

O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO A PARTIR DE UMA ANÁLISE INTEGRATIVA SOBRE O PARTEJAR

PENTEADO, Alinne Taylise.¹

SCALIANTE, Amanda Motta.²

SILVA, Sabrina Frasson.³

RADAELLI, Patrícia Barth.⁴

YONEGURA, WinnyHirome Takahashi.⁵

“Para mudar o mundo precisamos mudar a forma de nascer.” – Michel Odent.

RESUMO

O artigo apresenta uma revisão das principais análises do conceito de parto humanizado, do histórico de partos, bem como sobre cesáreas e violência obstétrica. Com isso, a partir dos estudos de Daphne Rattner e no artigo de Rafaella Ayanne Alves dos Santos, et al., na metade do século passado houve a introdução do parto em um modelo hospitalar, trazendo com ele situações de submissão da mulher e intervenções desnecessárias. Além disso, partindo da análise dos escritos de Carmen Diniz, as cesáreassem indicação e outras ações desrespeitosas caracterizam a violência obstétrica. Dessa maneira, uma estratégia denominada Rede Cegonhafoi proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH) para mudar o modelo intervencionista de parto, com base nos estudos de Dário Frederico Pasche. Além disso, estratégias como o parto domiciliar, a partir do estudo das autoras citadas (Sanfelice, Shimo, etc), também são propostas e, dessa forma, obteve-se a conclusão de que os nascimentos em casa servem como uma maneira de resgatar a fisiologia desse evento. Isto posto, a humanização do parto é o respeito à mulher e suas decisões, bem como a eliminação de procedimentos desnecessários e de outras práticas abusivas.

PALAVRAS-CHAVE: parto, humanização, cesáreas, violência obstétrica.

1.INTRODUÇÃO

Esse artigo tem como objetivo informar sobre o cenário da obstetrícia no Brasil, promovendo uma reflexão sobre como a humanização do parto se efetiva, visto que, mulheres em todo o mundo relatam situações de desrespeito e submissão no momento do nascimento de seus filhos. Além disso, também tem como pretensão propor reflexões para questionar o modelo hospitalar de nascimentos, que são inundados de intervenções e procedimentos cirúrgicos.

¹ Acadêmico do curso de Medicina – Centro Universitário Assis Gurgacz – Cascavel / PR. E-mail: atpenteado@minha.fag.edu.br

² Acadêmico do curso de Medicina– Centro Universitário Assis Gurgacz – Cascavel / PR. E-mail: amscaliante@minha.fag.edu.br

³ Acadêmico do curso de Medicina– Centro Universitário Assis Gurgacz – Cascavel / PR. E-mail: sfsilva10@minha.fag.edu.br

⁴ Professora Orientadora – Doutora em Letras, pela UNIOESTE, Mestre em Linguagem e Sociedade, Especialista em Literatura e Ensino pela mesma instituição. Coordenadora do Núcleo de Atendimento e Apoio ao Estudante do Centro FAG - NAAE, docente no Centro FAG. E-mail: patriciab@fag.edu.br

⁵ Médica em Ginecologia e Obstetrícia – Mestre em Ciências da Saúde no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Atuando em instituições públicas e privadas de Cascavel –PR. E-mail: wy1980@hotmail.com

A análise evidenciará a observação do histórico, possibilitando a percepção de que o parto antes dos anos 40 era domiciliar com auxílio de parteiras e foi modificado para partos hospitalares. Nesse contexto, as intervenções passaram a compor a rotina dos nascimentos, sendo muitas delas desnecessárias e com incorretas indicações. Essas práticas abusivas, traduzidas nas interferências dispensáveis, demonstram a disseminação de desrespeito em relação às mulheres parturientes.

Diante de toda essa situação, o objetivo é desvendar como o conceito de parto humanizado começa a se difundir, a partir de médicos insatisfeitos, nos anos 1990 no Brasil. Assim, utilizando o Caderno HumanizaSUS como base, foram exploradas as iniciativas para esse cenário, bem como elas se efetivaram para fortalecer esse conceito.

