

Capítulo 20

PARTO HUMANIZADO

ISADORA FINGER MASCARELLO¹
BRUNA CRISTINA MATTOS DE PIERI¹
SOPHIA OLIVEIRA BASSO¹
VITÓRIA LUISA LODI CARVALHO¹

1. Discente – Medicina da Universidade Positivo.

Palavras Chave: Parto Humanizado; Violência Obstétrica

INTRODUÇÃO

Até o início do século XX, as mulheres tinham seus partos realizados em domicílio, com o apoio de parteiras, amigas e/ou familiares, sendo o ambiente hospitalar reservado apenas para o caso de complicações ou impossibilidade de nascimento pela via vaginal. Com o advento de novas tecnologias de antisepsia, analgesia e antibioticoterapia, a hospitalização das parturientes tornou-se cada vez mais frequente, com o intuito de tornar o parto mais seguro, diminuindo a morbimortalidade materna e do recém-nascido (RN). Apesar dos inúmeros benefícios de uma assistência médica ao trabalho de parto, é fato que, com essa mudança de ambientação, o parto deixou de se tornar um processo fisiológico e natural, passando a ser considerado um procedimento patológico, que necessita de intervenções médicas e até mesmo cirúrgicas para a prevenção de complicações, muitas das quais, provaram ser ineficazes ou até danosas para as gestantes. A hospitalização do parto resultou em uma mecanização da assistência e despersonalização da gestante (RATTNER *et al.*, 2013).

O termo "humanizado" provém de "humanizar", cujo significado é "tornar humano; dar feição ou condição humana a", ou seja, dar a qualidade de humano ao parto ao aceitá-lo como algo natural e fisiológico da existência humana que envolve inúmeros aspectos. Nesse sentido, o parto humanizado é uma abordagem centrada na mulher, buscando respeitar as suas

escolhas durante o trabalho de parto, visando atender às necessidades de cada gestante, além de reduzir taxas de mortalidade materna e proporcionar um maior cuidado com o RN (**Figura 20.1**). Para além de protocolos, técnicas e procedimentos, essa assistência possibilita um contato direto com a gestante e seus familiares, a fim de garantir acesso à informação, escutar seus receios e anseios, sanar eventuais dúvidas, assegurando-os o bem-estar e segurança, tanto da gestante, do bebê e dos familiares durante todo o processo.

Desse modo, para assegurar essa assistência de maneira eficaz, torna-se essencial proporcionar à gestante um acolhimento respeitoso e acesso à informação para que ela reconheça seus direitos, incluindo a possibilidade de ter uma companhia presente, a liberdade de escolher a via de parto e até mesmo um plano de parto a ser seguido pela equipe que irá atendê-la. Cabe ao profissional de saúde orientar e apresentar de forma clara as opções disponíveis, cumprindo seu papel fundamental nesse processo.

Para garantir a adequada humanização do parto, é imprescindível o respeito da equipe de saúde aos direitos da gestante, a assistência hospitalar adequada e com práticas baseadas em evidências científicas, o abandono de intervenções desnecessárias ou danosas à parturiente e o respeito a princípios e orientações que favoreçam o protagonismo da gestante durante seu processo de parto, os quais serão discutidos ao longo do capítulo.

Figura 20.1 Descrição do manejo de parto humanizado.



Fonte: Autoral.

Violência Obstétrica

A violência obstétrica é uma violação dos direitos humanos por meio do desrespeito à gestante, o qual ameaça o direito à vida, à saúde, à autonomia e dos processos reprodutivos por qualquer profissional da saúde, que, por meio da adoção de intervenções desumanizadoras, impeça a autonomia e a capacidade da gestante em decidir sobre seu corpo. Esse tipo de violência afeta diretamente a qualidade de vida das parturientes, sendo um fator contribuinte para a alta mortalidade materna e neonatal no Brasil (FIOCRUZ, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), certos grupos de mulheres são particularmente propensos a experimentar violência obstétrica, entre eles, adolescentes, mulheres de baixo nível socioeconômico, migrantes e as portadoras de HIV. Dentre os relatos sobre abusos durante o parto por profissionais da saúde, estão:

1. Procedimentos médicos coercivos ou não consentidos;
2. Recusa em administrar analgesia;
3. Graves violações de privacidade;
4. Cuidado negligente durante o parto, levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras à vida;
5. Abusos verbais e violência física.

