ISSN:2594-6153

O Parto Humanizado no Brasil: Entre a Assistência Baseada em Evidências e os Direitos das Mulheres

Karla Valéria Rodrigues Pórpora, Gabriel Pereira Dias

Universidade Santa Cecília (UNISANTA), Santos-SP, Brasil

E-mail: karla.vrodrigues.adv@gmail.com

Resumo: Este estudo analisa a humanização do parto no Brasil como modelo de assistência que articula evidências científicas, respeito à fisiologia e direitos das mulheres. Realizou-se revisão narrativa e documental, tendo como eixo o estudo de Diniz e diretrizes nacionais e internacionais. Os resultados indicam que humanizar não significa rejeitar tecnologia, mas utilizá-la de forma criteriosa, com informação, consentimento, apoio contínuo e participação da mulher. Conclui-se que sua efetivação exige mudanças técnico-assistenciais e institucionais.
Palavras-chave: Parto humanizado; Autonomia; Assistência baseada em evidências; Direitos das mulheres; Assistência obstétrica.

Humanized Child birth in Brazil: Between evidence-based Care and Women's Rights

Abstract: This study analyzes humanized childbirth in Brazil as a model of care combining scientific evidence, respect for physiology and women's rights. A narrative and documentary review was conducted, centered on Diniz's study and national and international guidelines. Findings indicate that humanization does not reject technology, but requires its judicious use with information, consent, continuous support and women's participation. It concludes that implementation requires technical, institutional and organizational changes.
Keywords: Humanized childbirth; Autonomy; Evidence-based care; Women's rights; Obstetric care.

Introdução

A assistência ao parto sofreu profundas transformações ao longo do século XX. A institucionalização do nascimento e a expansão das tecnologias obstétricas contribuíram para enfrentar situações de risco, mas também favoreceram rotinas padronizadas e intervenções utilizadas sem indicação individualizada. Nesse percurso, a própria expressão humanização assumiu sentidos distintos: inicialmente esteve relacionada ao emprego de recursos técnicos para reduzir o sofrimento e, posteriormente, passou a representar crítica à medicalização excessiva, à perda de protagonismo da mulher e à distância entre determinadas práticas e as evidências científicas [1].

No Brasil, o movimento ganhou densidade nas décadas de 1970 e 1980 e se consolidou com iniciativas voltadas à revisão do modelo de assistência. A criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, em 1993, marcou a ampliação do debate sobre qualidade assistencial, respeito, participação da mulher nas decisões e necessidade de revisão de práticas rotineiras. Nesse processo, humanizar passou a significar não apenas acolher, mas repensar o próprio modelo técnico de cuidado.

A consolidação da assistência baseada em evidências reforçou essa mudança ao demonstrar que segurança não se confunde com intervenção permanente. Recomendações nacionais e internacionais passaram a valorizar a evolução fisiológica do parto de baixo risco, a comunicação, a individualização do cuidado e a indicação clínica dos procedimentos. A questão central deste estudo é compreender como a humanização pode articular ciência, segurança e direitos das mulheres sem criar oposição artificial entre tecnologia e fisiologia.

Objetivos

Analisar o parto humanizado como paradigma assistencial que integra evidências científicas e direitos das mulheres, identificando seus fundamentos, elementos técnico-assistenciais e desafios de efetivação no Brasil.

Material e Métodos

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e analítico, desenvolvido por revisão narrativa e documental. Foram utilizados como referenciais um estudo sobre os sentidos da humanização da assistência ao parto no Brasil, documentos da Organização Mundial da Saúde, diretrizes nacionais de assistência ao parto normal e a legislação brasileira sobre o direito ao acompanhante [1-5]. A análise foi organizada em três categorias: uso criterioso de intervenções, autonomia e direitos da mulher, e organização do cuidado.

Resultados

A análise evidenciou que o conceito contemporâneo de parto humanizado não se resume a ambiente acolhedor nem à rejeição da assistência médica. Seu núcleo consiste em substituir a lógica de intervenção rotineira por cuidado individualizado, reconhecendo o parto de baixo risco como processo fisiológico e mantendo disponíveis recursos tecnológicos quando houver indicação clínica. Humanizar, portanto, significa usar a tecnologia de modo proporcional ao risco e ao benefício esperado.

Entre os elementos recorrentes do cuidado humanizado estão liberdade de posição e movimento, apoio contínuo, comunicação efetiva, respeito à privacidade, participação nas decisões e limitação de procedimentos rotineiros sem benefício demonstrado. Também se destacam a preservação da dignidade, a escolha informada e a presença de acompanhante indicado pela parturiente, esta última com proteção jurídica específica no SUS [2-5].

Os documentos analisados também revelam mudança na posição da mulher na relação assistencial. Em modelos fortemente centrados nas rotinas institucionais, a paciente tende a assumir papel passivo; no modelo humanizado, é reconhecida como participante das decisões sobre seu corpo e sua experiência de nascimento. A autoridade técnica permanece indispensável, mas deve ser exercida mediante informação, justificativa clínica e diálogo.

