

O PARTO HUMANIZADO E O SEU IMPACTO NA ASSISTÊNCIA A SAÚDE

THE HUMANIZING DELIVERY AND IT'S IMPACT ON THE HEALTH CARE.

Laiane Pereira Barros¹, Chrissia Lorrany Tocchio de Souza¹, Leôncio de Farias Gonçalves¹, Letícia Noronha Gonzaga¹, Thaís de Andrade Paula¹, Andreia Moreira da Silva².

1- Discentes do Curso de Medicina Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, GO Brasil.

2- Docente do Curso de Medicina Centro Universitário UniEVANGÉLICA de Anápolis, GO, Brasil.

Resumo

Objetivo: Fazer uma análise sobre o parto humanizado e suas vicissitudes no que tange aspectos fisiológicos psicossociais, tanto quanto especificidades tecnocráticas na sua operacionalização.

Fonte de dados: Foram utilizadas as bases de dados CAPES, Lilacs, PubMed e SciELO, com recorte temporal de 2003 a 2015. **Resultados e Conclusões:** Dentre o averiguado no acervo bibliográfico, destaca-se os principais benefícios encontrados como a importância do acompanhante, abandono de procedimentos desnecessários, protagonismo da mulher e maior estímulo à amamentação. Em contra-partida foi analisada as barreiras e contradições encontradas, tais quais dificuldade de aceitação e adesão por parte dos profissionais de saúde, frustração das parturientes em vista da percepção errônea de um parto sem dor, possíveis complicações perinatais associadas ao parto domiciliar na ausência de uma triagem prévia, falta de autonomia da mulher, dentre outros. Já sob um ecrã tecnocrático avaliaram-se as perspectivas político-econômicas da operacionalização da humanização no atendimento ao parto, resgatando ainda sua origem histórica e motivos da não integralidade de sua implantação. Abarcam-se neste viés limite de mão de obra especializada, falta de estruturas físicas capazes de abrigar todas as peculiaridades da cobertura humanizada, a culturalidade que permite o predomínio do modelo que idealiza o médico e seu intervencionismo. Conclui-se que o parto humanizado é uma política cujas diretrizes ensejam melhorar a experiência da mulher em todo o processo gravídico-puerperal, contudo enfrenta muitas barreiras para sua implementação por vários aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais.

Palavras-chave:

Parto Humanizado.
Parto Domiciliar.
Puerpério.

Abstract

Objective: Analysis over the humanized process of birth and it's vicissitudes that approach both physiological and psychosocial aspects and also the technocratic specifications of it's operation.

Data source: The following databases were used: CAPES, Lilacs, PubMed and Scielo with the temporal netting from 2003 to 2015. **Data synthesis and Conclusions:** Within the ascertained literature, it is highlighted that the main benefits found were the importance of a companion during labor, the abandonment of unnecessary procedures, the protagonism of the woman and the incentive of breastfeeding. On the other hand, the barriers and contradictions involved, such as the difficulty of acceptance and adhesion by health professionals, the frustration of mothers on behalf of an erroneous concept of painless labor, the possible perinatal complications associated to homebirth without a proper screening, lack of autonomy by the women, among others were examined. By technocratic point of view, were evaluated the political and economical perspectives of the operation of the humanized birthcare, rescuing it's historical origin and the incompleteness of it's implantation. Covered by this concept are the limitations of specialized workforce, lack of physical structuring able to house all the peculiarities of humanized care, the culturality that allows the predominance of the role model that idealizes the doctor and his interventions. Therefore, the study concludes that humanized birthcare is broad policy whose guidelines look to improve the mother's experience throughout the pregnancy and puerperal process, however encountering many barriers for it's implementation by various social, economical, political and cultural aspects.

Keyword:

Humanizing
Delivery. Home
Childbirth.
Postpartum.