Esses abusos enfrentados por mulheres durante o trabalho de parto evidenciam partos desumanos que geram traumas psicológicos severos e uma forte negligência pelos profissionais de saúde sobre a gestante e seu bebê, podendo levar à morte de ambos (OMS, 2018).

O Brasil possui a segunda maior taxa de cesarianas no mundo, com cerca de 55% das mulheres dando à luz por essa via de parto, indicando que são comuns as intervenções obstétricas desnecessárias. Isso evidencia não somente a alta taxa dessa cirurgia, mas também a falta de informação e esclarecimento sobre as vias possíveis de se realizar o parto, seus riscos e principalmente suas indicações e benefícios. Esses

fatores somados à falta de autonomia da gestante, fazem com que as taxas de cesáreas e suas complicações sejam cada vez maiores (DIAS, 2022).

A medicalização do parto, isto é, a administração de drogas e intervenção médica excessiva durante o trabalho de parto, muitas vezes vista como conduta habitual, segura e benéfica, é considerada violência obstétrica, à medida que desrespeita as escolhas das mulheres. Um estudo mostrou que cerca de 40% das mulheres recebem ocitocina para aceleração do trabalho de parto, um processo que muitas vezes poderia ser alcançado de maneira fisiológica, sem a necessidade de colocar a parturiente em risco, sendo, muitas vezes, realizado para acelerar o parto, apenas para conforto do próprio médico (GOMES, 2022).

Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Com o intuito de diminuir os impactos do modelo intervencionista de assistência ao parto ao binômio mãe-RN, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2000, o PHPN, que representou um grande salto na política de humanização do parto (RATTNER, 2013).

Entre os princípios do programa, destacam-se o direito da gestante ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, no parto e no puerpério; o direito de conhecer e acessar a maternidade em que será atendida; o direito à assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura (BRAGA *et al.*, 2016).

Acesso à informação

O direito à informação se traduz em transmitir o conhecimento de forma objetiva e simples à paciente, levando em consideração suas diferenças culturais e sociais. Dentre as informações necessárias nesse momento, algumas

envolvem as hipóteses e diagnósticos confirmados, exames, riscos e consequências, efeitos colaterais, duração e objetivo de cada procedimento, inclusive os cirúrgicos ou não cirúrgicos, o que abrange o envolvimento na decisão pela via de parto, considerando cada caso em particular e suas respectivas indicações médicas. É importante ressaltar que a paciente também tem o direito de visitar o hospital onde o seu parto acontecerá.

Nesse sentido, a parturiente tem o direito de esclarecimento em todo o processo, desde o pré-natal até o final da gestação, inclusive no preparo para o parto, cuidados com o RN e o aleitamento. Dessa forma, todas essas medidas, além de oferecerem segurança para a paciente, contribuem significativamente na maior adesão nas consultas de pré-natal e no seguimento pós-parto, além de promover um ambiente respeitoso, digno e acolhedor, fundamental principalmente neste momento da vida.

Direito à acompanhante no trabalho de parto

Pela lei nº 8.080, de 1990, toda parturiente tem direito a um acompanhante durante todo o trabalho de parto e puerpério imediato, que deve ser indicado pela própria gestante. Caso seja de seu desejo, de acordo com o manual de 2001 de Assistência ao Parto, Aborto e Puerpério do MS, a figura da doula também pode fazer parte do acompanhamento de todo o trabalho de parto, sem que isso exclua o direito a um acompanhante de livre escolha (LIMA, 2015).

