

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde Pública

Cristiana Maria Baldo Silvani

Parto humanizado - Uma revisão bibliográfica

Porto Alegre – RS
2010

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde Pública

Cristiana Maria Baldo Silvani

Parto humanizado - Uma revisão bibliográfica

“Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialização
em Saúde Pública”

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre – RS
2010

Agradecimento

Primeiramente, a Deus por me dar forças e coragem para enfrentar mais este desafio em minha vida. Obrigado Senhor.

Ao meu namorado, noivo, marido, amigo Rodrigo, pelo incentivo de jamais deixar que as pedras no caminho me deixassem cair. Obrigada, amor.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ronaldo Bordin, muito obrigado pelas orientações que me ajudaram a concluir mais esta etapa da minha vida.

Epígrafe

“Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos, como sinais para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho e a ação. E, quando tudo mais faltasse, para você eu deixaria, se pudesse, um segredo. O de buscar no interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída.”

Mahatma Gandhi

Resumo

O trabalho tem como proposta refletir sobre o conceito de parto humanizado, apontando suas contribuições às parturientes. O estudo poderá propiciar um melhor entendimento das representações e práticas dos profissionais de saúde quanto ao parto humanizado. O objetivo do trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema “parto”, especialmente quanto ao enfoque do parto humanizado. A metodologia foi feita através da pesquisa de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando a base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e consulta a sites de órgãos oficiais na internet. Foram encontradas 144 artigos, no período de novembro 2009 a abril 2010. Concordando com o que o Ministério da Saúde relata, existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras.

Unitermos: Parto humanizado, Humanização da assistência, Obstetrícia, Política de Saúde, Gestão em Saúde.

Sumário

1. Introdução	1
1.1. Justificativa.....	5
1.2. Objetivos	5
1.2.1. Objetivo Geral.....	5
2. Procedimentos metodológicos	6
3 - Revisão teórica	7
3.1. Fatores relacionados ao tipo de parto.....	7
3.2 – Parto Humanizado	10
4 – Conclusão	18
Referências	19

1. Introdução

Historicamente as gestantes eram assistidas durante o trabalho de parto e parto por parteira ou “aparadeiras”, no conforto de seus lares e sobre os olhos de seus familiares. Estas mulheres eram de extrema confiança da gestante e de seus entes, e também faziam orientações acerca do cuidado com o recém-nascido e o pós- parto. Tinham um conhecimento empírico e na maioria das vezes pertenciam a classes populares (BRENES, 1991).

Já o período moderno da obstetrícia, segundo Delascio¹ (apud OLIVEIRA et al., 2002):

Inicia-se com a obra de Henrique Deventer, o *Novum Lumen Obstetricantibus*, publicada em 1701, e com a utilização do fórcepe, por Pedro Chamberlen, em 1677. Esse período iniciou-se sob a tutela da cirurgia e desenvolveu-se sob a óptica que valoriza os aspectos fisiopatológicos da assistência ao parto, em detrimento das dimensões psíquica e cultural que envolvem o nascimento. Como conseqüência, modificou-se o atendimento ao ato de parir, e a gestação e parto, que são fenômenos naturais e fisiológicos, foram transformados em um processo patológico e medicalizado, alterando sua essência original de evento existencial para mãe e filho em acontecimento social.

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, devido às altas taxas de morte materna e infantil, avalia-se a necessidade da institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital. Como conseqüência surge a medicalização. Com estas transformações, a família deixa de participar do processo de nascimento, pois os hospitais não tinham estrutura física para atenderem as gestantes e seus familiares. Assim, as gestantes passaram a dividir salas de pré-parto, com nenhuma privacidade e sem ninguém para apoiá-las (BRUGGERMANN et al., 2005).

Bruggermann et al. (2005) citam que, nas últimas décadas, os países que se preocupam com o bem estar materno durante o trabalho de parto e parto são uma exceção. Isso está ligado diretamente à política interna de saúde do país, sua

¹ Delascio D, Guariento A. Obstetrícia normal Briquet. 3ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 1981.

legislação e ao contexto social, mas principalmente à filosofia da instituição que atende à gestante.