*Correspondência para/ Correspondence to:

laiane.barros@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desde a década de 80 no Brasil a realidade do parto nos hospitais tem-se tornado cada vez mais intervencionista. Procedimentos desnecessários colocam em maior risco a vida da mãe e do bebê, podendo levar a complicações como: infecções, hemorragias, prematuridade dentre outros. De acordo com Nagahama, Santiago¹ as taxas de cesariana na rede privada alcançam 80% dos partos e 26% na rede pública de saúde, sendo a média nacional de 40%, colocando o país como líder mundial em frequência de cesáreas. O parto humanizado retoma a ideia de que a mulher é protagonista de todo o processo de parturição, e que a intervenção cirúrgica não deveria ser uma escolha corriqueira mas sim utilizada com parcimônia.

No entanto é relevante mencionar as dificuldades enfrentadas por esta nova política por fatores institucionais, profissionais, administrativos e ideológicos. No que tange equipe da saúde existe uma relutância em aderir plenamente ao novo modelo, por este questionar o profissional como absoluto detentor do poder de decisão e conhecimento. Além disto, segundo Grunebam et al.² mulheres que desejam realizar partos naturais em casa, devem ser rigorosamente triadas para identificar possíveis fatores de risco que impeçam a realização deste. Os obstáculos abrangem também a esfera administrativa, dificuldades de implantação do modelo como ele se apresenta no papel.

Portando esta revisão de literatura tem como objetivo analisar os vários aspectos relacionados à política do parto humanizado, abrangendo seus benefícios, barreiras enfrentadas e uma discussão do âmbito cultural e operacional. A relevância deste trabalho consiste em informar o leitor a respeito do parto humanizado de uma forma não idealizada, mostrando também seus equívocos e obstáculos.

MÉTODOS

A presente revisão literária se baseou na busca livre de argumentos em artigos acadêmicos reconhecidos e publicados em revistas científicas e em bases de dados. Os bancos de

dados utilizados foram: CAPES, Lilacs, PubMed e SciELO. No mais, cada referência passou por extenso processo de seleção em que foram avaliadas características normativas relacionadas a uma coletânea científica embasada em estudos atuais, representativos e de renome. Concluindo-se, finalmente, esta metodologia buscou reunir aspectos sobre os cuidados no parto e puerpério imediato que saciassem todos os requisitos da humanização concreta no exercício da assistência à saúde.

RESULTADOS

Benefícios do Parto Humanizado

O trabalho de parto é um processo de intensas sensações físicas, emocionais e psíquicas no qual a mulher está mais voltada para si e para a percepção de seu corpo. Desse modo, a conduta profissional deve focar na relação interpessoal e no acolhimento centrado nas necessidades da parturiente. Diante disso, Machado, Praça³ ressalta que as diversas dificuldades encontradas durante a parturição são sobrepujadas pelo produto final compensatório à mãe e aos familiares.

É evidente na literatura que o parto humanizado traz um a série de benefícios para as mulheres entre eles verificamos os resultados por Monticelli, Basso⁴ em que as gestantes declararam preferência pelo parto natural. A principal razão por traz da escolha foi o esclarecimento sobre os aspectos positivos quanto a riscos cirúrgicos, tempo de recuperação, taxa de complicação materna e neonatal. Concluiu-se que a mesma se sente integrada e responsável pelo nascimento do próprio filho, criando desde o princípio vínculos fortes entre mãe e filho.

Nos estudos de Behruzi et al.⁵ recrutou-se quarenta e quatro indivíduos e nove instituições para explorar os aspectos positivos do parto humanizado (PH) no Japão. Os benefícios incluem a prevenção de intervenção médica desnecessária tais como: a utilização de rotina de EFM (monitorização fetal eletrônica), analgesia epidural, infusão intravenosa, etc. Cultura, valores e crenças sobre o parto das mulheres no Japão facilitam o PH uma vez que em contraste com as mulheres americanas,

acreditam que a dor é necessária para a entrega e que o parto é fisiológico.

