

TRANSFORMAÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A HUMANIZAÇÃO COM A PARTICIPAÇÃO DE DOULAS E PARTEIRAS

Beatriz Carraca Pitta, Ingrid Christyne Ferreira de Sousa, Filippo Fabi Bez, Gabriela Passananti Lopes, Sofia Serotini Pertinhez, Graziella Ferreira Moreira, Vitória de Souza Carmona, Letícia Cholodisc Bertossi Perin, Ule Hanna Gomes Feitosa Teixeira, Thaís Natália Araújo Botentuit Neves, Janaína Monteles Aguiar, Kenia Laruse de Carvalho Lima Vitorino, Mayra Aparecida Mendes Ribeiro, Fernanda Castro dos Santos, Amanda Luiza Sattler

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A assistência ao parto no Brasil passou por diversas transformações, desde a assistência domiciliar até a hospitalar, e da medicalização à humanização. Políticas públicas enfrentam desafios significativos, como altas taxas de cesárea e mortalidade materna, refletindo problemas na saúde pública. Discussões recentes destacam a excessiva medicalização na gestação e no parto, impulsionando iniciativas governamentais, organizações não governamentais e movimentos de mulheres. Este trabalho, baseado em revisão bibliográfica qualitativa, propõe um histórico da política de parto no Brasil, analisando a evolução da assistência, a importância da participação de doulas e parteiras, e a implementação da humanização do parto. Destaca-se a necessidade de políticas públicas efetivas e de profissionais qualificados para garantir uma assistência respeitosa, acolhedora e centrada nas necessidades das gestantes e recém-nascidos.

Palavras chave: Humanização do parto. Parteira. Doulas. Assistência ao parto.

Dados da publicação: Artigo publicado em Julho de 2024

DOI: <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.71>

Autor correspondente: *Beatriz Carraca Pitta*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



1 INTRODUÇÃO

A assistência prestada à mulher durante o fenômeno natural e fisiológico do parto vem sendo submetida a várias transformações ao longo do tempo. A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade (BRASIL, 2001). No contexto da atenção ao parto em nosso país, uma série de modificações foi ocorrendo e adquirindo, entre profissionais e usuárias, o status de normalidade, seja no âmbito do SUS ou fora dele. Tais mudanças implicaram a substituição do ambiente, das pessoas envolvidas e das atitudes diante do fenômeno da parturição, uma vez que o local deixou de ser o domicílio, onde a mulher era assistida por parteiras, para ocupar o espaço hospitalar muitas vezes, sozinha (RODRIGUES & SIQUEIRA, 2008).

As questões que concernem à assistência ao parto humanizado refletem o quadro geral das dificuldades observadas na implementação das políticas públicas do setor saúde do país. Não podemos abordar a humanização do cuidado de forma isolada da sua história, pois correremos o risco de ignorar os processos fundamentais que moldaram as práticas de saúde e perpetuar as influências desses aspectos, como destaca Santos *et al.* (2022), a humanização deve ser conduzida de forma politizada nas instituições, por meio de crítica e autocrítica no cuidado. As adversidades ainda presentes na atenção à saúde materna oriundas das dificuldades de organização do sistema como, por exemplo, altos índices de mortalidade materna, expressivas taxas de cesárea, baixa qualidade do pré-natal, deficitária disponibilidade de leitos de maternidade, constituem-se em problemas relevantes do ponto de vista da saúde pública no Brasil (DINIZ, 2001).

Nos últimos anos muitas discussões foram levantadas em torno das práticas obstétricas habituais no Brasil, com ênfase na excessiva medicalização na gestação e no parto, nos elevados índices de cesárea e no preocupante perfil em relação à morbimortalidade materna. Foi apenas no final da década de noventa que um novo panorama começou a ser vislumbrado a partir de iniciativas governamentais, ainda que motivados pela pressão de organizações não governamentais e do movimento de mulheres (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o presente trabalho objetiva apresentar um histórico da política construída sobre o parto no Brasil, sua importância e contexto. A pesquisa tem como base em revisão bibliográfica, de cunho qualitativo. Neste trabalho iremos apresentar a história da assistência ao parto; algumas perspectivas a respeito do parto; as políticas criadas a respeito da atenção ao

parto; e a realidade da assistência ao parto no Brasil após a introdução da política de humanização do parto.