No Brasil, as parturientes têm o direito à presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e da rede própria ou conveniada (Brasil. Lei nº 11.108/2005). Este direito foi estimulado por diversos acontecimentos, entre eles a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto (Fortaleza, 1985), na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o livre acesso de um acompanhante, escolhido pela parturiente, no parto e puerpério. Essa recomendação, entre outras, foi baseada na revisão do conhecimento sobre o uso de tecnologia de nascimento que indica a contribuição dessa prática para o bem-estar da parturiente (BRUGGERMANN et al., 2005).

O suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto, conforme Bruggermann et al. (2005):

A OMS recomenda o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas em que confia e com quem se sinta à vontade. Na literatura, o conceito de acompanhante tem sido utilizado para descrever o suporte por diferentes pessoas que possuem características muito distintas, de acordo com o contexto assistencial envolvido, podendo ser profissionais (enfermeira, parteira), companheiro/familiar ou amiga da parturiente, *doula* e mulher leiga designada para tal função.

Segundo Rattner² (apud OLIVEIRA et al., 2002), em 1997 foi organizado pelo Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto de Saúde de São Paulo, um *workshop* com o tema "Humanizando o Nascimento e o Parto", o qual apresentou um conceito humanizado sobre o parto, levando em consideração o respeito individual pela parturiente, sabendo ver e escutar suas necessidades e adequar a assistência a ela prestada segundo sua cultura, crença e valores. Acrescentou ainda que o uso

² Rattner D, Hotimsk SN, Venâncio SI, Miranda MM, organizadoras. Workshop humanizando o nascimento e parto. São Paulo (SP): Instituto de Saúde; 1997.

abusivo da tecnologia, realizando cesáreas desnecessárias, contribui para a desumanização da assistência ao parto. O parto cesárea tornou-se tão comum e disseminado, que a possibilidade de ter um parto normal deixou de ser uma prática em muitas maternidades, mesmo quando esta é a vontade da gestante. Os profissionais da saúde não estão preparados para atender a essa possibilidade, e mesmo que as convicções pessoais da gestante sejam muito sólidas, o seu desejo nem sempre é atendido.

Oliveira et al. (2002) citam alguns fatores que levam ao alto número de cesáreas, como o pouco tempo que os médicos obstetras dedicam a acompanhar o trabalho de parto, em decorrência de outros trabalhos que desempenham concomitante ao acompanhamento da gestante, a desinformação das gestantes em relação ao parto normal, o pouco preparo médico, a falta de enfermeiros obstetras para assistir ao parto, a realização da laqueadura tubárea durante a realização da cesárea e a analgesia no parto. Todos estes fatores contribuem para o alto número de cesáreas realizadas nas maternidades brasileiras.

A escolha do tipo de parto é um evento que acompanha todo o processo de gestação e puerpério, uma vez que ele já é antecipado na gravidez sob a forma de expectativas, e continua sendo referido após sua conclusão, na forma de lembranças e sentimentos que acompanham a mãe, fazendo parte de sua história (LOPES et al., 2005).

No início da gestação, o parto costuma ser vivido como realidade distante, porém torna-se mais próximo e concreto na medida em que a gravidez aproxima-se do final.

O parto, por sua natureza, tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativas, podendo até mesmo reformular uma mulher, fazendo-a nascer como mãe (LOPES et al., 2005).

Apesar do incentivo para a realização do parto normal e humanizado, verifica-se através dos dados retirados do Datasus (MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC) em 2007, que a porcentagem de

cesárea no Rio Grande do Sul é de 51,9% do total de nascidos vivos, e que a cidade de Porto Alegre acompanha esta tendência, com 52,2% de partos cesárea.

Tendo em vista a falta de informação sobre os benefícios do parto humanizado, tanto dos profissionais da saúde, quanto das próprias gestantes, existe a necessidade de um resgate da humanização da assistência às gestantes.

1.1. Justificativa

Este trabalho teve como proposta refletir sobre o conceito de parto humanizado, apontando suas contribuições às parturientes. O estudo poderá propiciar um melhor entendimento das representações e práticas dos profissionais de saúde quanto ao parto humanizado, visando não só um melhor resultado na assistência em maternidades como também maior satisfação e benefícios às suas usuárias.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

Realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema “parto”, especialmente quanto ao enfoque do parto humanizado.