Além disso, a partir do que é proposto por Carmen Simone Grilo Diniz, também ocorre a disseminação da cesárea a partir de uma ideia de o parto vaginal ser possivelmente arriscado edolorido, mas também trazendo com ela a noção de um bem de consumo, que foca no hospital e nos profissionais, porém coloca a mulher em segundo plano. Além das cirurgias cesáreas sem embasamento científico ocorrendo, também foram instaladas outras práticas que acontecem em massa e, na maioria das vezes, sem necessidade, tais como a episiotomia e ocitocina sintética para acelerar o nascimento, que remetem a abusos e escancaram a violência obstétrica.

Dessa forma, o artigo evidenciará o que é humanização do parto, vista ela como sinônimo de respeito com as mulheres e às suas decisões. Nessa esfera, abordará também o parto domiciliar, o qual demonstra-se como um resgate da fisiologia do nascimento e da autonomia da mulher durante esse momento, podendo ser utilizado como uma ferramenta para melhorar o prisma obstétrico do país. Esta análise, visa, então, perceber quais são as práticas e ações que tornam um nascimento humanizado. Para isso, nota-se a necessidade de abordar o termo como algo plural.

2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. INSERÇÃO NO CONTEXTO E CENÁRIO ATUAL

A partir de análises realizadas por Daphne Rattner, é possível identificar que, no início do século passado, os partos eram majoritariamente em casa, com auxílio de parteiras.

Foi a partir dos anos 40 que foi notável um aumento nos partos hospitalares. (RATTNER,2009).

Diante disso, as características primordiais do parto realizado pela parteiras tradicionais são o envolvimento apenas de mulheres, uma vez que envolvia a exposição da intimidade feminina, o local, que era a casa da própria parturiente e a disposição de muita paciência, vindo da parteira, para a prevalência do parto normal.

Já de acordo com Rafaella Ayanne Alves dos Santos, et all.,“No início partejar fazia parte do universo feminino, e por isso, deveria ser compartilhado somente entre mulheres, devendo ser exercido pelas curandeiras, parteiras ou comadres, [...] e o médico só era requisitado se houvesse alguma complicação.” (SANTOS, 2015, s/p).

Além disso, Santos ressalta “Isto posto, o parto, antes vivenciado em um ambiente privado e familiar, perde espaço e ocupa uma esfera pública e institucionalizada, com vários atores conduzindo o processo parturitivo, tornando a mulher submissa aos procedimentos adotados, em nome do que é científico”(SANTOS, 2015, s/p). Com a ocupação da esfera hospitalar pelos partos, é possível considerar a reflexão de Rattner, o qual descreve o modelo tecnocrático, que atende em preferência a conveniência dos profissionais de saúde, por meio de tecnologias e várias intervenções, que em certos momentos são desnecessários. (RATTNER, 2009).

Desse modo, a falta de conhecimento dos médicos sobre esse evento fisiológico, já que as profissionais que possuíam experiência com ele eram as parteiras, resultou na adoção de protocolos em que as intervenções se tornaram praticamente obrigatórias, afastando, cada vez mais, a noção da própria parturiente sobre o seu trabalho de parto. “No início do século XX, os médicos formados nas faculdades brasileiras não possuíam conhecimentos práticos, apenas teóricos, pois nos hospitais não havia gestantes internadas para parir” (CRIZÓSTOMO, NERY e LUZ, 2007, p.2).

Além desses fatores, a história social favoreceu, com base nas considerações de Carmen Susana Tornquist, a perspectiva de que a ausência dos padrões modernos transformava o parto feito por parteiras em um sinônimo de atraso, sujeira e rusticidade. Sendo assim, a associação entre parto medicalizado e civilidade tornou-se uma marca comum entre os diversos países ocidentais capitalistas,inclusive entre os países do Terceiro Mundo (TORQUIST, 2004). Além disso, “toda a nossa tecnologia privilegia a instituição hospitalar,

pois 98% dos partos brasileiros são realizados em hospital e os profissionais em detrimento do cuidado centrado na mulher e na sua família. Humanizar é deslocar o eixo do cuidado” (HumanizaSUS, 2014, s/p).