1.1 Parto e a profissão de parteira – um breve histórico

A profissão de parteira, segundo Santos (2002), é uma das mais antigas e fundamentais da história da humanidade. Desde os primórdios da civilização até os tempos modernos, essas mulheres sábias desempenharam um papel crucial na saúde feminina e na assistência ao parto. Suas habilidades eram transmitidas oralmente, passando de geração em geração, e baseadas em uma rica tradição de observação empírica e conhecimento prático. O Ministério da Saúde (MS) define a parteira tradicional como aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira (BRASIL, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) acrescenta que a parteira tradicional adquiriu os seus conhecimentos por si ou por meio de outras parteiras, sublinhando a importância do repasse oral de conhecimentos e o entendimento de saber como práxis.

Um exemplo emblemático desse legado é *Agnodike*, como ilustrado por Alves e Tubino (2014), uma figura notável da Grécia Antiga que desafiou as normas de sua época para se tornar uma ginecologista de renome. Sua história inspiradora destaca não apenas sua própria coragem e habilidade, mas também o potencial das mulheres para superar barreiras sociais e alcançar grandeza em um mundo dominado por homens.

No entanto, à medida que as estruturas patriarcais se consolidavam, as mulheres foram gradativamente excluídas dos espaços formais de educação em saúde. Esse processo, como observa Santos (2002), refletia uma visão de mundo que relegava as mulheres ao domínio doméstico, limitando seu acesso ao conhecimento e à educação formal.

Essa exclusão sistemática das mulheres dos estudos formais teve consequências significativas na prática da assistência ao parto. Enquanto os homens adquiriam conhecimento teórico por meio de estudos acadêmicos, as parteiras continuavam aprimorando suas habilidades por meio da experiência prática e da transmissão oral do saber. Essa dicotomia entre teoria e prática, como aponta Santos (2002), muitas vezes resultava em lacunas na qualidade da assistência ao parto, com os homens carecendo da sensibilidade e da empatia essenciais nesse contexto. Refletir sobre a história da assistência ao parto, é impossível ignorar as complexas dinâmicas de poder de gênero que a moldaram.

As parteiras, ao longo dos séculos, representaram não apenas a expertise clínica, mas também a resistência e a resiliência das mulheres em face de sistemas patriarcais opressivos.

Seu legado continua a ecoar como um testemunho da importância da inclusão de perspectivas femininas na prestação de cuidados de saúde e na defesa da igualdade de gênero.

1.2. Parto no Brasil

O século XIX no Brasil foi marcado por profundas transformações políticas e sociais, como observa Vieira (2015). Esse período testemunhou a transição da sociedade colonial para uma ordem burguesa, impulsionada pela proclamação da República e pela abolição da escravatura. Com a abolição, houve uma significativa migração da população liberta para as cidades, intensificando o processo de urbanização. Esse aumento populacional nas áreas urbanas contribuiu para o surgimento de novos desafios de saúde, conforme ressaltado por Vieira (2015).

Anteriormente, durante a colonização e até o século XVIII, a assistência às gestantes e aos partos era realizada por mulheres conhecidas como "aparadeiras" ou "parteiras-leigas" (BRENES, 1991). Essas mulheres, em sua maioria pertencentes às classes mais baixas da sociedade, desempenhavam um papel vital no cuidado com a saúde das mulheres e dos recém-nascidos, principalmente em partos domiciliares. No entanto, com o aumento da população urbana, surgiram escolas de medicina que passaram a oferecer cursos de obstetrícia exclusivamente para homens, relegando as parteiras a um papel secundário (BRENES, 1991).