2. Procedimentos metodológicos

Foi realizada uma revisão bibliográfica através de pesquisa de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando a base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e consulta a sites de órgãos oficiais na internet.

Foram encontradas 144 artigos científicos, no período de novembro 2009 à abril 2010, foram utilizados 13 artigos, sendo o critério utilizado para a escolha foi os artigos que estavam disponíveis gratuitamente na base de dados, os disponíveis para leitura na íntegra, os disponíveis em português e os que melhor se adequavam ao tema estudado.

Os descritores empregados para a revisão bibliográfica foram: Parto humanizado, Relações profissional-paciente em relação ao parto humanizado, Humanização da assistência em relação ao parto humanizado.

3 - Revisão teórica

3.1. Fatores relacionados ao tipo de parto

Existem vários tipos de partos, os mais conhecidos são o parto normal e o parto cesárea. O parto normal é a forma convencional de dar à luz, já o parto cesárea é um procedimento cirúrgico que envolve um corte no abdômen para a retirada do bebê.

Muitas complicações geradas durante o parto foram diminuídas pelo fato da mãe fazer o pré-natal corretamente. É extremamente importante que a gestante faça o acompanhamento médico de forma a evitar riscos para o bebê durante seu nascimento.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), 43% dos partos são cesáreas, o que contraria o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que ressalva que a cirurgia cesareana deveria corresponder apenas 15% dos casos, quando o procedimento natural representa riscos para o bebê ou a mãe.

A “cesariana a pedido” tem sido apontada como uma das causas do aumento do índice de partos cesareanas em diversos países, porém parece haver consenso de que o incremento das cesareanas não é apenas por questão médica, mas também por diversos fatores psicossociais, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil (CURY-FAISAL e MENEZES, 2006).

OLIVEIRA et al. (2002) afirmam que as expectativas quanto ao tipo de parto estão relacionadas à maneira como as informações sobre o assunto são disponibilizadas e acessíveis às gestantes.

Sendo assim, nota-se a importância do acompanhamento e da assistência pré-natal como um instrumento educativo.

Um fator muito comum na escolha do tipo de parto seria a dor da expulsão da criança durante o parto normal (TEDESCO et al., 2004).

Lopes et al. (2005) afirmam que o medo de escolher o parto normal não se prende somente ao medo de dor, mas também com fantasias de morte. A dor está ligada com a ansiedade e a ansiedade incrementa a dor. Entretanto, a dor do parto tem uma finalidade, pois o bebê aparece para justificá-la, recompensando a mãe pelo esforço.

Para Faúndes e Cecatti (1991), deve-se deixar claro que uma cesárea não significa necessariamente a ausência de dor e que o parto vaginal pode ocorrer com pouca ou nenhuma dor.

Lopes et al. (2005) afirmam que muitas gestantes acabam tornando o parto um momento negativo, um motivo à isso é a preocupação com a dor, principalmente com a dor do momento de expulsão. O parto com dor seria considerado uma má experiência, já que as crenças populares relatam que o que é bom não inclui dor.

Há algumas razões pelas quais alguns obstetras estão promovendo mais cesáreas. Primeiro, um parto normal leva uma média de 12 horas e acontece a qualquer hora. A cesárea leva 20 minutos e pode ser marcada convenientemente. Uma análise científica de certidões de nascimento mostra que o nascimento é mais comum de segunda à sexta, das 9 às 17 horas e até a cesárea de emergência é mais comum de segunda a sexta, das 9 às 17 horas (WAGNER, 2006).

Concordando com o autor acima, Faúndes e Cecatti (1991) relatam que a preferência dos médicos pela cesareana pode ter várias origens. O que domina é a conveniência de uma intervenção programada que não tomará mais de uma hora do seu tempo, ao contrário do parto vaginal que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, até mesmo em feriados.

A segunda razão seria para evitar ações judiciais. Um estudo mostra que, em aproximadamente dois terços dos casos em que o bebê faleceu no parto, a razão número um foi a ausência do médico, e quando a enfermeira o acionou, houve falha de comunicação (WAGNER, 2006).

Oliveira et al. (2002) relatam que, em um questionário aplicado em 221 gestantes da cidade de São Paulo quanto a escolha do tipo de parto, ficou evidenciado o predomínio de justificativas indicando vantagens para o parto vaginal.

