

Aspectos Contemporâneos Referentes à Humanização na Assistência ao Parto

Nayanne Araújo Rios da Luz

Mestre em Planejamento em Políticas Públicas - UECE

Maria do Socorro Ferreira Osterne

Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas (PPGPP) da UECE

Resumo

Este estudo consubstancia uma análise sobre a humanização da assistência ao parto nos dias atuais. Tem seu ponto de partida na verificação dos tipos de parto e de assistência ocorridos na contemporaneidade e do aprofundamento conceitual que circunda o tema. Para tanto, foi utilizado a revisão de literatura com base em pesquisa de natureza qualitativa. Desta análise, pode-se concluir que “parto humanizado” não supõe um conceito objetivo. O parto humanizado pode ser realizado de diversas formas, de acordo com a assistência disponibilizada e a escolha da mulher esclarecida quanto à sua tipificação. No entanto, para que se efetive, deve haver um amplo processo de comunicação e conhecimento desde o pré-natal até o pós-parto, garantindo que a mulher possa ter o esclarecimento necessário para decidir sobre o seu parto. Ademais, este artigo destaca que os profissionais de saúde devem estar plenamente consciente do papel de protagonismo da mulher, atuando como auxiliares da parturiente, respeitando sua individualidade e suas escolhas.

Palavras-chave: Humanização. Parto. Assistência. Saúde da mulher.

Abstract

This study is an analysis of the humanization of childbirth care nowadays. It has its starting point in verifying the types of childbirth and care that occur in the contemporary world and the conceptual deepening that surrounds the subject. To do so, we used the literature's review based on qualitative research. From this analysis, it can be concluded that "humanized childbirth" does not suppose an objective concept. Humanized childbirth can be carried out in a variety of ways, depending on the care provided and the choice of the woman. However, to be effective, there must be a broad process of communication and knowledge from prenatal to postpartum, ensuring that the woman can have the necessary clarification to decide on her delivery. In addition, this article emphasizes that health professionals should be fully aware of the role of women's protagonism, acting as auxiliaries to the parturient, respecting their individuality and their choices.

Key words: Humanization. Childbirth. Assistance. Women's health.

Introdução

A humanização do parto, designação mais comumente encontrada na literatura brasileira, passou a ser uma necessidade reconhecida por mulheres e estudiosos a partir da verificação dos resultados que a medicalização¹ do parto tem apresentado, demonstrando que o uso de rotinas institucionalizadas aumenta ainda mais a possibilidade de novas intervenções médicas e de riscos à saúde materna e perinatal. A partir de então, se iniciou o movimento internacional que tem buscado priorizar o uso das tecnologias apropriadas e melhorar a interação entre pacientes e profissionais de saúde (DINIZ, 2005).

Os movimentos dos quais derivam esse conceito iniciaram na Europa, com outros nomes, e criticavam algum(ns) dos aspectos da assistência ao parto que havia se estabelecido mundialmente, tendo em sua base nomes como os franceses Frederick Leboyer² e Michel Odent³, desde a década de 70, e da inglesa Janet Balaskas⁴, na década de 80.

No Brasil, a humanização do parto é um tema que vem sendo discutido desde a década de 70 pelo movimento de mulheres, que passou a reconhecer que, “mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, esta era vivida em condições de opressão, relacionadas ao controle social das grávidas” (DINIZ, 2001, p. 23). Surgem, ainda, “profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas” (DINIZ, 2005, p. 631).

Na década de 80, o movimento passa a propor políticas públicas e informar sobre o que passam a chamar de “humanização da assistência ao parto” (DINIZ, 2001, p. 23), a partir

1 Conforme Vieira (2002, p. 15), a medicalização do corpo feminino se refere à “como este corpo, através da história, é construído como objeto da medicina”, o que se deu de forma gradativa, até que o parto se tornasse um evento médico.

2 O seu livro “Nascer Sorrindo”, publicado pela primeira vez em 1975, é sua principal obra e permanece sendo amplamente utilizado como importante referência quanto à humanização.

3 Michel Odent tem dezenas de publicações sobre a humanização da assistência ao parto, sendo seu primeiro livro “O Renascimento do Parto”, de 1984, que inspirou, inclusive, o documentário brasileiro intitulado de “O Renascimento do Parto”, que estreou em 2013 e repercutiu nas redes sociais. Suas obras trazem diversas abordagens acerca da humanização e demonstram a diferença da experiência do parto, para a mãe e para o bebê, quando este se desenvolve de forma humanizada e atenciosa.

4 Um dos mais importantes e revolucionários livros de Janet Balaskas é o ‘Parto Ativo’, publicado pela primeira vez no Reino Unido em 1981, e no Brasil em 1989, e ensina as mulheres a se manterem ativas no trabalho de parto e parto, preconizando o seu envolvimento físico e psicológico para definir o ritmo e os meios utilizados. A partir desse livro, a expressão parto ativo passou a ser amplamente utilizada.

de grupos como o “Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Porto em Pernambuco” (DINIZ, 2005, p. 631).