A partir do século XIX, os homens passaram a dominar a prática obstétrica, institucionalizando e generalizando a dominação masculina sobre o corpo feminino. Esse processo refletiu não apenas a supremacia masculina na educação em saúde, mas também a imposição de normas patriarcais sobre a conduta feminina (DUARTE, 2013). Com o ensino exclusivo de obstetrícia para homens, as práticas tradicionais das parteiras foram gradualmente substituídas por intervenções médicas, muitas vezes sem considerar as preferências das parturientes. A criação de maternidades anexas às faculdades de medicina, inauguradas em 1910, marcou um ponto de virada na assistência ao parto, separando o ensino teórico da prática clínica (DUARTE, 2013). No entanto, a falta de pacientes para os estudantes de medicina treinarem levou à necessidade de programas de saúde direcionados à assistência pré-natal. Embora essas iniciativas tenham contribuído para a redução da mortalidade infantil, a atenção à saúde da mulher muitas vezes se limitava ao ciclo grávido-puerperal, sem considerar suas necessidades individuais.

A medicalização do parto, ao longo dos anos, fortaleceu a autoridade dos médicos em detrimento das mulheres, que muitas vezes se viam impotentes diante das intervenções médicas.

A atenção ao parto passou a ser tratada como um processo industrializado, com pouca consideração pela individualidade e singularidade de cada parto. Esse modelo de atenção ao parto persiste até os dias atuais, destacando a necessidade de uma abordagem mais humanizada e centrada na mulher.

No Brasil, as reflexões acerca da humanização do parto e nascimento se intensificaram no final da década de 1980, trazidas pelos movimentos sanitaria, feminista e de redemocratização política. Ao longo desse processo, construíram críticas ao modelo médico hegemônico ao pautarem o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, a qualidade da relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários e a democratização das relações de poder estabelecidas (DESLANDES, 2005). Inúmeras iniciativas governamentais foram criadas na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, colaborou para a criação, em 2011, da Rede Cegonha (RC), estratégias instituídas pelo Ministério da Saúde para modificar a atenção ao parto, com gradativa implementação de um modelo humanizado (BRASIL, 2001)

1.2 Doulas – importância para a humanização do parto

A palavra “doula” tem origem grega e significa “mulher que serve”. Hoje, refere-se à pessoa que dá suporte emocional à mulher intraparto, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno (LEÃO & BASTOS, 2001). A princípio, a presença da doula deve ser encarada como forma alternativa e eficaz para o acompanhamento das mulheres e de seus familiares durante o trabalho de parto (SANTOS & NUNES, 2009).

Alguns autores atribuem as doulas como agente de várias formas de suporte durante o parto. Valdes e Morlans (2005), destacam que as doulas fornecem apoio emocional, encorajando e tranquilizando a gestante; adotam medidas para proporcionar conforto físico e aliviar a dor, como massagens e banhos mornos; oferecem informações, instruções e conselhos; e estabelecem um elo entre a equipe de saúde e a mulher, explicando o que está acontecendo e comunicando as necessidades e desejos da mulher à equipe de saúde. Leão e Bastos (2001), destaca ainda que “o papel da doula é único e não deve ser confundido ou substituído pelo apoio do acompanhante da parturiente, que pode ser o parceiro, mãe, irmã ou outra pessoa”. Esses acompanhantes estão emocionalmente envolvidos e frequentemente também necessitam de apoio para ajudar a mulher em um momento de grande vulnerabilidade e transformação. Nesse contexto, as doulas são frequentemente elogiadas pelos defensores do movimento de

humanização do parto e nascimento, especialmente por sua atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), onde são vistas como figuras simbólicas que remetem às práticas tradicionais de cuidado.

Seguindo essa linha, a inclusão das doulas é vista como uma das práticas recomendadas pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, implementada em 2005. Esther Vilela, uma das criadoras da Estratégia Rede Cegonha, lançada em 2011 pelo governo federal, argumenta que as doulas ajudam a reduzir a violência obstétrica tanto no sistema público quanto no privado (SIMAS, 2016). Dessa forma, a inserção das doulas é essencial para promover a discussão sobre o modelo de atenção obstétrica.

No Brasil, a integração das doulas, sejam elas profissionais ou voluntárias, nas maternidades ocorreu sem a participação ativa dos profissionais já presentes no ambiente do parto e, muitas vezes, sem que esses profissionais compreendessem o papel das doulas (SANTOS, 2009). Esse cenário criou espaço para resistências e possíveis conflitos dentro das equipes de saúde, especialmente porque muitas das orientações fornecidas pelas doulas contrariam o modelo obstétrico tradicional ainda predominante, transformando o trabalho de parto em um campo de disputa entre diferentes paradigmas assistenciais, prejudicando o protagonismo da mulher.