Alguns fatores que influenciaram nesta escolha foram: a cicatrização e recuperação serem mais rápidas, ser mais fisiológico, apresentar menores riscos à mãe e ao bebê, além de o parto normal estar livre de infecções e não causar prejuízo no cotidiano do pós-parto. Já as justificativas para a escolha da cesárea foram minoria, com as gestantes alegando que o parto anterior havia sido cesárea, ou que tiveram problemas na gestação, ou que a cesárea dói menos ou por optarem por fazer laqueadura.

Porém, há um fator que muitas vezes não pode ser questionado pela mãe: a posição do bebê. Quando a criança está com o cordão enrolado no pescoço ou terá uma apresentação pélvica, a posição do bebê faz com que muitas mães não possam escolher seu tipo de parto, pois sabe que seu bebê terá uma apresentação pélvica é automaticamente indicativo de cesárea.

Contudo, isso pode mudar, fazendo uma seleção mais cuidadosa das pacientes, permitindo a evolução vaginal daquelas que não apresentam tanto risco para a escolha desta via (TEDESCO et al., 2004).

Segundo Maldonado (2002), para a mulher que insiste numa cesareana, sem nem sequer considerar a possibilidade de um parto vaginal, há vários tipos de motivação. Em primeiro lugar, nela estão presentes, em grau acentuado, certos temores específicos da gravidez, como medo de aceitar o impacto de um parto desencadeado de maneira espontânea, medo de ficar permanentemente deformada, de ficar com a vagina alargada e arruinar sua sexualidade, de sentir dores insuportáveis etc. São esses temores que motivam a atitude de extrema passividade, em que o bebê é extraído dela sem sua participação. Em muitos casos, essa atitude diante do parto tem paralelo com uma dificuldade mais geral de assumir a função maternal.

3.2 – Parto Humanizado

Segundo Reis e Patrício (2005), promover o parto mais humanizado é um grande desafio. Isso não requer voltar à história de como nossas avós e mães pariram, mas buscar contribuir para que essa experiência, antes tão natural, seja no ambiente hospitalar um ritual mais próximo do "familiar", integrando nesse processo de parir e nascer os recursos tecnológicos e de competência humano-científica, aos quais a mulher e seu recém-nascido têm direito.

O termo "humanizar" refere-se a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência. Esse conjunto de demandas incluiria o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e os apoios emocionais, sociais e materiais no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência (QUEIROZ et al., 2003).

Conforme Reis e Patrício (2005), a humanização da assistência perpassa, seguramente, pela qualidade da assistência prestada no pré-natal: pelo envolvimento da mulher, sua família e demais acompanhantes, no processo de gestar e parir, talvez, antes mesmo da concepção, considerando suas limitações e potencialidades biológicas, socioculturais e afetivas para conceber; pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração de seus saberes com os saberes científicos da equipe de saúde.

Basile (2004) também entende humanizar como a possibilidade de estar atento às condições e as necessidades do outro, já que a base das atividades do profissional da saúde é a relação humana.

Humanizar representa um novo modo de ver a forma de "assistir", incluindo as relações interpessoais com a mulher, com o recém-nascido, com o acompanhante, com os colegas da equipe e com a instituição. (BASILE, 2004).

A humanização do atendimento do parto e nascimento privilegia a utilização de toda a tecnologia e técnicas obstétricas disponíveis, tornando os benefícios a serem obtidos maiores que os riscos a serem corridos (BASILE, 2004).

Entre as condutas humanizadas da assistência ao trabalho de parto, estão: (a) 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; (b) a dieta livre é justificada pela necessidade de reposição de energia e hidratação, garantindo bem-estar materno-fetal; (c) a deambulação, que abrevia o tempo de trabalho de parto, favorecendo a descida da apresentação; (d) a massagem, que alivia pontos de tensão e promove relaxamento; (e) o estímulo à micção espontânea que no trabalho de parto diminui a retenção urinária e o desconforto nas contrações e (f) a respiração, que promove e restitui auto-controle e oxigenação materno-fetal, deverá ser espontânea durante as contrações. Se a mulher encontrar dificuldade de respirar durante as contrações, deverá ser estimulada a soprar lentamente para restabelecer a respiração normal. Uma respiração profunda após a contração deve ser estimulada para promover o relaxamento e a re-oxigenação da placenta. (BASILE, 2004).