O PH tem por objetivo utilizar o menor número de intervenções necessárias, desse modo utiliza métodos naturais no processo de parturição como: massagens, técnicas de respirar, terapia térmica, piscinas de nascimento, aromaterapia, cobertores quentes, e apoio emocional e psicológico de companheiros. As gestantes relatam que tais procedimentos aliviam a algia das contrações uterinas, como foi legitimado nos estudos de Behruzi et al.⁵ e Silva et al.⁶

A hierarquia está intrínseca aos trabalhos de parto tradicionais. No qual a gestante é submissa a autoridade dos médicos e enfermeiros obstétricos e fica a mercê das suas decisões. Em contraposição, nos estudos de Behruzi et al.⁵ e Caparroz⁷ ao analisar a satisfação de puérperas que vivenciaram o PH ficou evidente o rompimento da verticalidade opressora no ambiente hospitalar cedendo lugar para um relacionamento igualitário entre médico e paciente. Porquanto, as gestantes tiveram oportunidade de escolher a instituição, os obstetras, a via do parto, os métodos intervencionistas e naturais de alívio da dor e sua duração.

A mulher no PH sente-se individualizada ao vivenciar ativamente o parto desse modo adquire saber próprio acerca do processo de parir. O parto é uma experiência única, porém devido a mecanização dessa vivência fisiológica, atualmente é visto por muitos como um processo patológico no qual é necessária intervenção cirúrgica ou digno de procedimentos médicos. Silva et al.⁶ refuta a ideia de que a mulher é frágil, incapaz e não tem mecanismos biológicos para expelir o feto sem auxílio invasivo.

Diversos estudos afirmam que o principal benefício evidenciado pelas puérperas é a presença do acompanhante no PH.^{8,9,10} Estes estudos citam que desse modo sentem-se mais confortáveis, seguras, menos ansiosas e podem partilhar o momento de euforia com o seu parceiro ou familiar. Apenas a presença de um rosto conhecido pode facilitar o curso da parturição, funcionando até como atenuante à evolução das dores do parto.

A atenção no PH não se concentra apenas durante o andamento do parto, mas também no pós-parto e atenção ao recém-nascido (RN). A pesquisa de Barros et al.¹¹ identificou que o contato com a pele da mãe precocemente não só fornece calor corpóreo ao RN, mas também estimula a liberação da ocitocina - fortificando os laços afetivos e contribuindo para a involução dos órgãos maternos alterados durante a gestação. São realizadas, também, ações educativas a respeito do aleitamento materno porquanto são de extrema importância principalmente para as primigestas. Ao informar as técnicas de amamentação e pega correta garante-se que as puérperas compreendam as diversas importâncias do leite materno e as repercussões no desenvolvimento motor, cognitivo e psíquico do RN.

Parto Humanizado Domiciliar

A assistência mecânica, impessoal e intervencionista do parto hospitalar fez ressurgir o parto a domicílio. Collaciopo et al.¹² Confirmam que a cada dia mais familiares buscam informações e consideram essa alternativa viável. No estudo de Crizóstomo et al.¹³ com sete gestantes foram relatadas suas vivências com o parto domiciliar. Essas enfatizaram e elogiaram o parto domiciliar porquanto são rápidos, com evolução fisiológica, sem intervenções e tinham liberdade para deambular e tomar líquidos. As entrevistadas se sentiram parte ativa no processo porquanto o parto em casa é particularizado e atende as necessidades sociais e psicológicas das parturientes e permite a participação do pai ou companheiro na evolução do parto.

Uma alternativa apontada por Gonçalves et al.¹⁴ é o modelo de acompanhamento na Casa de Parto. A atenção na Casa de Parto é individualizada, humanizada, voltada para a integralidade do cuidado e sempre busca respeitar a vulnerabilidade feminina. Na medida em que são convidadas a divagar sobre o cuidado oferecido no estabelecimento supracitado, as gestantes levantaram os seguintes apontamentos por exemplo, ter na hora do parto o profissional que fez o acompanhamento pré-natal, um pediatra e/ou neonatologista.

Barreiras à Humanização do Parto

Humanizar o parto significa colocar a mulher no centro e no controle como sujeito de suas ações, participando intimamente e ativamente das decisões sobre seu próprio cuidado. Sendo assim, a equipe atua como facilitadora do processo.⁶ Sendo assim o parto humanizado deveria ter como sujeito principal a mãe e seu bebê, porém alguns estudos mostram que a realidade dentro dos hospitais se distancia deste ideal.