Nos movimentos que foram surgindo com o intuito de reavaliar as relações da mulher com o parto, destaca-se a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna)⁵, fundada em 1993, por meio da Carta de Campinas. Vale citar um trecho da carta que aponta a mudança que foi sendo gradativamente incorporada pelas grávidas e parturientes quanto à melhor forma de dar à luz ao considerar as práticas que vinham sendo adotadas pelos profissionais de saúde.

a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam, inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005, p. 631)

Mais recentemente foram sendo criados inúmeros movimentos relacionados à humanização do parto, inclusive aproveitando a facilidade de comunicação que foi gerada com as disseminação das redes sociais, de modo que se pode verificar a existência de constantes encontros físicos e virtuais em prol do debate das questões ora levantadas e de muitas outras correlatas, como amamentação, autonomia, trabalho e políticas públicas.

A sociedade tem tido a oportunidade de alcançar um acesso muito mais aprofundado acerca do tema, e isso tem feito com que várias discussões sejam iniciadas, muitas ações sejam encaminhadas ao Congresso Nacional para que sejam reguladas e cada vez mais pessoas se posicionem em defesa dos direitos das mulheres terem todo o suporte médico necessário e toda a informação para decidir sobre o seu pré-natal e parto.

De todo modo, os estudos contemporâneos relacionados ao parto humanizado não têm, ainda, uma definição objetiva e consensual, frente aos diversos entendimentos literá-

5 O movimento REHUNA passou a se organizar no fim da década de 80 e inclui “dissidentes representantes de segmentos diversos, entre eles profissionais de saúde - médicos (sanitaristas, obstetras e pediatras), enfermeiras obstetras, parteiras, usuárias, formuladores de políticas, diretores de serviços, grupos de mulheres, pesquisadores, acadêmicos, movimento popular de saúde, centros de práticas alternativas entre outros (DINIZ, 2001, p. 26).

rios acerca do seu conceito e abrangência, mas apontam para a análise das atitudes relacionadas ao parto e à sua assistência, não devendo ser confundido com os conceitos de parto vaginal e parto cesariano, que também serão devidamente descritos a seguir.

Com base nisto, serão analisadas as seguintes questões: o parto vem sofrendo diversas intervenções nos últimos séculos, fazendo surgir uma variedade de tipos de assistência e, conseqüentemente, de tipos de parto; a assistência humanizada do parto deriva de uma mudança no paradigma da saúde em relação ao cuidado e à bioética; e o parto humanizado é um tema em aguda discussão, que merece ser aprofundado.

O presente estudo tem natureza qualitativa tendo em vista a intenção de uma análise descritiva, exploratória e explicativa, a partir da interpretação do contexto social, político e histórico que circunda a prática da assistência ao parto, buscando aprofundar-se nas relações sociais e políticas envolvidas (MINAYO, 2006).

O exame bibliográfico foi realizado tendo em vista que a pesquisa se refere a um estudo teórico-acadêmico que, portanto, necessita de suporte literário dos autores especialistas nas categorias analisadas. Este se deu por meio da leitura de livros, teses, dissertações e periódicos sobre a matéria, principalmente na área das Ciências Sociais e Políticas, Sociologia, Direitos Humanos e Fundamentais.

1. Os tipos de parto e de assistência ao parto

Percebe-se, no senso comum e até mesmo nos movimentos e na literatura, que não há um perfeito consenso acerca do limiar entre alguns dos tipos de parto e de assistência, sobre o que significa exatamente cada tipo de parto e até onde a assistência poderia ser definida como humanizada ou não. Nesse sentido, serão esclarecidos os conceitos considerados no presente estudo quanto aos tipos de parto e de assistência ao parto.

Inicialmente, deve-se esclarecer que o parto pode ser realizado pela via vaginal ou pela via abdominal. O parto por via vaginal pode ser realizado de forma natural ou normal, enquanto o parto abdominal é realizado por meio da cirurgia cesariana.

O parto natural, como o nome indica, é aquele que se desenrola naturalmente, realizado sem intervenções médicas, em ambiente de escolha da parturiente - em casa, no hospital, no chão, na cama ou na água, por exemplo -, em que ela conduz o parto podendo, ou não, ter o auxílio de profissionais de saúde ou de parteiras. Este tipo de parto também costuma ser denominado de parto humanizado (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2010), embora alguns autores não considerem que esta seja a única forma de se humanizar o parto, conforme veremos mais adiante.