Concordando com o autor acima, o MS (2001) também preconiza medidas não-farmacológicas e não-invasivas que devem ser utilizadas para minimizar o estresse e aliviar a dor, que podem ser realizadas por familiares e/ou profissionais.

Algumas das práticas que inibem a "segurança e o bem-estar", desestimuladas pelo MS, ainda estão sendo praticadas rotineiramente em muitas instituições de saúde, dentre estas constam: indução à tricotomia; lavagem intestinal; exame de toque vaginal (realizado várias vezes por profissionais diferentes); imobilização; utilização do soro com o objetivo de puncionar a veia, para facilitar a posterior administração de medicamentos; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia e a manobra de *kristeller* (pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto).

Também é preciso considerar as dificuldades apontadas pelos trabalhadores para justificar a limitação que têm em dar maior atenção à mulher e ao seu acompanhante. Algumas dificuldades se referem ao "tempo" maior que exige a

assistência humanizada, no qual eles não dispõem, em razão do reduzido número de profissionais na equipe e também por circunstâncias de acúmulo de partos em certas ocasiões. Além do tempo, a costumeira "falta de material" é outro fator de dificuldade. Esta é uma realidade comum nos serviços de assistência hospitalar, mas entende-se que a atitude humanizada dos profissionais que assistem a parturiente não está ligada exclusivamente ao tempo e ao material disponível, mas sim em tornar o momento dos contatos diretos e indiretos com a população uma expressão de interação de humanos, que promova momentos saudáveis com a mulher, seu recém-nascido e acompanhante e, naturalmente, com os próprios integrantes da equipe de saúde. (REIS e PATRÍCIO, 2005).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a finalidade de adotar uma nova perspectiva de atendimento e oferecer às mulheres uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção.

Para a melhoria da assistência obstétrica, o MS aumentou a remuneração ao parto normal e instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (Portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998).

Essa corrente a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço, político e técnico, quando, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guia para a assistência ao parto normal. Esse guia apresentava as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas relacionadas ao parto normal, classificadas em categorias, de acordo com o nível de evidência científica disponível segundo a classificação de Mulrow (1987). As recomendações objetivavam garantir o direito das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina (OMS, 1996). Esse guia foi a inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo MS, 2001.

Assim, no conjunto de medidas tomadas pelo MS, o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento têm um papel fundamental no resgate à humanização da assistência a gestante. Segue abaixo um dos artigos deste programa:

"... Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: a - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; b - toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; c - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura." (MS, 2000).

Para o MS (2001), a grande conquista está em disseminar a prática de partos naturais em detrimento do número de cesarianas. A humanização do parto promove situações que inibem o mal-estar da mulher e também reduzem riscos para ela e para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante. De acordo com esse entendimento, o manual elaborado pela OMS estabelece ações direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da mulher e de sua família.

A implementação ou extinção dessas ações está diretamente relacionada à conscientização dos profissionais em reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo de parto, devendo ter sua dignidade, individualidade e valores respeitados (MS, 2001).

Está prática fica evidente também para QUEIROZ et al. (2003), quando os principais aspectos da humanização seriam o ato de tratar bem e atender as necessidades da puérpera, por meio da comunicação interativa.

No contexto de "transmitir conhecimento", muitas vezes a questão mais importante é a forma e não o conteúdo. A prática do parto humanizado sugere o desenvolvimento da pessoa e do profissional, implicando sensibilizar e capacitar profissionais para o atendimento de mulheres em situação de fragilidade emocional (MS, 2003).

Segundo Osava (2003), mais de 20 anos de excessiva intervenção médica no nascimento criaram representações muito fortes acerca dos sentimentos de pavor que envolve o parto. No parto humanizado, a mulher reencontra sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a assistem.

O MS (2000), através da Portaria /GM n. 569, de 1/6/2000, afirma que humanização seria receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Devem-se evitar práticas intervencionistas desnecessárias, que não beneficiam a mulher e o recém-nascido, pois estas podem acarretar, com frequência, maiores riscos para ambos.