Nesse sentido, Palharini expoe em seu artigo:

O problema não tem sido apontado apenas em relação às vantagens de cesárea ou parto normal. Essa demanda pela cesárea tem sido pontuada também como uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” típico tem sido definido como intervencionista e traumático (MAIA, 2010). Os pressupostos de gênero que conduzem a assistência no Brasil se expressam na superestimação dos benefícios da tecnologia e na subestimação ou negação dos desconfortos e efeitos adversos das intervenções, de acordo com Diniz (2009). Um modelo que, segundo a autora, estaria contribuindo para uma “pessimização do parto” como meio instrumental para favorecer a cesariana de rotina (PALHARINI apud MAIA e DINIZ, 2017, s/p).

Assim, para Rafaela Ayanne Alves dos Santos, et al., “a temática da humanização do parto e nascimento, nas últimas décadas, tem ocupado espaços sociais e políticos em fóruns científicos de discussão, a partir, principalmente, da mobilização social provocada pelo movimento feminista em prol dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o que tem corroborado, desde meados dos anos 2000, para o surgimento de políticas e programas voltados para humanização do parto e do nascimento.” (SANTOS, 2015, s/p)

O conceito do parto humanizado em si passa a circular no Brasil a partir da década de 1990, com um grupo de profissionais de saúde insatisfeitos com a prática médica, como descrito por Rosamaria Giatti Carneiro. Posteriormente, esses médicos formaram a ReHuNa, com encontros que visavam debater a realidade da prática obstétrica no país. (CARNEIRO, 2011).

Conforme o descrito no caderno HumanizaSUS, a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão do SUS (PNH) foi criada em 2003, a partir da preocupação metodológica de como intervir em certos modos de conceder, organizar e realizar os processos de trabalho em saúde, buscando, assim, garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a humanizaçãoproduz-se como um movimento institucional, político, ético e afetivo, do ponto de vista da efetivação de uma potência coletiva, engajado com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS (HumanizaSUS,2014).

A PNH é então responsável por apostar, compor e articular estratégias, buscando promover e agenciar experiências de apoio no SUS. Tais estratégias são desenvolvidas partindo justamente do pressuposto de que para mudar o modelo de atenção e gestão do parto e do nascimento, é necessário analisar e intervir coletivamente em práticas de saúde ‘desumanizadoras’, e tecer, enfim, uma rede coletiva de produção de saúde capaz de transformar o cenário atual. Dentre as estratégias criadas, destaca-se a Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal. A Rede Cegonha é uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS (HumanizaSUS, 2014).

Para o fortalecimento da Rede Cegonha e dos seus trabalhadores é preciso encarar importantes desafios sinalizados nesse percurso. O maior deles está, como diz Dário Frederico Pasche, em “mudar a concepção de parto, nascimento e de gravidez. Nós associamos o evento gravidez e parto como uma ação médica.” (PASCHE, 2014, s/p). Dessa forma, cabe analisar a desconstrução da visão gênero-mulher e mulher-mãe, a inclusão das discussões de singularidades da saúde materna e entendimento de existe um atravessamento de julgamentos morais travestido em práticas de cuidado vivenciadas em hospital (HumanizaSUS, 2014).

2.2. CESÁREA E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

De acordo com Rattner, o modelo tecnocrático possui como consequência as altas taxas de cesarianas. Ademais, com o crescente número de cesáreas é possível analisar esse procedimento comobem de consumo. A assistência de nascimentos, logo, torna-se um padrão industrial, em que maternidades agendam cesarianas como se fossem uma linha de produção de nascimentos, em um parâmetro de conveniência para os profissionais e instituições. (RATTNER, 2009). Sendo assim, o parto deixa de ser um evento fisiológico e a mulher passa a ser tratada como um ser passivo com uma suposta necessidade de múltiplas intervenções para que o nascimento do filho possa ocorrer.

Nesse contexto, segundo dados da OMS, para uma nação como o Brasil, a taxa de cesarianas deveria ser de, no máximo, 15% dos partos realizados em território nacional, restringindo-se para as gestações de risco ou a complicações em partos vaginais. Contudo,

segundo dados de 2010 (expostos pela pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fiocruz e divulgada em 2014), os partos cirúrgicos corresponderam a 52%, demonstrando uma “epidemia” de cirurgias cesáreas realizadas sem necessidade e sem indicação embasada na medicina obstétrica.