1.4 A humanização como modelo de atenção ao parto e nascimento

No Brasil, a humanização é uma expressão utilizada para qualificar demandas de movimentos sociais relacionadas aos cuidados prestados às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério (BOURGUIGNON & GRISOTTI, 2020). Segundo Diniz (2005), o termo passa a ser utilizado no país na década de 1990 para designar um novo modelo de atenção ao parto e nascimento que tem por fundamento as evidências científicas e os direitos humanos das usuárias dos serviços de saúde. Nesse contexto, a partir do ano 2000, o termo "humanização" passa a ser utilizado para descrever os programas implementados pelo governo federal na área da saúde materna.

Dentre as definições de um modelo de atenção ao parto humanizado, Paim (2001) destaca que:

“Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma ‘razão de ser’ – uma racionalidade. É uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação. ‘Modelo de atenção à saúde’ ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma

dada forma de combinar ‘técnicas e tecnologias’ para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os ‘meios de trabalho’ (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os ‘meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde’ individuais e/ ou coletivo. Corresponde à ‘dimensão técnica’ das práticas de saúde. Incorpora uma ‘lógica’ que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelos de intervenção em saúde) (destaques no original)”.

Nesse sentido, o conceito de modelo de cuidados obstétricos abrange, pelo menos, duas dimensões essenciais: (a) uma representação sintética que abarca procedimentos, conceitos e papéis profissionais, incorporando aspectos científico-biológicos e antropológicos, e (b) uma proposta alternativa de cuidados no parto e nascimento, defendida por um grupo restrito de profissionais, mulheres e pesquisadores, em oposição ao modelo predominante. Dessa forma, Foucault (1995) destaca que o sujeito humano está imerso em complexas relações de poder, sugerindo uma análise das resistências como forma de compreender tais relações. Então, nesse contexto, o autor Davis-Floyd (2001), citado em muitas das teses e dissertações, identifica três paradigmas de assistência à saúde: tecnocrático, humanizado e holístico, destacando a desumanização associada ao modelo tecnocrático na obstetrícia. As teses e dissertações exploram a dicotomia entre o modelo tecnocrático e o humanizado, evidenciando a desumanização presente no primeiro.

Em uma perspectiva com foco na humanização e na qualificação da atenção obstétrica é preconizada a incorporação, nos serviços de saúde, de condutas que sejam acolhedoras e pautadas na horizontalidade entre profissionais e parturientes, com atenção integral às necessidades das gestantes e do recém-nascido (BRASIL, 2005). Esse enfoque deve ser pautado na percepção da gestante enquanto um ser social, inserido em determinado contexto e com características e necessidades únicas, assim como o respeito as suas singularidades e a promoção de autonomia (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Analisar a evolução da assistência ao parto no Brasil, destacando a importância da participação ativa de doulas e parteiras na promoção do parto humanizado e na melhoria da experiência das mulheres em trabalho de parto.

2.2 Objetivos específicos

Investigar o histórico da assistência ao parto no Brasil;

Avaliar as políticas públicas de saúde relacionadas à assistência ao parto e sua efetividade na promoção da humanização;

Identificar os principais desafios e obstáculos enfrentados na implementação da humanização do parto no contexto brasileiro, com foco na melhoria da qualidade da assistência.

3 METODOLOGIA

A pesquisa segue uma abordagem qualitativa, permitindo uma compreensão aprofundada das experiências, percepções e práticas relacionadas à assistência ao parto no contexto brasileiro. Isso incluiu análise de documentos oficiais, revisão de periódicos e livros acadêmicos.

Na revisão bibliográfica, foi realizada uma revisão abrangente da literatura existente sobre a evolução da assistência ao parto no Brasil, desde os períodos colonial até os dias atuais. Foram consideradas fontes acadêmicas, como artigos científicos, teses, dissertações, livros e documentos históricos. A análise dos dados, sendo feito por uma abordagem indutiva, permitiu a identificação de temas, padrões e tendências emergentes. Foram utilizadas técnicas de análise de conteúdo para examinar e interpretar os dados qualitativos, buscando compreender as mudanças históricas na assistência ao parto, suas implicações sociais e de gênero, e os desafios atuais enfrentados pelas mulheres e profissionais de saúde. Todos os aspectos da pesquisa foram conduzidos de acordo com os princípios éticos estabelecidos.