Conforme Griboski e Guilhem (2006), para a viabilidade de implantação de um programa, ou mesmo de uma política, há necessidade dos profissionais de saúde se adequarem ao novo paradigma da assistência. Para isso, torna-se necessário promover mudanças que envolvam desde os órgãos formadores, até a melhoria da infra-estrutura hospitalar e das condições de trabalho no atendimento à mulher. Neste sentido, a humanização possibilita uma reorganização dos serviços de assistência à saúde das mulheres, resgatando e promovendo o respeito pela condição feminina e o respeito por um atendimento mais digno e de qualidade.

A humanização da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto, respeitando a fisiologia deste momento, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu "plano de parto", propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude. Apesar do fato de preconizar uma menor intervenção médica neste processo, o conceito de humanização prevê a possibilidade de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, e que se empregada apropriadamente, garanta maior segurança não só para as mães com também para os bebês (MS, 2001).

O MS (2001), também pontua que a mulher e seu acompanhante devem ser preparados para o momento do parto, sendo que "(...) o objetivo principal do preparo da mulher e seu acompanhante é favorecer que o trabalho de parto e parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família". A companhia do acompanhante (familiar ou amigo) pode

não somente auxiliar a mulher a relaxar, mas também contribuir para que o serviço prestado seja mais humanizado.

Para Caron e Silva (2002), somente o fato de a mulher sentir-se cuidada e confortada, a sua experiência do parto poderá ser menos traumática, até porque, as mulheres não temem apenas a dor no parto, mas sentem medo em relação aos cuidados que receberão, uma vez que as experiências estão repletas de atendimento impessoal e distante.

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1997) reforça que atender bem e transmitir calma são meios necessários à condução do parto humanizado. Neste sentido, o MS (2001) entende que (...) a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar.

Segundo Griboski e Guilhem (2006), em uma pesquisa realizada com puérperas pós-parto em uma maternidade sobre o tema parto humanizado, fica evidente a existência de uma desvinculação de sua participação no processo decisório porque desconhecem seus direitos sexuais e reprodutivos. Com isso, as mulheres contribuem passivamente para a reprodução do modelo biomédico e intervencionista, principalmente quando aceitam resignadamente a conduta imposta. As crenças sobre o seu papel no mundo e sobre o parto refletem-se nas situações sócio-culturais vivenciadas na condição de mulher e parturiente.

As mulheres condicionadas desconhecem como funcionam seus corpos, seus direitos e os limites vivenciados naquele momento, reforçando a dependência de outro indivíduo, representado, nesse caso, pelo profissional de saúde. Mas, se não está claro para as mulheres quais seriam seus direitos e como elas podem reivindicá-los, fica difícil transpor a lacuna que lhes permitiriam o exercício da autonomia e o poder de decisão. A ausência da autonomia é demonstrada por vários aspectos que perpassam o desconhecimento em relação ao atendimento que lhes seria devido e ao papel que deveria ser exercido por quem as assiste (GRIBOSKI e GUILHEM, 2006).

Conforme Griboski e Guilhem (2006) existe ainda uma resignação em função do desconhecimento sobre o processo fisiológico do parto por parte das mulheres. Esta postura dá sustentação aos mecanismos de subordinação e opressão assumidos pelas mulheres no contexto hospitalar e, conseqüentemente, as leva a uma situação de vulnerabilidade feminina, refletida na ausência de seus direitos no processo parturitivo. Esse é apenas mais um dos reflexos decorrentes das práticas sociais de gênero, amplamente questionados pela bioética feminista.

Ainda na pesquisa realizada por Griboski e Guilhem (2006), mas agora com o profissional que realiza o parto, este se coloca como ator principal. A mulher atua como coadjuvante, o seu corpo transforma-se em objeto, ao invés de sujeito principal da ação. É nitidamente uma relação assimétrica, na qual o profissional de saúde exerce este papel, centrado no procedimento técnico. Nos discursos das puérperas persiste o desejo da participação no processo, decidindo-se por ajudar no parto. Porém, na visão dos profissionais de saúde, elas ainda dependem de sua assistência e, dessa forma, permanecem reféns da técnica. A autonomia da puérpera está garantida somente até o ponto em que ajude, não lhe sendo permitido opinar sobre seu parto ou como a assistência está sendo prestada. Silencia-se, não pode gritar, permanece isolada, o corpo não lhe pertence, mesmo que fale, parece não estar sendo escutada. Para o profissional de saúde, o corpo da mulher é sua propriedade no ambiente hospitalar.

