diversas intervenções e atitudes ferem não só a autonomia da mulher como a sua dignidade, essas que variam desde maus-tratos físicos, violência verbal, a não seguir as melhores evidências na assistência ao parto, como a permanência das restrições a ingesta hídrica e alimentar, a escolha da posição no momento do parto, a deambulação durante o trabalho de parto, o contato pele a pele logo ao nascer e exames vaginais realizados de maneira invasiva, incômoda e sem respeito à privacidade. Persiste a prática da amniotomia no primeiro estágio, a indução do parto com ocitocina, a pressão no fundo do útero, a episiotomia, a não presença de um acompanhante e o não incentivo ao aleitamento na sala de parto (CARVALHO; 2019), (PEREIRA; 2018), (PETRUCCE; 2017).

TABELA 01 – Práticas Obstétricas em Gestantes de Baixo e Alto Risco

	Baixo Risco ¹	Alto Risco	Todas as mulheres
	%	%	%
Presença contínua de acompanhante	19,8	17,8	18,7
Boas práticas durante o TP			
Alimentação	25,6	24,5	25,2
Movimentação	46,3	41,1	44,3
Procedimentos não-farmacológicos para alívio da dor	28,0	24,7	26,7
Uso de partograma	44,2	36,9	41,4
Intervenções durante o TP			
Cateter venoso periférico	73,8	76,7	74,9
Ocitocina	38,2	33,3	36,4
Analgesia epidural	31,5	37,8	33,9
Amniotomia ²	40,7	36,4	39,1
Intervenções durante o parto³			
Litotomia	91,7	91,8	91,7
Manobra de Kristeler	37,3	33,9	36,1
Episiotomia	56,1	48,6	53,5

¹ Mulheres sem história de diabetes ou hipertensão arterial gestacional ou pré-gestacional, não obesas (IMC < 30), HIV negativas com idade gestacional entre 37-41 semanas ao nascer, gravidez única, com feto em apresentação cefálica, com peso ao nascer entre 2500 g e 4499 g e entre o 5º e 95º centil de peso ao nascer por idade gestacional.

² Também foram excluídas as mulheres com ruptura espontânea de membranas anterior à hospitalização.

³ Apenas para mulheres com parto vaginal.

Fonte: NASCER NO BRASIL. Ensp.fiocruz. Disponível em:

< file:///C:/Users/windows8/AppData/Local/Temp/nascerweb.pdf > Acesso em: 16 de março de 2021.

Muito se discute sobre a abordagem da parturiente de maneira humana e acolhedora, e para que isso ocorra de maneira efetiva existem modelos de abordagem, dentre eles destaca-se o plano de parto, em que a partir dele oportuniza-se a autonomia e o protagonismo da mulher frente à assistência prestada a ela durante o parto e o nascimento, rompendo com um modelo de assistência pautado no saber biomédico. Uma vez que a partir dele as mulheres passam a ter acesso adequado às informações necessárias que possibilita a tomada de decisão no momento do parto e a responsabilidade compartilhada entre o profissional de saúde, já formado ou em processo de formação, e a mulher, além de ser uma maneira de prevenir a violência obstétrica, por meio da orientação e do esclarecimento quanto às práticas assistenciais ao parto orientadas e descritas nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal da OMS (NARCHI; 2019), (BRASIL; 2017).

Por tudo isso, vê-se que embora o parto humanizado perpassa por questões básicas como o respeito ao ser humano em sua essência e cidadania, fornecimento de informações adequadas ao paciente e naturalidade com que um nascimento deve ser visto, baseando-se nas melhores evidências científicas e, além disso,

instituições que proporcionem privacidade à gestante, qualidade de atendimento, local confortável, aconchegante, agradável, familiar, que garanta respeito à intimidade e segurança da mulher, tornando-a apoiada e acolhida, existe grande dificuldade em implantá-lo. Perpassando pela desconstrução de diversos paradigmas preestabelecidos entre os profissionais de saúde, as instituições e as próprias pacientes. Também pela articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para que seja implementado nos cursos de saúde, além dos fundamentos da “Medicina Baseada em Evidências”, uma visão humana imprescindível ao bom exercício profissional (DE MELO MONTEIRO, DE HOLANDA, DE MELO; 2017), (PEREIRA; 2018).