4 DISCUSSÃO

4.1 Transição da medicalização para a humanização do parto e seus impactos na saúde materna

A transição da medicalização para a humanização do parto representa uma mudança paradigmática significativa na assistência obstétrica. Historicamente, a medicalização do parto, caracterizada pelo alto índice de intervenções tecnológicas e farmacológicas, dominou a prática obstétrica, especialmente em contextos hospitalares. Essa abordagem foi impulsionada pela crença de que o parto era um evento potencialmente perigoso, necessitando de controle médico rigoroso para garantir a segurança da mãe e do bebê.

A medicalização excessiva pode resultar em práticas desumanizadas, onde as mulheres perdem sua autonomia e são submetidas a procedimentos invasivos desnecessários. Essa perspectiva é corroborada por Alves e Tubino (2014), que apontam a história da mulher na

medicina como um campo marcado por intervenções que frequentemente desconsideram a subjetividade e as necessidades individuais das pacientes.

Estudos demonstram que a medicalização excessiva pode levar a uma série de consequências negativas para a saúde materna e neonatal. Por exemplo, o uso rotineiro de procedimentos como episiotomia, cesariana eletiva e administração de ocitocina sintética para induzir o parto tem sido associado a um aumento nas complicações como infecções, hemorragias e recuperação prolongada para as mães, além de dificuldades respiratórias e adaptação neonatal nos bebês (BOURGUIGNON & GRISOTTI, 2020; BRASIL, 2001).

A humanização do parto, ao contrário, busca respeitar os processos fisiológicos naturais do nascimento, minimizando intervenções desnecessárias e promovendo um ambiente de cuidado centrado na mulher. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), a humanização do parto inclui práticas como o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor (por exemplo, massagens e banhos quentes), o incentivo ao parto vaginal quando não há contraindicações e o respeito às preferências da mulher em relação ao seu plano de parto.

Vários estudos têm documentado os benefícios da humanização do parto. Bourguignon e Grisotti (2020) destacam que as mulheres que receberam cuidado humanizado relataram maior satisfação com a experiência de parto, menores taxas de intervenções médicas e melhores resultados de saúde para si e para os recém-nascidos. A implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011) é um exemplo de política pública que visa integrar e humanizar a atenção ao parto e nascimento, promovendo um cuidado mais respeitoso e centrado na mulher.

A humanização do parto também enfatiza a importância da comunicação clara e do consentimento informado. Mulheres que estão bem informadas sobre suas opções e envolvidas nas decisões sobre seu cuidado tendem a ter experiências de parto mais positivas e sentem-se mais empoderadas. De acordo com Cabral, Ressel e Landerdahl (2005), a sensação de controle e participação ativa no processo de parto é crucial para a percepção de uma experiência positiva, independentemente do tipo de parto.

Além disso, a humanização do parto tem sido associada a melhores desfechos psicológicos pós-parto. O apoio contínuo durante o trabalho de parto, oferecido por doulas, parteiras ou outros profissionais de saúde treinados, pode reduzir o risco de depressão pós-parto e ansiedade (LEÃO & BASTOS, 2001).

Com isso, a transição da medicalização para a humanização do parto não apenas promove melhores resultados clínicos, mas também melhora a experiência geral do parto para

as mulheres, respeitando sua autonomia e promovendo um cuidado mais holístico e centrado na pessoa. Esta mudança é apoiada por uma crescente base de evidências que sublinha os benefícios de um modelo de assistência que valoriza a fisiologia natural do parto e o papel ativo das mulheres em seu próprio cuidado.

4.2 Importância das doulas e parteiras no acompanhamento das gestantes

A presença de doulas e parteiras no acompanhamento das gestantes durante o trabalho de parto é um elemento crucial na promoção de uma assistência humanizada. As doulas, em particular, desempenham um papel significativo ao oferecer suporte emocional e físico contínuo às mulheres, desde o início do trabalho de parto até o pós-parto imediato. A importância deste apoio é amplamente reconhecida e documentada na literatura.