Estudos demonstraram que o apoio físico e emocional contínuo à gestante durante o trabalho de parto encurtou a duração do trabalho de parto, reduziu o uso de analgesia farmacológica e levou a melhores resultados perinatais (BRAGA, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Assim, é essencial que os hospitais e maternidades apoiem e garantam o acesso da parturiente ao seu direito a um acompanhante e/ou doula, não apenas como medida para fortalecer a humanização do parto, mas também, para contribuir para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Intervenções desencorajadas

Intervenções desencorajadas no parto humanizado abrangem práticas que podem perturbar o curso natural do parto. Isso inclui o uso excessivo de medicamentos, intervenções cirúrgicas, como cesarianas sem justificativa clínica, e restrições à mobilidade da gestante. O foco do parto humanizado é proporcionar uma experiência respeitosa, priorizando a autonomia da mulher e valorizando o processo fisiológico do parto, reduzindo intervenções médicas não essenciais para preservar a natureza intrínseca desse evento.

O enema para esvaziamento intestinal de rotina no início do trabalho de parto, ainda muito realizado com o argumento de reduzir as taxas de infecção materna e neonatal e de acelerar o trabalho de parto, não está indicado, visto que estudos randomizados não demonstraram evidências desses supostos benefícios. Pela OMS, o enema é considerado uma prática danosa e ineficaz que deve ser desencorajada na rotina obstétrica (BRAGA *et al.*, 2016; LIMA, 2015).

Com relação à dieta, ainda é comum que muitas maternidades brasileiras proíbam a ingestão de alimentos sólidos e/ou líquidos, com a justificativa de evitar a Síndrome de Mendelsohn (uma pneumonite associada à aspiração de ácido gástrico), complicação mais associada à

anestesia geral que é raramente utilizada em partos de baixo risco. Atualmente, a recomendação é que seja permitido à gestante ingerir alimentos leves e líquidos claros durante o trabalho de parto, a fim de evitar hipoglicemia e desidratação, melhorando o conforto e a satisfação da parturiente (LIMA, 2015).

A tricotomia dos pelos pubianos é um procedimento ainda muito frequente, realizado com o objetivo de evitar infecções perineais e facilitar a visualização do períneo para sutura em caso de lacerações. Evidências mostraram que não houve benefícios em relação à diminuição das taxas de infecção materna e neonatal em mulheres submetidas à tricotomia. Além disso, muitas mulheres que passam pela tricotomia referem desconforto durante e após o procedimento devido ao crescimento dos pelos (BASEVI & LAVENDER, 2014; BRAGA *et al.*, 2016; LIMA, 2015).

Orientações para o parto

Para um parto humanizado, é primordial conferir um atendimento humanizado, sendo assim, a boa comunicação entre os profissionais e a gestante deve ser preconizada, com a valorização das queixas da paciente, conversa com a família, explicação de forma simples e compreensível as informações, e, acima de tudo, não omitindo a verdade.

Outras questões envolvem a liberdade de movimentação e deambulação da gestante, alívio da dor com métodos não farmacológicos, conforto com imersão em água, privacidade e presença de profissional capacitado para acompanhar o parto, e que ela possa escolher a posição em que se sinta mais confortável para parir.

Com relação à posição no momento do parto, sabe-se que posições mais verticalizadas como sentada, reclinada, de cócoras ou em quatro apoios, são mais confortáveis para a gestante no período expulsivo e melhoram o aporte sanguíneo para o feto, visto que diminuem a compressão da veia cava inferior, prevenindo a bradicardia fetal. Uma revisão sistemática evidenciou, ainda, que posições verticalizadas estão associadas a menor tempo de período expulsivo, menos episiotomias e menos intervenções, mas que podem aumentar o risco de sangramentos acima de 500 mL e de lacerações perineais. A escolha da posição durante o trabalho de parto, portanto, deve ficar a critério da parturiente, que deve ser incentivada a assumir a que lhe é mais confortável (GUPTA *et al.*, 2017; LIMA, 2015).

Durante o trabalho de parto, a deambulação deve ser estimulada por uma série de motivos. A movimentação facilita a dilatação e a progressão para contrações ritmadas e espontâneas, o que reduz a necessidade de ocitocina intraparto, além de possibilitar à parturiente um melhor controle e autonomia sobre seu próprio trabalho de parto. Além disso, a deambulação funciona como uma distração da dor para a gestante e promove maior interação com o acompanhante. Essa medida pode, portanto, reduzir a necessidade de analgesia farmacológica e a indicação de cesariana, evitando um parto intervencionista (BRAGA, 2016).