O conceito de parto normal tem sido relacionado àquele que é realizado em ambiente hospitalar com base na rotina institucionalizada e na condução do médico obstetra, em que a mulher permanece deitada, imobilizada total ou parcialmente, sem poder comer ou beber, podendo ser utilizados procedimentos de indução ou aceleração do parto, assim como outros procedimentos médicos de intervenção que agilizem o processo, inclusive a episiotomia e o fórceps (DINIZ, 2001).

O parto por cirurgia cesariana é realizado no hospital, com anestesia peridural, totalmente conduzido pelo médico. No Brasil, ele pode ser realizado de forma agendada, por escolha da gestante ou por indicação médica, e de forma emergencial, quando a gestante entra em trabalho de parto mas este não é concluído ou havendo risco de vida eminente para a gestante ou para o bebê.

Quanto à assistência ao parto, ela pode ser prestada por profissionais de saúde ou por parteiras, tendo como principais modelos de assistência o tecnocrático e o humanizado ⁶.

Na assistência prestada por parteiras, pressupõe-se que o parto ocorre naturalmente, de forma humanizada, pois tem como protagonista a parturiente e se realiza na sua própria casa ou em ambiente que escolha (DINIZ, 2001).

Frise-se que as parteiras podem ser definidas como tradicionais ou leigas, quando não possuem instrução formal especializada ou emprego na área de saúde, ou podem ser parteiras profissionais, quando já possuem instrução ou profissão que as especialize nas técnicas modernas de manejo da dor e de auxílio ao parto (SANTOS et al, 2008).

A assistência realizada pelos profissionais de saúde, atualmente, possui duas classificações. A primeira é a assistência institucionalizada, focada na medicalização do parto, também chamada de modelo tecnocrático, “caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores” (DINIZ, 2005, p. 629). Nesse modelo, também conhecido como biomédico, a preocupação está relacionada à resolução do processo, mesmo que esta dependa de intervenções. Busca-se a garantia do

⁶ Embora a discussão sobre as formas de assistência ao parto estejam mais voltadas ao modelo tecnocrático e humanizado, nos quais a pesquisa está baseada, a médica e humanista Davis-Floyd (2001) descreve um terceiro modelo, o holístico, que estaria ainda mais voltado à conexão corpo, mente e espírito para que seja alcançada a cura do corpo por inteiro, de dentro para fora, considerando que as interações são realizadas por meio de energia. Se trata de um modelo mais baseado em métodos alternativos voltados à espiritualização e energização, abrangendo diversas áreas do conhecimento. Nesse sentido, a autora classifica que o modelo humanizado seria um modelo intermediário, menos radical que o holístico e mais amoroso do que o tecnocrático. Esta pesquisa não abordará mais aprofundadamente o modelo holístico definido por Davis-Floyd por não ser um modelo que venha sendo abordado em políticas públicas, apesar de o conceito de holismo ser, muitas vezes, aproximado do que se espera do modelo de assistência humanizada.

resultado e a segurança contra possíveis reclamações, especialmente judiciais (OLIVEIRA, 2007; SILVANI, 2010).

Mais recentemente, com a discussão acerca da humanização da assistência ao parto, esta passou a ser classificada como uma segunda possibilidade de assistência realizada pelos profissionais de saúde, principalmente quando estes observam as recomendações da OMS e promovem um acolhimento mais atencioso e individualizado, considerando os métodos alternativos de alívio da dor e a utilização de intervenções médicas apenas quando estritamente necessárias (DINIZ, 2001; MATEI, 2003).

A humanização da assistência ao parto, portanto, pode acontecer em ambiente hospitalar e por meio dos profissionais de saúde, desde que a mulher seja ativa no seu papel de parir e tenha, nos profissionais que a rodeiam, o apoio que for necessário, como sugere Diniz (2001):

A parturiente não seria mais um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir, e da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário (DINIZ, 2001, p. 07).

De antemão, percebe-se que a humanização do parto pode ocorrer em ambiente hospitalar ou não e que, como traz uma discussão mais recente, dentro do seu conceito existem diversas nuances que merecem ser discutidas. Para que se possa clarear ainda mais como e quando ocorre a humanização da assistência ao parto, faz-se mister demonstrar alguns noções que se desenvolvem em meio à sua definição.

2. A humanização da assistência na saúde e no parto

A humanização da assistência é uma reivindicação que se estende a todas as áreas da saúde hospitalar, tendo em vista que estas têm sido questionadas quanto à legitimidade de seus procedimentos e atendimentos ao mesmo tempo em que o aparato tecnológico e científico tem se desenvolvido e sido amplamente incorporado na medicina (AYRES, 2004a).

Verifica-se que essa contradição se ampara justamente no fato de a tecnologia trazer importantes conhecimentos que facilitam o diagnóstico, a intervenção e o prognóstico, embora traga consigo a fragmentação do ser em órgãos, o acúmulo de intervenções

consideradas preventivas e que encarecem e perpetuam os procedimentos, afastando os seres de seu objeto primeiro, que é a vida (AYRES, 2004b). Assim, é “como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam” (AYRES, 2004b, p. 83).