Diniz, então, evidencia um dos achados principais da observação, que é a grande distância entre o modelo humanizado prescrito e o cotidiano do serviço. Apesar das recomendações principalmente da OMS, a favor do processo natural. O modelo oferecido e hegemônico das cesarianas, aparenta ser muito superior a sangrenta e primitiva forma do parto vaginal típico. Não é de se estranhar, portanto, que mulheres com mais escolaridade e com renda maior, ‘optem’ em massa pela cesárea (DINIZ, 2001). Ela ainda ressalta:

Quando falamos de parto típico no caso brasileiro, é importante fazer referência a uma marca da assistência em nosso país: o uso da cesárea como parto ideal. Temos a crença dominante entre profissionais, e possivelmente na opinião pública, de que o parto vaginal é naturalmente arriscado e danoso para a mãe e o bebê, levando a muita dor e seqüelas sexuais, uma vez que o parto é considerado um agravo à saúde. Essa crença levou à criação de um modelo “preventivo do parto” e à adoção da cesárea como parto ideal, capaz de prevenir suas dores e suas seqüelas (DINIZ, 2001).

Além dessa percepção de atraso do parto vaginal, é possível explicar as altas taxas de cesarianas a partir de uma análise onde a mulher é colocada em segundo plano, para o favorecimento e privilégio dos profissionais de saúde e hospitais ou clínicas. A conveniência se adequa a esse grupo em consequência da busca pelo lucro, porém isso traz lucros para todos menos a mulher.

Sadler ressalta que a América Latina é a região onde se concentra as maiores taxas de cesarianas do mundo, ao analisar dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), de 2013, os quais também revelam o Brasil com uma taxa de 54% de cesarianas. Assim, ele evidencia um aumento de práticas não baseadas em evidências, durante os partos, ou seja, intervenções que são frequentemente usadas em mulheres saudáveis com pouca ou nenhuma justificativa: episiotomia e cesariana. (SADLER, 2016).

De acordo com o Caderno HumanizaSUS e identificado como relato, “no início da gravidez, seu médico pode dizer que fará parto normal, mas no fim, não é raro o profissional informar que o bebê é muito grande, não está encaixado, está enrolado no cordão e encaminhar para a cesariana.” (HUMANIZASUS).

Além disso, “Na cesárea de hora marcada, o bebê nem sabe que nasceu e a mulher nem sabe que pariu”. Diante disso, é exposto no Caderno HumanizaSUS relatos que exemplificam tal frase. Os bebês após o nascimento não desgrudavam das mães, e essas percebiam que não tinham passado pelo ritual de separação do parto, ela ainda não tinha aquele bebê. Existia uma inadequação ao mundo extrauterino, uma percepção por parte da mãe que o bebê ainda estava dentro dela. (HUMANIZASUS, 2014).

De acordo com Carneiro, a cesárea possui grande importância médica, mas ela precisa ser realizada quando realmente necessária. (CARNEIRO, 2011). Assim, o objetivo não é abolir a cesárea como uma maneira de parto, mas sim, não a utilizar como uma intervenção desnecessária. Além de que ela deve estar de acordo com os anseios da parturiente, a partir de explicações dadas pelo médico, com todas as informações de como é esse procedimento.

Tal problemática abre a discussão sobre a violência obstétrica, a qual segundo o Caderno HumanizaSUS “traz à tona tudo o que as mulheres sofrem para ter seus filhos”. Situações as quais exemplificam essa violência podem ser: “forçar o fundo do útero com cristaler, fazer episiotomia, romper a bolsa precocemente, dar ocitocina para acelerar o parto”. (HUMANIZASUS, 2014, s/p).

Assim, de acordo com Michelle Sadler, et al., em uma análise das últimas décadas, é possível observar um crescente excesso de intervenções médicas durante o parto, mesmo em partos fisiológicos e sem complicações, juntamente com uma disseminação preocupante de práticas abusivas e desrespeitosas em relação às mulheres durante o parto em todo o mundo. (SADLER, 2016). Conforme estudo da Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC (Serviço Social do Comércio), realizado em 2010, 1 em cada 4 mulheres relatou ter sofrido algum tipo de violência obstétrica no momento do parto.