O uso de analgesia farmacológica durante o trabalho de parto, isto é, a anestesia regional, deve ficar a critério da própria gestante, e não deve ser realizado de forma primária ou exclusiva. Caso desejada, deve ser utilizada em conjunto com métodos não-farmacológicos de alívio da dor, como técnicas de respiração e relaxamento, massagem (principalmente, a perineal), banhos quentes ou imersão em água morna. A **Figura 20.2** mostra uma gestante em

trabalho de parto utilizando a bola suíça para realização de massagem perineal. Ainda, é essencial, que a equipe e acompanhante da gestante forneça todo o suporte emocional necessário, a fim de melhorar a autoconfiança e bem-estar da parturiente, melhorando sua percepção da dor e favorecendo uma experiência mais positiva (BRAGA, 2016; NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH, 2014).

Figura 20.2 Utilização da bola suíça durante o trabalho de parto.



Fonte: Agência Brasília, 2019.

Episiotomia

A episiotomia, uma incisão realizada no períneo da mulher durante o período expulsivo do parto com o objetivo de evitar lacerações perineais de terceiro e quarto graus, preservar a musculatura perineal e a função sexual e reduzir incontinência fecal e urinária, é um dos procedimentos mais realizados no mundo, ainda que sem uma indicação apropriada (LIMA, 2015).

Apesar dos supostos benefícios, é um procedimento cirúrgico de muitos efeitos adversos, como assimetria ou estreitamento do orifício vaginal, prolapso vaginal, fistulas retovaginal e anal, aumento de perdas sanguíneas, hematoma, dor e edema locais. Além disso, a episio-

tomia ainda aumenta o risco de infecção, deiscência de suturas e disfunção sexual (LIMA, 2015).

Evidências já demonstram que o uso rotineiro da episiotomia deve ser abandonado por ser um procedimento que deve se restringir apenas para casos seletivos (CARROLI & MIGNINI, 2009). Atualmente, a realização da episiotomia é recomendada apenas em casos de necessidade de acelerar o desprendimento da cabeça fetal (quando a situação fetal não é tranquilizadora), fadiga materna, uso de instrumentação no parto e quando há convicção de que haverá ruptura perineal com laceração importante (KETTLE *et al.*, 2012).

Parto na água

A técnica de hidroterapia envolve submergir gestante em água aquecida, seja em uma banheira, hidromassagem ou mesmo no chuveiro (COWAN *et al.*, 2017). Essa imersão favorece o parto natural, reduzindo a necessidade de intervenções devido a seus efeitos neuroendócrinos, circulatórios, musculoesqueléticos e psicológicos (NUTTER *et al.*, 2014).

Os benefícios da hidroterapia incluem alívio das dores das contrações, menor risco de laceração perineal, aceleração do tempo de trabalho de parto e redução das chances de intervenções (COWAN *et al.*, 2017).

Como resultado, a hidroterapia se destaca como uma abordagem segura, não invasiva e

benéfica para o parto humanizado, proporcionando uma alternativa válida com experiências mais satisfatórias para a mãe e o neonato. A falta de efeitos adversos reforça a segurança dessa prática como uma metodologia confiável.

Apesar de seguro, o parto na água requer alguns cuidados como evitar que a água esteja muito funda, monitorar temperatura da água, deixar a criança nascer completamente dentro da água antes de trazê-la à superfície, remover o RN da água imediatamente após o nascimento e ter um protocolo para lidar com complicações não esperadas.

Imagem 20.3 Hidroterapia durante o trabalho de parto.



Fonte: Hospital e Maternidade Santa Joana.

Princípios da OMS para um cuidado hospitalar humanizado ao parto

A **Tabela 20.1** mostra alguns princípios do cuidado humanizado da Organização Mundial da Saúde (OMS) à gestante em cada etapa da assistência hospitalar.