Nesse sentido, foram verificadas duas correntes que têm sido difundidas atualmente e que primam pela mudança dessa realidade, atuando como meio para que a humanização da assistência aconteça e, conseqüentemente, a humanização do parto: os estudos relacionados ao conceito de cuidado na assistência e o aprofundamento dos princípios da bioética.

2.1 O conceito de cuidado na assistência em saúde

Ayres (2004b) estuda a humanização na saúde como um conceito relacionado ao cuidado, e considera que o valor contido no conceito de humanização indica que o cuidado na saúde deve ir ao encontro às subjetividades que já estão formadas no seio social, de modo que possa, gradativamente, reconstruir tanto a concepção das necessidades inerentes à saúde como do que se considera uma boa vida e as formas de alcançá-la.

Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2004b, p. 86).

Desse modo, a reconstrução das práticas de saúde estaria vinculada, segundo Ayres (2004b, p. 87), à “três motivações fundamentais: voltar-se à presença do outro, otimizar a interação e enriquecer horizontes”. A prática da saúde depende de uma ausculta atenta e cuidadosa, considerando-se as necessidades e os anseios do outro em sua completude, e não apenas no que se refere à enfermidade aguda em questão, construindo uma interação mais dialógica e completa.

Nesse deslinde, Ayres (2004a) aproxima o conceito que constrói acerca de Cuidado e de Humanização:

irá-se denominar Cuidado essa conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde. [...] adota-se aqui o termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004a, p. 22).

Deslandes (2004, p. 08) corrobora com essa busca pela legitimidade das práticas voltadas à saúde e complementa que seu objetivo se refere à revalorização do “cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”.

Ayres (2004b, p. 19) ressalta que, para isso, o termo humanização vem sendo construído, tendo como norte ético e político “o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum”.

O autor considera que a humanização busca relacionar “os fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores associados à felicidade” (AYRES, 2005, p. 552) para que a prática da assistência em saúde seja realizada de forma completa.

Deslandes e Mitre (2009) analisam a humanização de forma mais antropológica, aprofundando o conceito de humanização em relação ao cuidado nas práticas de saúde e no seu cotidiano.

A humanização do cuidado passa por uma (re)definição da atitude subjacente do profissional em relação a ele mesmo e ao seu mundo, trata-se, portanto, de um ethos. O debate da humanização abre, também, uma arena de discursos sobre o cuidado, dessa forma, constitui um quadro de elaboração conceitual e valorativo, participa, assim, de uma visão de mundo sobre a saúde. Contudo, a humanização das práticas de saúde só se consolidará como ethos ou como visão de mundo se for tomada como instituinte de práticas cotidianas e por elas sustentada; se alimentada por mecanismo de reprodução dentre os praticantes do cuidado (via formação acadêmica e pela força poderosa dos exemplos); se reconhecida como exercício que envolve uma expertise coletiva e individual, mas de modo algum inata. (DESLANDES, MITRE, 2009, p. 647)

O conceito de humanização é, portanto, polissêmico, sendo amparado por diversos eixos relacionados ao cuidado, que, na análise de Deslandes (2004), podem ser delimitados em: oposição à violência institucional⁷, capacidade de oferecer atendimento de qualidade associando tecnologia e relacionamento⁸, condições de trabalho do cuidador⁹ e ampliação da comunicação entre partes e serviços¹⁰.

Desses eixos, destaca-se o processo comunicacional como base estratégica para que o cuidado seja aprimorado e a gestão se desenvolva em prol da humanização da assistência. Faz-se necessário reconhecer a fala do outro como válida e favorecer um diálogo simétrico entre as diversas partes envolvidas para que seja efetivada uma escuta ativa, livre de valorações hierárquicas, acolhendo todos os saberes envolvidos e expandindo a divulgação desses saberes entre os atores (DESLANDES, MITRE, 2009).

Com base nas perspectivas analisadas até então, percebe-se a importância que a humanização tem para que se promova a assistência à saúde, e que esta só será satisfeita a partir da observância da reorientação do cuidado - tanto dos gestores e profissionais de saúde com seus pacientes quanto entre gestores, profissionais e sociedade, respeitando sua autonomia e cultura - especialmente no que se refere ao aspecto comunicacional, visto que o diálogo, com uma escuta atenta, interfere diretamente na análise feita acerca das necessidades em questão e possibilitam medidas que venham a, de fato, humanizar a assistência nos moldes já explicitados.

7 A violência ora tratada se refere à física, a psicológica e a simbólica, em que as duas primeiras ocorrem na forma de maus-tratos e a última é caracterizada pelo não acolhimento devido por meio da compreensão de suas necessidades (DESLANDES, 2004).