Uma grande barreira à humanização é a existência de uma hierarquia entre os profissionais e as mulheres. O profissional é visto como detentor do saber e das técnicas e, mesmo quando a mulher participa do parto, sua participação é vista como apenas uma colaboração. Nos estudos de Silva et al.⁶ é concluído que as mulheres quase nunca são esclarecidas e convidadas a participar das decisões em relação ao parto e as condutas, um exemplo citado seria em relação às posições mais cômodas durante o trabalho de parto, raramente é permitido as pacientes escolherem a que mais se sentem confortáveis. Também segundo este artigo por sofrerem um processo doloroso, sentirem medo e ansiedade estas não participam efetivamente das tomadas de decisão.

No trabalho de Carvalho et al.⁹ realizado com profissionais da saúde em um centro obstétrico constatou-se que a maioria dos trabalhadores realizam procedimentos sem questionar a parturiente a respeito, as pacientes são informadas sobre as condutas, mas não participam da tomada de decisão, não podendo recusar. Alguns profissionais chegam a afirmar que as gestantes não estão em condições de decidir sobre o que é melhor para elas e para o bebê durante o trabalho de parto.

Uma consequência negativa de todo o “marketing” criado em torno do parto humanizado traz uma percepção errônea de um parto feliz e sem dor. Segundo Silva et al.⁶ a concepção de um parto “humanizado” criou muitas expectativas nas gestantes, que posteriormente foram frustradas devido aos vários aspectos do parto real em relação ao idealizado.

Portanto é importante aconselhar as pacientes que parto humanizado não é sinônimo de ausência de dor, mas que esta pode ser amenizada de várias formas, como posições mais cômodas, massagens, duchas, hidromassagem, deambulação, exercícios com a bola, analgesia e muitos outros. Por mais que este tipo de parto preconize intervenção mínima Behruzi et al.¹⁶ constatou que apesar de algumas mulheres terem sofrido com os efeitos adversos da analgesia, a maioria destas em questão consideraram a analgesia um aspecto importante na humanização, neste mesmo estudos a opinião dos anestesistas foi que a epidural é conveniente para as mulheres e é um modo de fazer o parto mais humanizado.

Na realidade brasileira segundo Pinheiro, Bittar¹⁷ o número de mulheres que não são orientadas sobre o alívio da dor e do desconforto ou que foram orientadas apenas parcialmente é alto e que apesar da analgesia ser um procedimento pago pelo SUS outros fatores considerados inconvenientes, levam ao desinteresse do anestesiológico na realização desta.

Quando falamos de parto humanizado muitos idealizam um parto realizado em casa, cercado por seus parentes e com a presença de uma doula. Apesar de ser possível este tipo de parto segundo Grünebaum et al.² que realizou um estudo sobre os riscos de partos planejados realizados em casa, critérios devem ser avaliados dentro de um protocolo que avalia fatores materno-fetais como: apresentação pélvica, feto único, gestação entre 37-41 semanas, cesariana prévia, ausência de certas patologias maternas dentre outros. Importante também ressaltar que o parto realizado em casa aumenta os riscos perinatais para a mãe e o bebê e, portanto, a parturiente deve ser aconselhada devidamente no pré-natal e caso decida a favor deste parto uma doula certificada deve acompanhar todo o processo, sendo esta paciente encaminhada ao atendimento hospitalar em caso de intercorrências.

A Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 assegura o acompanhamento do parto em todos os hospitais públicos, contudo segundo Teixeira et al.¹⁸ a vigência da lei não assegura a sua total implementação, já que ocorre um processo de reorganização de protocolos em alguns serviços de saúde. Com isto o direito da mulher é

colocado frente a uma condição da instituição, em um estudo de Nagahama, Santiago¹ que realizou uma pesquisa em 2 hospitais de referência do SUS no Paraná, mostrou que 58% das pacientes tiveram um acompanhamento durante o trabalho de parto e apenas 1,4% tiveram a presença do acompanhante na sala de parto.