Para que a humanização aconteça, o MS (2001) preconiza um processo que inclua desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. A adequação física da rede hospitalar, para que a mulher possa ter um acompanhante durante o trabalho de parto, requer, além de boa vontade, investimentos.

Dessa forma, o MS (2001), recomenda a adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, de capacitação técnica, gerencial e financeira, e de atitude ética e humana do profissional envolvido com a atenção, propiciando às mulheres um parto humanizado sob a orientação do princípio da medicina baseada em evidências.

As enfermeiras obstétricas são reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como profissionais com o perfil mais apropriado para intervir no parto normal sem distócia, ou seja, sem complicações (Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998). A enfermeira é eleita por ser o profissional de saúde que tem maior permanência nos hospitais e maternidades, podendo acompanhar as gestantes em tempo integral. Esta interação faz com que o parto e o nascimento do bebê sejam uma experiência positiva, um milagre de vida e não um salto no escuro (BRITO e SATO, 2002).

Nota-se que as ações preconizadas pelo MS não são aplicadas efetivamente nas instituições de saúde, seja por conta do desconhecimento da equipe acerca das diretrizes, seja por não estarem ainda sensibilizados para a importância da prática na promoção da saúde e talvez, por não reconhecerem isto como um dever profissional e um direito das mulheres.

4 – Conclusão

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. Segundo o MS (2001), existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras.

E, ainda, reforçando essa realidade, existe a fragilidade da população que não cobra seus direitos, fortalecendo ainda mais as atitudes das equipes de saúde e das instituições. (REIS e PATRÍCIO, 2005).

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 e GUILHEM, 2006).

Referências

- BASILE, A. L. O & PINHEIRO, M. S. B. Centro de Parto Normal: O Futuro no Presente. São Paulo. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.816, de 29 de maio de 1998. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.108 de abril de 2005. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.815, de 29 de maio de 1998. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 569, de 1º de Junho de 2000. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para redução de partos cirúrgicos. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Campanha Incentivo ao Parto Normal**. Brasília. http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?co_seq_campanha=1765. Acesso: 10 de out. 2009.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, Abr./Jun. 1991.
- BRITO, I. P. M & SATO, R. Parto Humanizado. **Rev. Coren**. Paraná, n.1. 2002. Disponível em: < <http://www.corenpr.org.br/revista/>.html>. Acesso: 10 de out. 2009.
- BRUGGERMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.5, n.21, p.1316-1327, Set./Out. 2005.
- CARON, O.A.F.; SILVA, I.A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.4 n.10, p. 485-92, Jul./Ago. 2002.
- CURY, A. F.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 2, n.40, Abr. 2006.
- FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, Abr./Jun. 1991.
- 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, n.1, Jan./Mar. 2006.

LOPES, R. C. S., DONELLI, T. S., Lima, C. M., & PICCININI, C. A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Rev. de Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.2, n.18, p. 247-254. 2005.

MANDARINO, Natália Ribeiro El at. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.7, Jul. 2009.

OLIVEIRA, Sonia Maria Vasconcellos et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, Set./Out. 2002.

OSAVA, R. H. Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde. **Rev. Técnica de Enfermagem: Nursing**. São Paulo, n.6, Fev. 2003.

QUEIROZ, M. V. O, et al. Cuidado de Enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: Perspectiva de humanização. **Rev. Baiana de Enfermagem**. São Paulo, n.18. 2003.

REIS, A. E., PATRICIO, A. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciências da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, Set./Dez. 2005.

TEDESCO, R. P.; ET AL. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 26, n.10, Nov./Dez. 2004.

WAGNER, M. Cesárea: Escolher e Perder. 2002. <http://www.amigasdoparto.com.br>, homepage. Acesso: 10 out. 2010.

Mulrow C.D. The medical review article: state of the science. **Ann Intern Med**; 106: 185-8, 1987.