8 Nesse quesito, faz-se necessário observar que não basta haver a tecnologia adequada sem o devido cuidado no atendimento, assim como a falta da tecnologia necessária já torna o atendimento deficitário, mesmo quando é realizado com atenção (DESLANDES, 2004).

9 Embora seja uma vertente menos presente nos estudos sobre humanização, as condições de trabalho dos cuidadores influencia diretamente na propagação da humanização pois quando não existem estrutura, equipamentos e reconhecimento do trabalho, os profissionais têm mais dificuldade em se manter estimulados e interessados em prover a melhor assistência (DESLANDES, 2004).

10 Esse eixo é considerado pelo autor como uma junção dos demais, considerando que a capacidade de comunicação entre as partes envolvidas, seja usuário, cuidador, gestor e sociedade é que norteia toda a assistência, possibilitando, ou não, a sua humanização. Nesse sentido, o autor considera que "o desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico" (DESLANDES, 2004, p. 10).

2.2 Os princípios da bioética a frente à atuação médica

A bioética é um termo que nasceu em 1970 para estabelecer uma linha de discussão a respeito da ética frente à vida humana. Objetiva-se analisar os fatos do cotidiano que têm potencial de interferir na vida do ser humano, verificando se foram observados preceitos mínimos éticos para que aquele ato fosse, de fato, considerado benéfico àquela pessoa e, conseqüentemente, à sociedade em geral (LIGIERA, 2005).

No que se refere à atuação médica, portanto, a bioética caminha em paralelo à ética médica, pois ultrapassa as questões morais dos estudos biológicos e biomédicos, se preocupando em garantir que o ser humano seja realmente beneficiado com os procedimentos, o atendimento e a tecnologia utilizados (LIGIERA, 2005).

Na realidade, a bioética é muito mais do que a ética do médico, ou mesmo do profissional de saúde ou do cientista; é a ética da vida humana e, conseqüentemente, a ética de toda a sociedade. Afinal, as discussões relativas à vida e à saúde interessam a todos nós: médicos, advogados, psicólogos, engenheiros, professores, religiosos, sociólogos etc. Nesse sentido, a bioética tem como uma de suas principais características a interdisciplinaridade, entendida como o envolvimento de várias disciplinas que visam conjuntamente proporcionar, ao lado da evolução do conhecimento científico (notadamente em relação a pesquisas e tratamentos médicos), a percepção dos conflitos, o exercício da autonomia e a busca pela coerência (LIGIERA, 2005, p. 412).

Ligiera (2005) destaca que as práticas relacionadas à saúde costumavam ser definidas com base no conhecimento técnico médico. Paciente e médico acreditavam ser o conhecimento científico o único que deveria ser observado, sobrepondo qualquer autonomia do doente.

No entanto, o aumento da tecnologia foi alterando essa percepção tendo em vista o crescimento exponencial do uso de intervenções farmacológicas, procedimentais e instrumentais, que pudessem garantir, a qualquer custo, a vida. Como resultado, cresceram os impactos relacionados à erros médicos, ao abuso de procedimentos e aos casos de iatrogenia (LIGIERA, 2005).

Os profissionais de saúde, por estarem constantemente em contato com a vida humana, e interferindo diretamente nela, passaram a ter suas condutas mais amplamente analisadas, para que sejam auxiliados a agir de acordo com o que fosse realmente melhor para aquela vida.

Com o aumento do tecnicismo, o médico deve estar sempre alerta para não se transformar em mero operador de máquinas e aparelhos. Ao olhar para um paciente apenas como um conjunto de órgãos, o profissional negligencia seus aspectos emocionais, podendo causar malefícios consideráveis à pessoa que necessita de sua ajuda. Quando o médico demonstra respeito e consideração para com os sentimentos e opiniões do enfermo, este se sente como tendo participado das decisões e, conseqüentemente, aceita mais facilmente os resultados do tratamento, ainda que não tão satisfatórios (LIGIERA, 2005, p. 411).

Com base nesse contexto, foram criados quatro princípios para nortear a aplicabilidade da bioética nos estudos e práticas relacionados a seres humanos, para que fosse, mais facilmente, verificada a sua observância.

O primeiro princípio é o da beneficência, considerado um dos mais antigos da ética médica, e que “envolve fazer o bem não apenas do ponto de vista do médico, mas também segundo o que o próprio paciente considera bom para si mesmo” (LIGIERA, 2005, p. 413). Diferente do que se considerava anteriormente, a beneficência se refere a um bem maior, ao sentido da vida, e não apenas àquele bem imediato, à resolução daquele problema ou daquela doença. A saúde deve ser considerada um meio para que a vida se estabeleça, mas não o seu objetivo fim.