Ainda segundo Teixeira et al.¹⁸ os médicos mostraram-se incomodados na presença do acompanhante, demonstrando a não aceitação de um “estranho” em seu campo de atuação, outra parte dos médicos entendem que os acompanhantes interferem no trabalho e desconhecem os procedimentos médicos, outros citam ainda a falta de estrutura física para justificar sua resistência a presença do acompanhante.

Existe também um medo em relação a possíveis questionamentos sobre as condutas profissionais. Este mesmo estudo cita que a presença do acompanhante pode reduzir a necessidade de medicações para aliviar a dor, para reduzir o tempo de trabalho de parto, o número de cesáreas e de casos de depressão pós-parto, diminuindo também o medo, a tensão e transmitindo mais segurança a gestante, proporcionando uma experiência mais humana à paciente em questão.¹⁹ Portanto a resistência dos médicos representa uma barreira à humanização.

O parto humanizado é uma política recente que enfrenta ainda muitas barreiras para ser implementado de forma satisfatória. Apesar de todas as políticas de humanização defendidas pelo governo, “há contratempos primordiais a serem superados como baixos salários, condição difícil de trabalho, excesso de demanda, falta de condições de diagnóstico e tratamentos adequados, infraestrutura precária e não condizente com as necessidades requeridas pelas diretrizes da humanização, além do pouco conhecimento sobre humanização por parte dos profissionais.¹⁹

Discussão do âmbito cultural e operacional da Humanização: Mudanças de Paradigma

Em meados dos anos oitenta havia, desde já, manifestações do Movimento de Reforma Sanitária que não apenas garantisse acesso a todos, mas fosse de qualidade também, o que ia

contra o modelo hospitalocêntrico vigente. Com vista já a criação do novo modelo de saúde, e também com inúmeras queixas, sendo algumas: fragmentação dos processos de trabalho em saúde, o ensino médico dissociado da realidade sanitária da população, as longas e demoradas filas; a falta de orçamento para a saúde. A discussão sobre estes gargalos estruturais ganhou força após a criação do novo plano de saúde público produto da nova Constituição de 1988, considerando experiências isoladas de tratamento humanizado como a do Hospital Amigo da Criança e do Método Mãe-Canguru. No ano 2000, com a Conferência Nacional de Saúde foi estatuído e postulado como o Sistema Único de Saúde deveria operar: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde como controle social. No mesmo ano, o então ministro da saúde, José Serra, cria o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e realiza um chamamento aos profissionais de saúde para estabelecer uma proposta de trabalho com vistas à humanização. Visava aprimorar a relação entre o profissional de saúde e o usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade; e inclusive o meio para que ocorresse essa transição, visto que o sucesso desta política depende intrinsecamente com comprometimento dos profissionais envolvidos.

Parada²⁰ analisou maternidades e unidades de atenção básica responsáveis por atenção ao pré-natal de 20 municípios, para avaliar a integralidade da assistência ao parto em parâmetros embasados a partir do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, devem incluir, além da dimensão monetária, outras relacionadas à vida social e à qualidade de vida das pessoas. Concluíram, no entanto, que a assistência ao parto na rede pública dispõe de pouco recurso humano, sendo este por falta de qualificação ou pela distância de sua localização; sobre a área física dos locais de atendimento, foi considerada adequada em apenas 40% daqueles analisados, visto que são no geral incompatíveis com a presença de acompanhante e com grande tendência a fazer intervenções desnecessárias, correspondendo à medicalização do parto; e a atenção à capacitação das gestantes com ações de educação pouquíssima ou muitas vezes inexistente, principalmente em relação ao aleitamento materno. Todas essas constatações levam a acreditar que os serviços pouco têm se preocupado com a humanização do cuidado.

Fica nítido, portanto, a incompatibilidade da situação atual com o previsto na política criada nos anos 2000, que fora inclusive estatuída por vieses legislativo-operacionais nas “entranhas” da gestão do SUS. Isso leva a pensar quais seriam as dificuldades da implantação de um sistema que seja integralmente humanizado e qual seria o retorno da base consumidora desse sistema uma vez implantado com sucesso.