De acordo com Leão e Bastos (2001), o acompanhamento de doulas no Hospital Sofia Feldman demonstrou que essas profissionais contribuem significativamente para uma experiência de parto mais positiva e humanizada. As doulas proporcionam conforto emocional, ajudam no manejo da dor através de técnicas não farmacológicas e atuam como mediadoras entre a parturiente e a equipe médica. Este apoio contínuo é essencial para reduzir a ansiedade e o estresse das gestantes, promovendo uma sensação de segurança e bem-estar.

Estudos apontam que a presença de doulas durante o parto está associada a diversos benefícios clínicos. Por exemplo, pesquisas indicam que as mulheres que contam com o apoio de doulas têm menor probabilidade de necessitar de intervenções médicas como cesarianas, episiotomias e analgesia epidural (BRASIL, 2001). Além disso, a presença de uma doula pode reduzir a duração do trabalho de parto e aumentar a taxa de partos vaginais espontâneos, conforme demonstrado por Santos *et al.* (2022).

A atuação das parteiras, especialmente em contextos de partos domiciliares assistidos, também é destacada como uma prática que promove a humanização do parto. O Ministério da Saúde (2010) ressalta que o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais tem sido eficaz na integração dessas profissionais ao sistema de saúde, proporcionando um cuidado mais personalizado e respeitoso às gestantes, especialmente em regiões rurais e comunidades tradicionais. As parteiras oferecem um modelo de cuidado baseado no respeito às tradições culturais e na valorização do conhecimento empírico, o que contribui para uma experiência de parto mais positiva e respeitosa.

A literatura também evidencia que o apoio de doulas e parteiras não se limita apenas aos aspectos físicos do parto, mas se estende ao apoio emocional e psicológico, fortalecendo o

vínculo entre a parturiente e a equipe de saúde. Deslandes (2005) discute que a presença dessas profissionais é fundamental para criar um ambiente de confiança e respeito, onde as mulheres se sentem ouvidas e apoiadas em suas decisões.

Além disso, a atuação de doulas e parteiras tem um impacto positivo no pós-parto, facilitando a recuperação física e emocional das mães. Brenes (1991) argumenta que o suporte contínuo dessas profissionais pode reduzir o risco de depressão pós-parto e melhorar a ligação mãe-bebê, resultando em melhores resultados de saúde a longo prazo.

A presença de doulas e parteiras é um componente essencial na humanização do parto, promovendo uma abordagem centrada na mulher que valoriza sua autonomia, bem-estar emocional e necessidades individuais. Este modelo de cuidado não apenas melhora os desfechos clínicos, mas também enriquece a experiência do parto, tornando-a mais positiva e empoderadora para as mulheres. As evidências destacam a importância de integrar essas profissionais ao sistema de saúde de maneira estruturada, reconhecendo e valorizando seu papel crucial na assistência ao parto humanizado.

4.3 Desafios na implementação de políticas públicas de saúde para a humanização do parto

A análise das políticas públicas de saúde relacionadas à assistência ao parto no Brasil revela diversos desafios e obstáculos na promoção efetiva da humanização. Embora haja um reconhecimento crescente da importância de práticas humanizadas, a implementação dessas práticas enfrenta barreiras estruturais, culturais e institucionais que precisam ser superadas para garantir um atendimento respeitoso e digno para todas as mulheres.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, estabelece diretrizes claras para a promoção da humanização do parto e nascimento, enfatizando a necessidade de respeito à autonomia das gestantes e a promoção de um cuidado centrado na mulher (BRASIL, 2004). No entanto, a efetiva implementação dessas diretrizes tem sido desafiada por diversos fatores.

Um dos principais desafios é a resistência cultural e institucional dentro do sistema de saúde. Muitos profissionais de saúde foram treinados em um modelo de assistência obstétrica altamente medicalizado e podem relutar em adotar práticas humanizadas que parecem divergir das normas estabelecidas. Diniz (2001) argumenta que há uma necessidade urgente de reeducar profissionais de saúde para que compreendam e aceitem os princípios da humanização do parto, destacando que essa mudança requer não apenas treinamento técnico, mas também uma

mudança de mentalidade e atitudes.