A atual assistência ao parto e nascimento no Brasil é caracterizada por um modelo tecnocrático hegemônico, aliado a uma elevada taxa de cirurgias cesarianas e de institucionalização do parto, o que resulta em resultados maternos e perinatais piores que os encontrados em países com igual ou menores índices de desenvolvimento socioeconômico (SANFELICE e SHIMO, 2014, p.2).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em sua Declaração sobre a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, nas últimas décadas, a partir de medidas políticas, educação e incentivos financeiros, as taxas de

assistência institucional para o parto melhoraram, todavia, experiências envolvendo abusos, maus-tratos, desrespeito são relatadas por muitas mulheres. (OMS, 2014)

Essa violência obstétrica também pode ser vista como um desestímulo para mulheres usufruírem dos serviços de assistência obstétrica. Segundo a Organização Mundial da Saúde, ela pode ser exemplificada por:

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. (OMS, 2014).

Segundo Sadler, a violência obstétrica foi colocada nas agendas feministas de políticas públicas, porém, foi negligenciada principalmente por profissionais e instituições. Assim, o foco dessa violência não é somente as vítimas, que são as mulheres, e os vitimadores, que são os profissionais de saúde, ela também incorpora dimensões culturais e sociais. (SADLER, 2016)

Dessa maneira, a violência obstétrica pode ser vista como uma forma particular de violência contra a mulher, naturalizada nos sistemas de saúde. (SADLER, 2016). Essa violência de modo de ela estar relacionada com o sexo feminino e socialmente, ela vai ser aceita e reproduzida, logo, sendo naturalizada.

Pode-se assim, resumir tal problemática, de acordo com Marina Fisher Nucci e Jane A Russo, como “a luta contra a violência obstétrica, ou seja, contra todo o parto praticado com a ingerência da tecnologia médica, transforma-se na luta por uma liberação feminina das garras do médico/patriarcado” (RUSSO, 2020).

Ademais, segundo Diniz, “humanização também pode ser vista como um termo estratégico para permitir um diálogo com os profissionais da saúde sobre a violência institucional”. (DINIZ, 2005). Evidencia, então, a necessidade das implementações de medidas humanizadas, as quais incluam uma assistência com respeito e a eliminação de práticas

abusivas. Fazendo assim a mudança de foco, de modo que o parto se torne um evento fisiológico, e com a mulher como protagonista. (HUMANIZASUS, 2014)

2.3. PARTO HUMANIZADO E RESGATE DA AUTONOMIA DA MULHER

A maternidade é descrita por Luma de Oliveira Moraes, et al., como o momento do nascimento do filho, constituindo uma das experiências mais importantes na vida das mulheres, podendo causar intensa ansiedade em relação ao parto e ao processo doloroso envolvido. Sendo assim, é necessária a compreensão do parto como um evento subjetivo e emocional que requer assistência adequada (MORAIS, 2019).

Isto posto, Diniz ainda completa, “A humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.” (DINIZ, 2001, s/p). Sendo assim, o Parto Humanizado, surge como a alternativa para a compreensão e redefinição da perspectiva do parto, buscando entender ele como um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social e cultural, quando não também sexual e espiritual.

Nesse sentido, Rosamaria Carneiro salienta a ampla possibilidade de experiências humanizadas, “De igual modo, uma mulher que dá à luz com todas as intervenções médicas, desde que tenha assim concordado, pode entender também ter parido humanizadamente.” (CARNEIRO, 2011, s/p). Sendo assim, “Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2000, a definição da humanização do parto é um aglomerado de condutas que evitem procedimentos desnecessários e de risco, e simultaneamente promovem o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural” (MORAIS, 2019, s/p).

Para a garantia da humanização algumas ações são necessárias como as elencadas por Carneiro: exibir os riscos à saúde de mães e bebês nas práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; revalorizar o nascimento, humanizando as posturas e condutas em face do parto e do nascimento, e, principalmente, incentivar as mulheres a aumentarem sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos. (CARNEIRO, 2011).