O estudo de Behruzi et al.¹⁶ foi capaz de, a partir de suas observações num espaço humanizado de forma bem-sucedida de classificar fatores que atuam como barreiras para o cumprimento ideal da humanização. Dentre eles o mais proeminente e destacado por vários funcionários foi a falta de comunicação entre os profissionais do próprio estabelecimento, permitindo que por vezes algum deles fique desconhecendo a história de alguma paciente, e pode vir a carregar o ambiente com estresse prejudicial às gestantes. Outro fator descrito como barreira foi a presença constante de muitos profissionais no ambiente ou até de estudantes o que interferiu com a privacidade das pacientes.

Nesse aspecto é raro se observar a presença de doulas em hospitais brasileiros muito por culpa também do desconhecimento da atuação desses profissionais, que é inclusive considerada pela OMS a forma mais viável e humanizada de se conduzir o parto pois são capazes para realizarem partos de forma segura com a supervisão de um obstetra. Outro fator bastante presente e lembrado por um obstetra do estabelecimento foi a escassez de recursos financeiros externos, o que obriga a exclusão de fatores que se combinam para formar a integralidade da humanização, que, porém, não são considerados de extrema importância para o cuidado primordial. Fazendo uma breve analogia, vai-se “podando” a humanização no hospital, sendo os primeiros a serem vetados são os investimentos para a assistência emocional e psicológica das gestantes.

Maia²¹ discute mais profundamente e especificamente a situação do tratamento ao parto no Brasil, mais especificamente em Belo Horizonte. Segundo ela o modelo tecnocrático, que enxerga o corpo como máquina, é o principal responsável pela pragmatização do atendimento ao parto. Ela usa para provar tal

tese os altos índices de partos de cesárea realizados no Brasil, estando próximo aos 40% do total, o que representa a confirmação do modelo tecnocrático que impede que apenas o limite da necessidade da tecnológica seja aplicada ao processo de concepção.

Esta mudança de paradigma, que provém de primórdios da assistência brasileira com sua característica exclusiva prioritariamente curativa constitui, portanto, segundo seu estudo, o principal obstáculo para a implantação de uma assistência humanizada que dê às mulheres submetidas uma experiência satisfatória e saudável ao dar à luz a sua prole.

Intrinsecamente nas propriedades humanizantes das novas políticas públicas de saúde pretende-se, não só na atenção ao parto, mas bem como na atenção à saúde de modo geral, colocar o usuário sempre no “centro” do serviço. Quer dizer por isso se desapegar a técnicas cirúrgicas e terapêuticas que apesar de convenientes no aspecto prático e temporal não agreguem para o conforto e aprimoramento da dignidade do paciente. Como foi visto ao longo do exposto anteriormente, a gestação é por si só um processo fisiológico no qual se processa simultaneamente reviravoltas emocionais que fornecem à gestante uma sensibilidade e vulnerabilidade exacerbada se comparado ao estado psicossocial regular.

Sobre o método de aplicação dessa nova tese da saúde pública, foram escolhidas técnicas que se integrem ao conceito do parto natural. Assim abolindo a intervenção médica de rotina que seja desnecessária. Destaca-se dentre essas práticas como provada a de maior peso foi a presença do acompanhante no momento do parto, o que veio por aliviar a ansiedade e a fragilidade emocional descrita anteriormente. Além disso, foi registrado com êxito que essas práticas principalmente quando estabelecidas no pós-parto e nos cuidados com o recém-nascido estimulam a amamentação, o que contribui consequentemente para a redução da morbimortalidade neonatal.

Apesar dos incontestáveis benefícios presentes na prática da humanização no serviço materno-infantil ainda existem barreiras que tornam tal realidade distante. Fatores esses provém de diferentes esferas de pensamento e

organização. Levando em conta o âmbito cultural brasileiro, observou-se que as próprias mulheres não têm consciência da sua individualidade e, junto ao fato de estarem emocionalmente expostas, são levadas a acreditar que apenas o médico detém as soluções e que possui um status inquestionável e absoluto em suas resoluções.