A maior dificuldade que Ligiera (2005) destaca quanto à aplicação deste princípio é a confusão de conceitos que se faz entre beneficência e paternalismo, do que esclarece que “tratar um paciente, por exemplo, sem seu consentimento, ou sem lhe dizer que outros médicos usariam um método alternativo, não é beneficência. É paternalismo. Em determinadas circunstâncias, poderá constituir autoritarismo maléfico” (p. 414).

Consoante destaca Ligiera (2005), o princípio da não-maleficência também figura na base da moral médica. Se constitui por exigir que, primordialmente, não seja causado dano àquele que é assistido, como define a máxima usada na área médica: “Primum non nocere”.

Embora os princípios da beneficência e da não-maleficência estejam intimamente ligados, a divisão foi realizada no intuito de aclarar a necessidade de que seja observada a potencialidade do dano que uma intervenção pode causar, especialmente quando não for essencial para a garantia da vida (LIGIERA, 2005).

O princípio da autonomia, por sua vez, vem tendo maior destaque apenas nas últimas décadas tendo em vista a necessidade de que fosse melhorada a relação entre os profissionais de saúde e os pacientes (LIGIERA, 2005). Seu conceito “expressa o direito que cada ser humano possui de se autogovernar, de acordo com suas próprias leis” (LIGIERA, 2005, p. 416).

A necessária formulação da autonomia como princípio bioético se relaciona à usual percepção médica de que o consentimento do paciente não era necessário por se considerar irrestritamente que “o doente, além de afetado em suas condições psíquicas em virtude da enfermidade, também era leigo e ignorante, não possuindo conhecimento suficiente para decidir se desejava ou não um determinado tratamento” (LIGIERA, 2005, p. 416).

Nesse sentido, é importante ressaltar que uma das principais dificuldades da bioética, atualmente, é delimitar a aplicação dos princípios da autonomia e da beneficência sem que conflitem. Assim, questiona-se até que ponto a autonomia deve ser observada sem que interfira na beneficência, e vice-versa.

Embora a doutrina não consiga estabelecer objetivamente limites de atuação de cada um dos princípios, o que realmente não é algo viável em relações principiológicas, Ligiera (2005) esclarece que “o problema, infelizmente, nem sempre é fácil de ser solucionado. Entretanto, o diálogo franco entre médico e paciente pode ajudar, ao menos, a minimizá-lo, permitindo uma colaboração constante no processo de tratamento de saúde” (p. 423).

Por fim, o princípio da justiça está relacionado à forma de utilização dos serviços de saúde. Segundo Ligiera (2005), a justiça deve ser garantida:

tendo como base a visão da justiça distributiva, que busca a distribuição igualitária dos recursos de saúde a todos aqueles que têm as mesmas necessidades. Se dois indivíduos semelhantes, em condições semelhantes, receberem tratamentos diferenciados, sendo fornecido melhor tratamento a um, e pior ao outro, estará havendo claramente uma distribuição desigual dos riscos e benefícios. A correta distribuição dos recursos de saúde, porém, não é tão simples, pois nem sempre é fácil reconhecer que são os iguais que devem ser tratados igualmente. (p. 418)

O princípio da justiça esbarra, portanto, nas possibilidades do Estado em prover recursos que possam garantir essa igualdade de distribuição e na capacidade de os profissionais identificarem as diferentes condições e necessidades de tratamento para que cada pessoa possa ser atendida de forma justa e equitativa.

Percebe-se, assim, que os princípios da bioética vêm trilhar um direcionamento para que se possa analisar cada caso concreto. Os princípios, por sua própria natureza, não são taxativos e delimitados, mas devem ser utilizados como suporte para que as decisões que envolvam a vida humana sejam tomadas.

Nesse contexto, resta claro que os princípios da bioética apontam para que a atuação na assistência à saúde seja realizada de modo a favorecer a saúde em seu sentido pleno, com o mínimo de intervenções, e voltada à obtenção da felicidade, fim último da vida.

O cuidado na assistência e a bioética se aliam, portanto, ao servir de supedâneo para o favorecimento da humanização do parto, conforme se pode verificar a seguir.

3. O parto humanizado

Compreendido o sentido de humanização e algumas das vertentes que demonstram a sua eficiência, resta claro que o parto humanizado se refere à utilização de condições específicas que possibilitem a assistência humanizada ao parto.

O Ministério de Saúde (BRASIL, 2001) emprega o conceito de parto humanizado quando há a utilização de conhecimentos, técnicas e ações no intuito de garantir o andamento saudável do parto e do nascimento. Para isso, o acompanhamento deve ser iniciado desde o pré-natal, garantindo sempre que sejam escolhidos procedimentos benéficos e com o mínimo de intervenção para a mulher e o bebê, preservando sua privacidade e autonomia.