Dessa maneira, Sanfelice e Shimo evidenciam:

A falta de autonomia e o medo de não estar no controle durante a vivência do parto desperta nas mulheres a sensação de que é necessário traçar estratégias para fugir dessa realidade. Aflora a vontade de serem acompanhadas por profissionais que acreditam em seu potencial para parir, são verdadeiramente favoráveis à vivência do parto normal e fisiológico e respeitam a autonomia e o exercício da decisão compartilhada para a tomada de decisões (SANFELICE E SHIMO, 2015, p.6).

Essas ações também se inserem na declaração da OMS: “Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso.” (OMS, 2014, s/p). Logo, é necessário que atitudes sejam planejadas a fim de garantir respeito à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos humanos das mulheres.

De acordo com Carneiro, o parto humanizado deve ser entendido como polissêmico:

Se o parto humanizado pode ser expresso mediante essa pluralidade de termos, muitas são também as posições, os locais e as práticas para parir admitidos em seus contornos: partos domiciliares, hospitalares, na água, de cócoras, acompanhados de médicos, enfermeiras, parteiras urbanas e até mesmo partos desassistidos, estes quando o próprio casal coordena o respectivo andamento. Por isso, tentar apreender o parto humanizado, sem considerar sua pluralidade, seria incorrer em erro e reduzir a sua extensão. (CARNEIRO, 2011, s/p)

Diante dessa polissemia e pluralidade do termo humanização Diniz também afirma que o termo é utilizado por variados atores sociais, com diferentes interpretações do termo. Em uma dessas relações ele ressalta que é preciso entender a “humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento: a mãe tendo direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto; além de que é uma combinação dos direitos sociais em geral com os direitos reprodutivos e sexuais.” (DINIZ, 2005, s/p)

Buscando a humanização, destacam-se atitudes afins para potencializar os laços afetivos tanto entre a mãe e o filho, quanto como os demais familiares, chamando atenção para a importância de um acompanhante, de escolha da parturiente, nesse processo, além da extinção do intervencionismo excessivo, uma vez que esse pode ser danoso e prejudicial, levando a repercussões biopsicossociais negativas para a mulher. (MORAIS, 2019). Considera-se ainda sobre o processo da humanização:

Humanizar o nascimento envolve diversos aspectos como o respeito às modificações fisiológicas durante o trabalho de parto e parto, a preocupação com o contexto biopsicossocial em que a gestante está inserida e a otimização do contato precoce

mãe-filho de maneira eficaz/eficiente. Além disso, o profissional deve garantir a presença de um acompanhante de escolha da parturiente e mantê-la informada sobre todos os procedimentos que estão sendo realizados, respeitando-a enquanto mulher e cidadã (MORAIS, 2019, s/p).

A instituição de um acompanhante no trabalho de parto/nascimento foi vista como um diferencial no parto humanizado, essa atitude permitiu que a mulher visualizasse a parturição de forma mais segura, protegida e, conseqüentemente, experienciasse uma diminuição na sensação dolorosa. Além disso, a estrutura física do hospital tem papel muito importante, visto que muitos dos problemas enfrentados são a falta de condições para receber o acompanhante da parturiente no espaço da sala de parto, falta de materiais (como bola para facilitar em exercícios para a dilatação) e manutenção de equipamentos. Há, também, a dificuldade em manter a privacidade da gestante em salas de parto comuns e com menos espaço, visto a grande demanda do serviço e a estrutura física reduzida. (MORAIS, 2019).

Em outra interpretação do termo humanização, no caso de partos não-hospitalares, mais especificamente o domiciliar, as taxas de intervenções são significativamente menores, já que os profissionais se concentram em permitir a progressão do trabalho de parto de uma maneira natural, liberando o corpo feminino para agir e executar o nascimento de maneira fisiológica. “A literatura nacional reforça os bons resultados ao apontar reduzida taxa de transferência hospitalar, necessidade de cesariana, traumas perineais e uso de fármacos tanto no trabalho de parto como no pós-parto” (SANFELICE E SHIMO, 2015, p.4).