Ainda sobre os impedimentos à implementação do parto humanizado como parte ativamente integrante da política nacional de humanização, foram levantados na sua discussão sobre os fundamentos estruturais, políticos e econômicos da sua indisposição. Representam, portanto, reverses no que tange limite de mão de obra especializada, abrangendo sua disponibilidade e remuneração, falta de estruturas físicas capazes de abarcar todas as peculiaridades da cobertura humanizada, além do viés cultural que permite o predomínio do modelo tecnocrático da gestão da saúde que exclui em sua vigência qualquer decurso daquilo que postulado nos livros e cadernos de estatísticas, provendo assim uma visão antiquada da gestão da saúde.

E também há de se ressaltar a questão histórica que promoveu um estabelecimento instável das políticas de humanização, que por pressa de resolver questões político-eleitorais, não viabilizaram junto com o estatuto da nova política a informatização populacional sobre o que se tratava ou ainda sanar condições infra estruturais que serviriam de base para que tal mudança de paradigma se concretizasse, dependendo assim puramente da vontade dos profissionais que foram recrutados a época para discussão da nova política.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses em relação ao presente artigo.

REFERÊNCIAS

- 1 - Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 11 (4): 415-425 out./dez. 2011.
- 2 - Grunebaum AMD, McCullough LB, Arabin BB, Levene MI, Frank A, Chervenak MD et al. Perinatal risks of planned home births in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* March, 2015.
- 3 - Machado NXS, PRAÇA NS. Centro de Parto Normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm. USP*; 40(2): 274-9, 2006.
- 4 - Monticelli M, Basso JF. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. mai-jun 2010. [acesso em: 18 mai. 2015]; 18(3): 09 [telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_14.pdf
- 5 - Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Masako I, Misago C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/25>> Acesso em: 18 Mai. 2015.
- 6 - Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev. Bras. Enferm, Brasilia* Jan-fev; 64(1): 60-5, 2011.
- 7 - Caparroz SC. O resgate do parto normal: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville (SC): Univille, 2003.
- 8 - Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 abr./jun.;12(2):386-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>
- 9 - Carvalho IS, Júnior PBC, Macedo JBPO, Araújo RDT. et al. Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros. *J. Health Sci Inst.*, 2013.
- 10 - Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery* vol.18 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2014.
- 11 - Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, Reis PED, Leon CGRMP, Funghetto SS. Humanizing Delivery: A reality in a Birth Center? *Revista de Enfermagem UFPE On Line, JNUOL* Vol. 5, No 1, 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem>

/index.php/revista/article/view/1207/pdf_277>
Acesso em: 18 Mai. 2015

12 - Colacioppo PM, Koiffman MD, Riesco MLG, Schnech CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Revista de Enfermagem Referência Série-III Dez.*, 2010.

13 - Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto Domiciliar E Hospitalar. *Rev. Enferm. mar*; 11 (1): 98-104, 2007

14 - Gonçalves R, Aguiar CA, Merigi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 45(1):62-70, 2011.

15 - Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como os trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev. Esc. Enferm USP*; 46(1):30-7, 2012.

16 - Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Frases W. The Facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health*, 2011.

17 - Pinheiro BC, Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiências de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia* 37, p.212-227, jan./abr, 2012.

18 - Teixeira LP, Souza De Sá R, Arrais AR. Percepções da equipe obstétrica sobre a presença do pai durante parto e sobre a lei do acompanhante. *Rev. Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas Vol. 1 No 1*, 2009.

19 - Mabuchi AS, Fustinoni SM. O significado dado pelo profissional de saúde para o trabalho de parto e parto humanizado. *Acta. Paul. Enferm.* 21 (3): 420-6, 2008.

20 - Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2015. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 8 (1): 113-124, jan. /mar., 2008.

21 - Maia MB. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. *Dissertação (Mestre em Ciências Sociais) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais*, Marc., 2008.