Nesse caso, se considera que a mulher possui o papel principal na parturição, cabendo aos profissionais de saúde o importante papel de reconhecer as necessidades daquela mulher e quaisquer problemas que eventualmente surjam durante o processo de parto. A assistência humanizada a ser prestada por profissionais de saúde ocorre, portanto, a partir de uma individualização do atendimento, que deve ser horizontal e atencioso, e da utilização de procedimentos que preservem integralmente a saúde da mulher e do bebê (BRASIL, 2001).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. [...] Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de “assumir o comando da situação” passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê. [...] Para, de fato, mudar a relação profissional de saúde/mulher é necessário uma mudança de atitude

que, de foro íntimo, depende de cada um. (BRASIL, 2001, p. 09-10)

Saliente-se que, com base no entendimento do Ministério da Saúde sobre o conceito de humanização do parto, foram projetadas e articuladas as políticas públicas de atenção à saúde da mulher da contemporaneidade.

Elisabete Matei et al. (2003) faz um estudo específico sobre parto humanizado e complementa o conceito proferido pelo Ministério da Saúde, considerando que humanizar se trata de um processo em que várias ações e técnicas são necessárias para possibilitar à mulher o controle do próprio processo de parto, sendo necessárias mudanças significativas nas atitudes dos profissionais de saúde.

Humanizar é basicamente respeitar a individualidade das pessoas, é saber ver e escutar o outro, permitindo a adequação da assistência segundo sua cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões das mulheres. É necessário encontrar novas formas para que a mulher possa ter mais controle sobre o processo do nascimento e parto; que seja respeitada enquanto cidadã, tendo o direito de escolha, por exemplo, de um acompanhante, para que possa ter suporte emocional de uma pessoa próxima com que ela queira compartilhar essa experiência. Enfim, é necessário resgatar a subjetividade da experiência de parir, que ficou perdida depois da institucionalização do parto. (MATEI et al, 2003, p. 23)

Vê-se, portanto, que as diretrizes gerais presentes da assistência humanizada são essenciais na construção de um parto humanizado, o que depende diretamente do estímulo de um atendimento que possibilite à mulher que retome seu poder de escolher sobre o seu parto.

Embora o termo humanização não seja unanimemente considerado como adequado para abordar as questões que serão tratadas, tendo em vista que alguns questionam como se poderia “humanizar” o humano (DESLANDES, 2004), e outros considerem que a própria medicalização do parto é uma forma de humanização do parto, pois traria mais conforto e menos dor à mulher (REZENDE, 1969; MAGALHÃES, 1922), a literatura vem consolidando cada vez mais a definição proferida pelo Ministério da Saúde, embora hajam diversas vertentes que especifiquem outras aplicações do conceito.

Diniz (2005, p. 632) compacta algumas dessas interpretações que rodeiam a humanização do parto, partindo da ideia central de que “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”.

Com base nesse princípio e em sua aprimorada pesquisa literária e de campo, a autora revela a humanização como: legitimação científica da medicina baseada em evidência, desempregando o parto do uso de procedimentos desnecessários e prejudiciais; ratificação política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, crianças, e famílias na assistência ao nascimento, empoderando a mulher de seus direitos de escolher e decidir sobre os procedimentos do parto; resultado do uso da tecnologia adequada para beneficiar a saúde coletiva e o bem-estar social, com a promoção da qualidade na saúde individual; legitimação profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto, dividindo a importância do médico com a enfermeira obstetrix e, principalmente, com o papel ativo da mulher; utilização consciente dos recursos financeiros nos modelos de assistência, com a racionalidade no uso dos recursos, visto que o acúmulo de intervenções no parto não beneficia o trabalho de parto, não sendo saudável e ainda implicando em um aumento exponencial em seu custo; garantia da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, assim como do(s) seu(s) acompanhante(s); efetivação do direito ao alívio da dor, por meio da analgesia, visto que para alguns autores a dor afasta a humanização, mesmo que seja a dor natural do parto (DINIZ, 2005).

Vale citar, por fim, a conclusão a que a autora chega com base nas interpretações da humanização do parto, verificando que essas diversas questões são abordadas pelos atores sociais e interferem diretamente nas relações fraternais, familiares e sociais:

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (DINIZ, 2005, p. 635).

Vê-se que a humanização tem o perfil amplo e complexo, abrangendo a reestruturação do sistema de saúde para que as tradições institucionalizadas possam ser reanalisadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Não se trata, conquanto, de uma implementação fácil e objetiva, mas que deve ser realizada em diversos âmbitos, desde o

atendimento inicial.

Nesse sentido, o cuidado também vem sendo bastante utilizado como meio para alcançar a humanização do parto, considerando-se que, ao ser agregado o cuidado no atendimento, serão percebidas as reais necessidades da mulher naquele momento, tornando o atendimento mais efetivo e desestimulando o uso de rotinas institucionalizadas.