Além disso, a infraestrutura de muitos hospitais e maternidades não está equipada para suportar práticas humanizadas. A superlotação, a falta de privacidade e a insuficiência de recursos materiais e humanos são obstáculos significativos que limitam a capacidade de oferecer um cuidado centrado na mulher. Santos *et al.* (2022) destacam que a implementação de práticas acolhedoras, como a presença de acompanhantes escolhidos pela gestante e a possibilidade de movimento livre durante o trabalho de parto, muitas vezes esbarra nas limitações físicas e operacionais das unidades de saúde.

Outro desafio importante é a fragmentação dos serviços de saúde, que dificulta a continuidade do cuidado e a implementação de um modelo de assistência integral. Deslandes (2005) aponta que a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a ausência de uma abordagem coordenada prejudicam a capacidade de fornecer um cuidado contínuo e centrado na mulher, desde o pré-natal até o pós-parto.

Para superar esses desafios, é fundamental investir em capacitação e treinamento contínuo dos profissionais de saúde, assim como na melhoria das condições de trabalho e na infraestrutura das unidades de saúde. Duarte (2013) sugere que políticas públicas devem incluir estratégias específicas para promover a educação permanente dos profissionais, incentivando a adoção de práticas humanizadas e a valorização do cuidado centrado na mulher.

Além disso, é necessário fortalecer a participação das mulheres e da comunidade na formulação e avaliação das políticas de saúde. A inclusão das gestantes e suas famílias no processo de tomada de decisão pode contribuir para a criação de um ambiente mais acolhedor e respeitoso, alinhado com os princípios da humanização do parto. Segundo o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2005), a promoção da participação social e o empoderamento das mulheres são elementos essenciais para a construção de um sistema de saúde mais equitativo e humanizado.

4.4 Reflexão sobre a importância de políticas e práticas que valorizem a experiência das mulheres durante o parto

Refletir sobre a importância de políticas e práticas que valorizem a experiência das mulheres durante o parto é essencial para a promoção de uma assistência humanizada e centrada na gestante. Este enfoque holístico considera não apenas os aspectos clínicos, mas também o bem-estar físico, emocional e social das mulheres durante o processo de nascimento.

A valorização da experiência da mulher durante o parto envolve o respeito à sua

autonomia e a inclusão de suas preferências e escolhas no plano de parto. Conforme destaca Bourguignon e Grisotti (2020), as trajetórias de pesquisadoras no campo da humanização do parto mostram a importância de uma abordagem que reconheça a centralidade da mulher no processo, promovendo um cuidado que respeite suas individualidades e direitos.

As políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), estabelecem diretrizes para a promoção de um parto humanizado, que inclui práticas como o respeito às decisões da mulher, a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor e a presença de um acompanhante de escolha da gestante. No entanto, a efetiva implementação dessas diretrizes exige uma mudança cultural e institucional significativa.

Estudos indicam que práticas que valorizam a experiência da mulher durante o parto, como o apoio contínuo de doulas e parteiras, têm um impacto positivo na satisfação das gestantes e nos resultados de saúde. Segundo Santos *et al.* (2022), a presença de doulas e parteiras durante o trabalho de parto não apenas reduz a necessidade de intervenções médicas, mas também melhora a percepção das mulheres sobre o processo de nascimento, proporcionando uma experiência mais positiva e empoderadora.

A reflexão sobre a importância de políticas que valorizem a experiência das mulheres também envolve a análise de barreiras estruturais e institucionais. Muitas vezes, a falta de recursos e a sobrecarga das unidades de saúde dificultam a implementação de práticas humanizadas. Deslandes (2005) aponta que a superlotação e a falta de privacidade são desafios significativos que comprometem a qualidade do cuidado oferecido às gestantes.

Para superar esses desafios, é necessário investir em infraestrutura adequada e na capacitação contínua dos profissionais de saúde. Programas de formação que enfatizem a importância do cuidado centrado na mulher e as técnicas de comunicação eficaz podem contribuir para uma mudança de cultura dentro das instituições de saúde, promovendo uma abordagem mais respeitosa e acolhedora.

Além disso, a promoção de um ambiente de cuidado que valorize a experiência das mulheres durante o parto requer a integração de práticas baseadas em evidências e o fortalecimento da participação das gestantes no processo de tomada de decisão. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2005) destaca a importância de empoderar as mulheres e incluir suas vozes na formulação e avaliação das políticas de saúde.