4. CONCLUSÃO

Por tudo o que foi discutido durante o presente estudo, vê-se a importância de trazer a tona o debate sobre o parto humanizado e a necessidade de implementar boas práticas obstétricas nos serviços de atenção.

Reconhecemos que existem inúmeras barreiras para que a implantação ocorra de forma majoritária no sistema de saúde, uma vez que é preciso modificar preconceitos existentes na população, desconstruir intervenções dos profissionais de saúde, requerer investimentos das instituições e adequada assistência durante o pré natal.

Dessa forma, para a implantação é necessário levar às equipes as informações que mostrem todos os benefícios encontrados em uma assistência humanizada como, a autonomia, o empoderamento e protagonismo da mulher, a boa recuperação pós-parto, a redução da morbimortalidade materna, uma assistência satisfatória, o sentimento de valorização e realização pessoal e a percepção positiva do parto normal. Além dos benefícios para o recém nascido como, a boa vitalidade, a promoção do contato pele a pele e do aleitamento materno exclusivo, e o favorecimento do vínculo mãe-bebê e dessa forma conscientizar e capacitar as equipes profissionais.

Além disso, destaca-se também a importância de um acompanhamento pré-natal de qualidade, este que será capaz não só de identificar fatores de gravidade durante gestação, mas também é o momento ideal para desmistificar conceitos preestabelecidos pela gestante, orientar sobre o momento do parto e quanto aos seus direitos, por exemplo, informando-a sobre o poder de escolha da via de parto, o direito de solicitar analgesia e a presença de uma acompanhante.

Ademais, para haver melhor qualidade de assistência é necessário qualificar também as estrutura das maternidades, proporcionando privacidade, intimidade, segurança e acolhimento à gestante. Por meio de investimentos financeiro nos hospitais para que possam fornecer um ambiente hospitalar adequado.

Diante do exposto, é válido destacar a importância das universidades e das residências médicas ensinarem e capacitarem os profissionais a exercerem a profissão de maneira humanizada e adequada, desconstruindo assim práticas inadequadas e intervenções desnecessárias, respeitando o momento do parto e a parturiente.

Assim como, nota-se a importância e a necessidade de haver uma atenção multidisciplinar no momento do parto, sendo preciso não só da presença do médico, mas também de enfermeiras obstétricas e doulas, essas que auxiliam no acolhimento, no vínculo e na promoção da segurança, colaboram de forma positiva

para que durante o parto ocorram boas experiências para as mulheres, aumentando o empoderamento feminino.

5. REFERÊNCIAS

(1) - ALVARES, Aline Spanevello et al. Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

(2) - ALVARES, Aline Spanevello et al. Hospital obstetric practices and their repercussions on maternal welfare. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

(3) - BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm .

(3) - BRASIL. **Ministério da Saúde**. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2017.

(4) - CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de et al. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2135-2145, 2019.

(5) - DE MELO MONTEIRO, Manoela Costa; DE HOLANDA, Viviane Rolim; DE MELO, Geyslane Pereira. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

(6) - GIACOMINI, Sonia Maria; HIRSCH, Olívia Nogueira. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, 2020.

(7) - DOS SANTOS, Silvana; FABBRO, Márcia Regina. La Difícil, Tarea de Escoger el Parto Natural. *Ciencia y Enfermería*, v. 24, p. 11, 2018.

(8) - MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Editora Fiocruz, 2010.

(9) - NASCER NO BRASIL. Ensp.fiocruz. Disponível em: <file:///C:/Users/windows8/AppData/Local/Temp/nascerweb.pdf> Acesso em: 16 de março de 2021.

(10) - NARCHI, Nádia Zanon et al. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

(11) - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) LANÇA 56 RECOMENDAÇÕES PARA TENTAR DIMINUIR AS CESÁREAS. Febrasgo, 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as->