No que tange a experiência desses partos domiciliares, boa parte dos relatos relacionam a vivência do parto em casa com mais satisfação, pois as vontades das parturientes foram mais respeitadas e menos procedimentos foram realizados com ou sem o consentimento delas. “Os resultados revelaram que os partos domiciliares vivenciados pelas mulheres aconteceram mais rápido, de forma natural, sem intervenções e assistidos por parteiras ou por suas mães” (CRIZÓSTOMO, NERY e LUZ, 2007, p.1). Além disso, o conforto de um lugar familiar pode ser garantido com o nascimento em casa, enquanto os partos hospitalares carregam uma atmosfera relacionada com doenças, contribuindo para a visão distorcida do parto que o transformou de evento fisiológico para uma patologia.

Dessa maneira, a valorização da fisiologia do parto, a busca por informações e o combate à violência obstétrica com o incentivo ao parto domiciliar proporcionam, também, um

retorno da autonomia feminina, essencial durante o momento do nascimento. Isso traz de volta a valorização das mulheres nesse evento que era familiar e presenciado, principalmente, pelas figuras feminais, que foi se perdendo durante a transição dos partos para os hospitais.

A OMS estimula ainda que “a vivência do parto vaginal deve ser de maneira espontânea, com a gestante com liberdade para se movimentar e receber monitoração contínua (batimentos cardíacos fetais, alimentação, posição não supina, partograma)” (OMS apud MORAIS, 2019, s/p).

Sendo assim, na assistência ao parto humanizado “A mulher é valorizada na sua subjetividade e tem a oportunidade de desfrutar de momentos de prazer e liberdade durante todo o processo de parturição. Práticas como as massagens relaxantes, o uso de óleos aromáticos, cromoterapia, musicoterapia, entre outras são fortemente incentivadas durante todo o processo.” (SANTOS, 2015, s/p).

3. METODOLOGIA

Com base em artigos científicos voltados para obstetrícia, foram analisados em um contexto retrospectivo como a humanização do parto se efetiva, diante derelatos de mulheres em todo o mundo, que afirmam sobre ações de desrespeito e submissão no momento do nascimento de seus filhos. Esta análise, para alcançar seu objetivo, visa, então, levar em conta fatores como o alto número de cesarianas e a persistência da violência obstétrica. Assim sendo, é uma revisão de literatura que ressalta quais são as práticas e ações que tornam um nascimento humanizado.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Segundo o exposto por Daphne Rattner e no artigo de Rafaella Ayanne Alves dos Santos, et all., a história do parto inicia-se no ambiente familiar sendo considerado como parte do universo feminino e, portanto, vivenciado e auxiliado apenas por mulheres. As parteiras, curandeira, comadres e outras mulheres realizavam o parto com muita paciência, para prevalência do parto normal. Porém, a migração para o modelo de parto hospitalar trouxe diversas consequências, como a submissão da mulher aos procedimentos adotados, aumento das taxas de cesáreas e a realização de várias intervenções desnecessárias.

É nesse contexto hospitalar que o parto deixa de ser um evento fisiológico e a mulher passa a ser tratada como um ser passivo com uma suposta necessidade de múltiplas intervenções para que o nascimento do filho possa ocorrer. Diante desse contexto, surge a necessidade de intervenções políticas de modo a conceder, organizar e realizar o processo de trabalho buscando, assim, garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, surge a Política Nacional de Humanização (PNH) para criar uma estratégia que mude esse modelo intervencionista de atenção ao parto, essa estratégia recebeu o nome de Rede Cegonha.

Para a efetivação da Rede Cegonha é preciso, como dito por Dário Frederico Pasche, mudar a concepção de parto, nascimento e de gravidez, na qual, associamos o evento gravidez e parto como uma ação médica. Essa mudança de perspectiva é justamente proposta na busca da humanização do parto, que tem como desafios a transformação da cesárea de hora marcada em um procedimento de bem de consumo e a violência obstétrica, principalmente, a naturalizada no sistema de saúde. Dessa forma, busca-se a humanização da assistência e a eliminação de práticas abusivas.