Tabela 20.1 Princípios do cuidado humanizado à gestante na assistência hospitalar.

Etapas da assistência	Princípios
Na admissão hospitalar	Respeitar a privacidade da mulher e a escolha do acompanhante. Na falta de acompanhante, oferecer a possibilidade de acompanhamento por doulas.
Durante o trabalho de parto	● Evitar o jejum, oferecer líquidos e alimentos leves por via oral para prevenção de hipoglicemia; ● Oferecer suporte emocional empático; ● Prestar informações sempre que necessário; ● Respeitar o direito da mulher à realização ou não da episiotomia, que deverá ser realizada de forma seletiva; ● Clampear o cordão umbilical somente após a parada da pulsação do cordão; ● Proporcionar liberdade de deambulação e movimentação; ● Prover e promover métodos de analgesia não farmacológica, sem deixar de disponibilizar os métodos farmacológicos quando necessários; ● Monitorar o bem-estar físico e emocional da parturiente.
Após a dequitação	● Inspeção acurada da placenta e meios para prevenir hemorragia pós-parto; ● Prevenção da hipotermia do RN; ● Amamentação na primeira hora de vida.

Fonte: Adaptado de BRAGA *et al.*, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASÍLIA. Centros obstétricos recebem bolas de Pilates para auxiliar nos partos. 2019. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/09/03/centros-obstetricos-recebem-bolas-de-pilates-para-auxiliar-nos-partos/>. Acesso em: 22 nov. 2023.

BASE VI, V. & LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labor. *Cochrane Database Syst Rev* 2014. v. 11. doi: 10.1002/14651858.CD001236.pub2.

BRAGA, G.C. *et al.* Assistência intra-hospitalar ao parto baseada em evidências. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 13. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 37-70. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF., set., 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 23 nov 2023.

CARROLI, G. & MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009. v. 1. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175536/pdf/emss-57059.pdf>>. Acesso em: 24 nov 2023.

COWAN, R. *et al.* Hydrotherapy as Nursing Intervention for Labour Pain A literatura review. *Diversity of Research in Health Journal*, 2017. v. 1. p. 221-132. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/ccb8/4f8d1bef97f81a41a15c7ca2953fd0c7cf32.pdf>>. Acesso em 23 nov 2023.

DIAS, B.A.S. *et al.* Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 38, n. 6, 2022. doi: 10.1590/0102-311XEN073621.

GOMES, B.M.C. *et al.* Da medicalização do parto à violência obstétrica: tecituras sob o ponto interseccional. *Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades*. Salvador, n. 17, v.1, jan.2022-jun.2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicus>>. Acesso em: 22 nov 2023.

GUPTA, J.K. *et al.* Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. v. 5. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.

KETTLE, C. & TOHILL, S. Perineal Care. *BMJ Clin Evid* 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21481287/>>. Acesso em 25 nov 2023.

LIMA, J.B.M.C. Adaptação para atendimento obstétrico humanizado – experiência do Hospital Sofia Feldman. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 67-98. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 23 nov 2023.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25950072/>>. Acesso em: 23 nov 2023.

NUTTER, E. *et al.* Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature. *J Midwifery Womens Health*. 2014 v. 59, n3. p. 286-319. doi: 10.1111/jmwh.12194.

OLIVEIRA, C.F. *et al.* Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n2. p. 427-439, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PCcP8QgG6tpcCRxnJMfs6RK/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2023.

RATTNER, D. Implementação da humanização na atenção a partos e nascimentos pelo Ministério da Saúde. In: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p. 95-145. (Sistema de Educação Médica Continuada a Distância, v. 2).

SANTA JOANA. Centro de Parto Normal. Disponível em: <https://santajoana.com.br/centro-de-parto-normal/>. Acesso em: 23 de novembro de 2023.

FIOCRUZ. Violência Obstétrica: Conceitos e Evidências. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. 2023. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/violencia-obstetrica-conceitos-e-evidencias/> >. Acesso em: 22 nov 2023.

WHO - World Health Organization. recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Licence:CCBY-NC-SA3.0IGO.