Em termos de bem-estar emocional e social, a humanização do parto também envolve o reconhecimento das necessidades psicológicas das gestantes. Segundo Rodrigues e Siqueira (2008), o apoio emocional durante o parto é crucial para reduzir o estresse e a ansiedade,

contribuindo para uma recuperação pós-parto mais rápida e uma melhor ligação mãe-bebê.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os trabalhos analisados, incluindo teses, dissertações, documentos oficiais e livros acadêmicos, frequentemente justificam a escolha de seus objetos de pesquisa com base nas trajetórias profissionais, acadêmicas e políticas dos autores. Esses relatos evidenciam os cargos institucionais ocupados, contribuindo para a dupla finalidade de justificar o trabalho e buscar legitimidade para suas falas. Além disso, muitos desses trabalhos incluem testemunhos pessoais que se entrelaçam com o desenvolvimento do campo de pesquisas sobre a humanização do parto e nascimento no Brasil, assim como com a implementação de políticas de saúde em suas respectivas regiões. A análise revela uma preocupação constante em justificar a necessidade de estudar e investigar a assistência ao parto, fundamentada nos dilemas enfrentados na prática profissional.

Este estudo enfatiza os centros de pesquisa e as áreas de conhecimento com maior produção quantitativa sobre a temática da humanização do parto e nascimento no Brasil. A delimitação desses centros e da área de ciências da saúde é um resultado importante, embora ofereça limitações ao não integrar contribuições de pesquisadores fora dos centros de referência e de áreas distintas. Portanto, incentivamos a realização de novos estudos que explorem as trajetórias de trabalhos não contemplados devido aos métodos de seleção aplicados, enriquecendo assim o entendimento sobre a humanização do parto no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, Elaine; TUBINO, Paulo. **História da mulher na medicina**. Brasília. 2014.

BOURGUIGNON, A; GRISOTTI, M. **A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.27, n.2, abr.-jun. 2020, p.485-502.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília (DF); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano**

Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Presidência da República, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências.** Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1459/ GM/MS, de 24 de junho de 2011.** Dispõe sobre a implantação da Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011; 25 jun.

BRENES, A. **História da Parturição no Brasil, Século XIX.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1991. p. 135-149.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; RESSEL, Lúcia Beatriz; LANDERDAHL, Maria Celeste. **Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 459-465, dez. 2005.

DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth.** International Journal of Gynecology and Obstetrics, v.71, supl.1, p.S5-S23. 2001.

DESLANDES, S. **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.** Cien Saude Colet 2005; 10(3):615-626.

DINIZ, C. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto.** São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

_____, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n.3, p.627-637. 2005.

DUARTE, Fernanda Lacerda. **Movimentos Identitários: Associações Entre O Feminismo E A Escolha Pelo Parto Humanizado.** In Ciências Sociais em foco: faces do Brasil no mundo contemporâneo. Universidade Estadual de Maringá. Paraná, 2013.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder.** In: Dreyfus, Hubert L.; Rabinow, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária. p.231-249. 1995.

LEÃO, M. R. DE C.; BASTOS, M. A. R.. **Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 9, n. 3, p. 90-94, maio 2001.

OMS. Parteiras tradicionais. **Declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF.** OMS, 1993. Genebra.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. DE. **Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 8, n. 2, p. 179-186, jan. 2008.

SANTOS, M. P. DA S. et al.. **Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 5, p. 1793-1802, maio 2022.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico.** 2002. p. 249. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Universidade

Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SANTOS, D. DA S.; NUNES, I. M.. **Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 13, n. 3, p. 582–588, jul. 2009.

SIMAS, Raquel. **Doulas e o movimento pela humanização do parto – poder, gênero e a retórica do controle das emoções**. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2016.

VALDES L., Verónica; MORLANS H., Ximena. APORTES DE LAS DOULAS A LA OBSTETRICIA MODERNA. **Rev. chil. obstet. ginecol.**, Santiago, v. 70, n. 2, p. 108-112, 2005.

VIEIRA, Elisabeth M. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Coleção Antropologia e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2015.