Isto posto, a humanização aparece, como dito por Carmen Diniz, como a compreensão da condição humana e de direitos humanos da mulher e da criança, buscando entender o parto como um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social e cultural. Onde a mulher deve ter total autonomia sobre o seu corpo e seu parto e, esse, deve apresentar um aglomerado de condutas que evitem procedimentos desnecessários e de risco, e simultaneamente promovem o parto e o nascimento saudáveis, respeitando o processo natural, como foi dito pela Organização Mundial da Saúde.

Assim, o parto domiciliar é uma pauta para resgatar a naturalidade e o protagonismo feminino durante o parto, que se perdeu durante a contemporaneidade, de forma atuar como um freio para o caos na obstetrícia nacional, recuperando a ideia fisiológica do nascimento e rompendo com a noção patológica que acompanha esse momento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, como já exemplificado por Michelle Sadler, et al., que existe um crescente aumento de intervenções médicas durante o processo parturitivo, de forma a disseminar práticas abusivas e encaminhar para o contexto atual de violência obstétrica. Além disso, esse modelo

tecnocrático, também descrito por Rattner, apresenta como consequência as altas taxas de cesarianas, que se tornaram um bem de consumo.

O conceito de humanização surge, desse modo, para transformar essa realidade inundada de interferências e desrespeito com a mulher. Tal definição engloba condutas que acentuam a autonomia da mulher, porém, principalmente a garantia de um cuidado de saúde digno e respeitoso.

Sendo assim, Sanfelice e Shimo trazem o parto domiciliar como uma ótima opção para humanização do nascimento, uma vez que apontam a reduzida taxa de transferência hospitalar, necessidade de cesarianas, traumas perineais e uso de fármacos tanto no trabalho de parto como no pós-parto. Porém, deve-se entender que, como descrito por Rosamaria Carneiro, existe uma ampla possibilidade de experiências humanizadas, inferindo-se que uma mulher parindo com várias intervenções, se forem consentidas, pariu humanizadamente.

REFERÊNCIAS

SADLER, Michelle, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. 2016. *Reproductive Health Matters*, 24:47, 47- 55 Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>. Acesso em: Abril de 2020

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo = uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. 356 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. 13-21 Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280585>>. Acesso em: Abril de 2020

Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos HumanizaSUS; 4). 438-444 Disponível em http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf, com acesso em Abril de 2020.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp.595-602. ISSN 1414- 3283. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>, com acesso em Abril de 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Sept. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>, com acesso em Abril de 2020.

Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014 Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=A574F959280DD47271F9E724D7426515?sequence=3, com acesso em Abril de 2020.

SANTOS, Rafaella Ayanne Alves dos; MELO, Mônica Cecília Pimentel de; CRUZ, Daniel Dias. Trajetória de humanizaçãodo parto no Brasila partir deuma revisãointegrativa de literatura.Catro: Caderno de Cultura e Ciência, 2015. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/issue/view/65/showToc>. Acesso em: 13 abr. 2020.

Rede Cegonha é a oferta do Ministério da Saúde para o parto humanizado. 4. ed. Brasília-DF: Caderno HumanizaSUS, 2014. 467 p. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>. Acesso em: abril de 2020.

Humanização do Parto e do Nascimento: Pela Gestaçãode Formas de Vida das quais possamos ser protagonistas. 4. ed. Brasília-DF: Caderno HumanizaSUS, 2014. 467 p.

Disponível em: <http://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>. Acesso em: abril de 2020.

DINIZ., Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html>. Acesso em: abril de 2020.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Ilha de Santa Catarina, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86639>. Acesso em: abril 2020.

MORAIS, Luma de Oliveira et al. O Parto Humanizado no contexto atual: Uma revisão integrativa. Montes Claros: Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1375/1078>. Acesso em: 28 abr. 2020.

CRIZÓSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar, disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14>, com acesso em maio de 2020.

BRASIL, Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil, disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>, com acesso em maio de 2020.

BRASIL, Fundação Perseu Abramo, SESC. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf, com acesso em maio de 2020.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência, disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400022, com acesso em maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3, com acesso em maio de 2020.

PALHARINI, L. A. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil, disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso&tlng=pt, com acesso em maio de 2020.

SANFELICE, C. F. O.; et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar, disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>, com acesso em maio de 2020.