O percurso histórico brasileiro demonstra que a humanização também se estruturou como movimento de revisão institucional. A criação de redes de mobilização, experiências de maternidades humanizadas, programas públicos e mecanismos de incentivo contribuíram para inserir o tema na agenda da saúde. Esses marcos indicam que o debate ultrapassa a conduta individual do profissional e alcança protocolos, organização dos serviços e formas de participação das usuárias.

Outro resultado relevante é a aproximação entre humanização e direitos sexuais e reprodutivos. O cuidado humanizado envolve tratamento respeitoso, acesso à tecnologia quando necessária, alívio da dor, prevenção de procedimentos iatrogênicos e participação da mulher nas decisões. Assim, combina proteção clínica e reconhecimento da parturiente como sujeito de direitos, evitando tanto o intervencionismo automático quanto a recusa indiscriminada de recursos médicos.

Discussão

Os resultados permitem compreender que a humanização do parto possui dimensões científica, ética e jurídica. É científica porque exige que intervenções sejam avaliadas segundo evidências de eficácia e segurança; ética porque demanda respeito à pessoa assistida; e jurídica porque autonomia, integridade, informação e acompanhamento integram a proteção concreta da mulher. A literatura de referência demonstra que a transformação da assistência depende também da cultura institucional que define quem decide, como se decide e quais procedimentos são naturalizados [1].

Nesse cenário, a assistência baseada em evidências atua como instrumento de revisão de práticas historicamente incorporadas. A mera disponibilidade de tecnologia não determina

sua utilização. Intervenções podem ser essenciais diante de risco materno ou fetal, mas sua adoção automática em partos de baixo risco pode reduzir a participação da mulher e desencadear procedimentos sucessivos. As diretrizes contemporâneas privilegiam a indicação individualizada e a avaliação de riscos e benefícios [3,4].

A autonomia, por sua vez, não corresponde à simples transferência de responsabilidade à gestante. Escolha autônoma pressupõe informação compreensível, oportunidade de formular perguntas, comunicação livre de coerção e possibilidade de consentir ou recusar práticas quando clinicamente cabível. A relação assistencial deve ser horizontal no plano do respeito, ainda que existam diferenças de conhecimento técnico entre paciente e profissionais.

A presença do acompanhante evidencia a conexão entre direitos e organização dos serviços. A legislação brasileira assegura, no âmbito do SUS, pessoa indicada pela parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato [5]. Entretanto, a previsão formal depende de fluxos, espaços e equipes capazes de incorporá-la à rotina. O mesmo raciocínio se aplica à mobilidade, privacidade, métodos de alívio da dor e apoio contínuo.

Também se destaca a atuação multiprofissional. O cuidado centrado na mulher não elimina competências específicas de obstetras, enfermeiros obstétricos, pediatras, doulas e demais integrantes da rede de apoio; ao contrário, exige coordenação, comunicação e definição de responsabilidades. A humanização busca preservar a segurança clínica sem retirar da mulher o protagonismo sobre sua experiência.

A análise histórica permite compreender por que a noção de humanização possui sentidos diversos. Em diferentes períodos, o termo foi associado ao controle da dor, à incorporação de recursos técnicos, à crítica ao excesso de intervenções, ao acolhimento e à defesa de direitos. Essa pluralidade não enfraquece o conceito; ao contrário, evidencia que a qualidade da assistência ao parto depende da articulação entre dimensões clínicas, relacionais e institucionais. Por isso, reduzir a humanização apenas à escolha da via de parto ou à presença de determinados profissionais empobrece o debate.

Do ponto de vista dos direitos da mulher, o consentimento informado assume papel central. A decisão compartilhada exige que riscos, benefícios e alternativas sejam apresentados de maneira compreensível e em momento oportuno. Mesmo em ambiente hospitalar, a organização do serviço não deve transformar rotinas administrativas em justificativa automática para procedimentos.

Quando há urgência ou risco relevante, a atuação técnica deve ser célere e proporcional; fora dessas situações, o diálogo e a participação da mulher devem orientar a construção do cuidado. Essa perspectiva aproxima segurança assistencial e respeito à dignidade, em vez de tratá-los como valores concorrentes.

O principal desafio identificado é a distância entre diretrizes e prática. A literatura e os documentos examinados convergem ao apontar que a cultura institucional pode dificultar a incorporação de cuidado respeitoso, comunicação adequada, suporte contínuo e uso criterioso de intervenções [1,3,4]. Assim, a humanização exige formação profissional, revisão de protocolos, adequação dos serviços e avaliação contínua das práticas.

Conclusões

Conclui-se que o parto humanizado representa paradigma assistencial que concilia segurança clínica, evidências científicas e direitos das mulheres. Não pressupõe negar recursos médicos, mas utilizá-los de forma criteriosa e proporcional, preservando a fisiologia quando possível e intervindo quando houver indicação. Autonomia, informação, consentimento, respeito, apoio contínuo e participação da mulher integram a qualidade do cuidado. Sua efetivação no Brasil depende de mudanças na formação profissional, nos protocolos e na organização dos serviços de saúde.

Referências

1. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Cien Saude Colet. 2005;10(3):627-37.

2. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

4. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

5. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 8 abr 2005.