A beneficência e a não maleficência no atendimento, bem como a preconização da autonomia do paciente e a justiça, possibilitam uma maior humanização na assistência e na utilização dos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento.

Prioriza-se, então, atitudes como o empoderamento da mulher por meio da informação a respeito da gestação, do trabalho de parto, do parto e do puerpério, de modo que ela adquira segurança acerca das escolhas que pode realizar desde o pré-natal; o uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto, como massagem, banho morno, exercícios na bola e deambulação¹¹ para que o trabalho de parto se desenvolva satisfatoriamente; após o nascimento, o contato pele a pele logo após o parto, o clampeamento do cordão apenas quando parar de pulsar e o aleitamento na primeira hora.

Griboski e Guilhem (2006) esclarecem que, para que haja a humanização do parto, é necessário que as mulheres sejam orientadas e capacitadas para que se apropriem do conhecimento sobre os seus direitos e sobre os seus corpos, de modo que possam participar ativamente do processo parturitivo e da elaboração de políticas públicas.

Para tanto, faz-se necessário que essas informações sejam disponibilizadas e estejam acessíveis às mais diversas mulheres brasileiras, e em seus contextos.

4. Considerações Finais

O tema ora proposto possui um grande leque de questões que merecem análise aprofundada, o que, no entanto, não pode ser esgotado neste artigo.

No entanto, foi possível verificar que o parto não possui uma única forma de ser realizado para que possa ser caracterizado como humanizado, nem há um roteiro fechado que possa ser seguido e a partir do qual possa ser garantida a humanização, de modo que o seu resultado está relacionado à consecução de diversos processos.

A assistência deve ser realizada de forma diferente para cada mulher, tratando cada uma de suas particularidades, com base nos princípios da bioética e no conceito de cuidado já explanado.

A humanização do parto, portanto, embora não seja um conceito objetivo, abrange a

¹¹ Deambular é andar tranquilamente, sem rumo definido, para facilitar o trabalho de parto.

reestruturação do sistema de saúde para que as tradições institucionalizadas possam ser reanalisadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo, dependendo diretamente das práticas adotadas no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto pelos profissionais de saúde que assistem a mulher.

Para isso, é essencial o processo comunicacional desde o pré-natal, com o esclarecimento da mulher acerca de todas as questões que tenham relevância entre a gestação e o pós-parto, para que sejam realmente viáveis as demais ações que possibilitem a humanização do parto. Sem que a mulher tenha poder sobre as escolhas referentes ao parto, as demais ações são comprometidas, pois a mulher terá dificuldade e/ou insegurança no andamento do trabalho de parto e parto. De outro modo, uma mulher informada tem como exigir seus direitos.

Assim, a humanização do parto depende diretamente das práticas adotadas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, pela mulher e pelos profissionais que a assistem. Se modifica, portanto, de acordo com a equipe, com a mulher, e com a interpretação e aplicação que são dadas às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Referências

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade** [online], v.13, n.3, pp.16-29, 2004a.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface** [online], v. 8, n. 14, p. 73-92. 2004b.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n. 3, Mai. 2005, p. 549-560.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Org.). **Parto Natural**. São Paulo: Coren-SP, 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

DESLANDES, S. F. Análise de discurso sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. de A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface**. v.13, suppl.1, pp. 641-649, 2009.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os Direitos Humanos**: limites e possibilidades das propostas de Humanização do Parto. 2001. 264f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2001.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e saúde coletiva** [online], 2005, v.10, n.3, pp.627-637.

GRIBOSKI, R. A; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.1, Jan./Mar. 2006.

LIGIERA, W. R. Os princípios da bioética e os limites da atuação médica. **Revista Ibero-Americana de Direito Público**. Rio de Janeiro, ano 5, n. 20, p. 410-427, out./dez. 2005.

MAGALHÃES, F. de. A Obstetrícia e a Gynecologia no Brasil. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, v.16, p.326-343, 1922.

MATEI, E. M. et al. Parto Humanizado: um direito a ser respeitado. **Saúde Materno Infantil**. São Paulo, v. 9, n. 2, abr./jun. 2003, p. 16-26.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, M. C. S. de. **A humanização do parto: um estudo etnográfico em uma maternidade municipal de Fortaleza**. 2007. 105f. Dissertação (Mestrado) - Curso em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969.

SANTOS, J. B. F. dos et al. Parteiras Cearenses: História e memória do ofício de fazer o parto. In: SANTOS, João Bosco Feitosa dos. **Recursos Humanos em Saúde: Diagnósticos e Reflexões**. Fortaleza: Uece, 2008. Cap. 5. p. 129-147.

SILVANI, C. M. B. **Parto Humanizado**: uma revisão bibliográfica. 20f. (Especialização) - Curso em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Port