

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO PARTO HUMANIZADO NO SUS

Ester Soares Cavalcante

Maryanna Ywskla de Oliveira Lopes

RESUMO

Objetivo: Elencar os desafios e as estratégias para o estabelecimento de práticas humanizadas no atendimento ao parto no SUS. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, foram utilizadas as bases de dados LILACS, BDENF e Scielo e aplicado os critérios de inclusão: artigos divulgados nos últimos 5 anos (2020-2025), disponíveis na íntegra e completos e publicados em língua portuguesa, e critérios de exclusão: resumos, revisões de literatura, editoriais, cartas ao leitor, reportagens, monografia e artigos que fujam à temática. **Resultados:** Foram encontrados 70 artigos e selecionamos para o estudo 19 artigos, após a análise das informações, reconhece-se três grupos de discussão: I) Manejos assistenciais que proporcionam um parto humanizado, II) Condições estruturais para viabilizar práticas humanizadas no parto e III) Capacitação, sensibilização e mudança cultural dos profissionais frente ao binômio mãe-bebê. **Conclusão:** A atuação da enfermagem, especialmente da enfermeira obstétrica, mostrou-se essencial na condução de uma assistência mais humanizada, centrada na escuta, na empatia e no respeito às escolhas da gestante.

Descritores: Parto humanizado; Gestantes; Sistema único de saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To list the challenges and strategies for establishing humanized practices in childbirth care in the SUS. **Methods:** This is an integrative literature review, using the LILACS, BDENF and Scielo databases and applying the inclusion criteria: articles published in the last 5 years (2020-2025), available in full and complete and published in Portuguese, and exclusion criteria: abstracts, literature reviews, editorials, letters to the reader, reports, monographs and articles that escape the theme. **Results:** 70 articles were found and 19 articles were selected for the study. After analysing the information, three discussion groups were identified: I) Care management that provides for humanized childbirth, II) Structural conditions to enable humanized childbirth practices and III) Training, sensitization and cultural change of professionals in relation to the mother-baby binomial. **Conclusion:** The work of nurses, especially obstetric nurses, proved to be essential in providing more humanized care, centered on listening, empathy and respect for the choices of pregnant women.

Descriptors: Humanizing delivery; Pregnant people; Unified health system; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Enumerar los desafíos y estrategias para el establecimiento de prácticas humanizadas en la atención al parto en el SUS. **Métodos:** Se trata de una revisión bibliográfica integradora, utilizando las bases de datos LILACS, BDENF y Scielo y aplicando los criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 5 años (2020-2025), disponibles en su totalidad y completos y publicados en portugués, y criterios de exclusión: resúmenes, revisiones bibliográficas, editoriales, cartas al lector, informes, monografías y artículos que escapan al tema. **Resultados:** Fueron encontrados 70 artículos y 19 fueron seleccionados para el estudio. Después del análisis de la información, fueron identificados tres grupos de discusión: I) Gestión de los cuidados que posibiliten el parto humanizado, II) Condiciones estructurales que posibiliten la práctica del parto humanizado y III) Formación, sensibilización y cambio cultural de los profesionales en relación al binomio madre-bebé. **Conclusión:** El trabajo de las enfermeras, especialmente de las obstétricas, se reveló esencial para la prestación de cuidados más humanizados, centrados en la escucha, la empatía y el respeto a las elecciones de las gestantes.

Descriptores: Parto humanizado; Personas embarazadas; Sistema único de salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O parto humanizado compreende-se como um compilado de práticas e procedimentos destinados a assegurar uma assistência que priorize a mulher, respeitando sua autonomia e promovendo uma experiência digna, humana e personalizada. Esse enfoque busca reduzir a medicalização e evitar intervenções desnecessárias, como por exemplo a amniotomia precoce e o uso rotineiro de ocitocina para induzir o trabalho de parto ¹.

A humanização na área da saúde é crucial para a melhoria tanto dos serviços prestados quanto do bem-estar dos pacientes. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) surge com o objetivo de aprimorar o atendimento aos usuários e as condições de trabalho dos profissionais da saúde. A PNH visa transformar a prática assistencial, promovendo uma abordagem mais acolhedora e respeitosa, que considera as necessidades e expectativas dos pacientes e valoriza a atuação dos profissionais ².

Dessa forma, a implementação da PNH busca não apenas otimizar a qualidade do atendimento, mas também criar um ambiente mais humanizado e eficiente no setor de saúde ^{2,3}. Um exemplo concreto da aplicação dos princípios de humanização pode ser observado no contexto do parto humanizado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Este modelo de atendimento está fundamentado em marcos históricos e legais, como a Constituição Federal de 1988, que assegurou o direito de toda mulher ao atendimento humanizado durante o parto ^{4,5}.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instaurado em 2000 pelo Ministério da Saúde através da Portaria Ministerial n.º 569, exemplifica a aplicação prática desses princípios. O programa visa melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal, parto e pós-parto, com objetivos claros como a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal, o investimento na assistência à gestação de alto risco e a capacitação de profissionais ⁶.

Baseando-se nos direitos das gestantes, o programa assegura que todas tenham acesso a um atendimento digno durante a gestação, parto e puerpério, e que tanto a mulher quanto o recém-nascido recebam uma assistência humanizada e segura. Assim, as ações promovidas pelo PHPN reforçam a proposta do Ministério da Saúde de garantir direitos de cidadania relacionados à saúde materna e infantil ⁶.

Outro destaque estabelecido pelo próprio Ministério da Saúde em 2004 foi a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), reafirmando o direito ao parto humanizado e estabelecendo diretrizes para sua implementação. Além da Lei federal n.º 14.737/2023 que garante às gestantes o direito de ter um acompanhante durante o trabalho de

parto, parto e o pós-parto no âmbito do SUS, bem como a Rede Aline instituída pela portaria ministerial nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 que incentiva a valorização da autonomia e necessidades de cada usuária, com vistas à modelos humanizados de assistência ^{7,8}.

Desse modo, esses marcos legais e políticos refletem o compromisso com a criação de um ambiente mais receptivo e cordial, alinhando-se aos objetivos gerais da humanização na saúde ^{8,9,10}. Os princípios e diretrizes do parto humanizado no SUS são fundamentados na promoção da humanização do cuidado e no respeito à autonomia da gestante.

Entre os principais objetivos encontram-se o incentivo ao parto normal e a redução de intervenções desnecessárias, as quais, apesar de serem tradicionalmente realizadas, não beneficiam nem a mulher nem o recém-nascido, frequentemente resultando em maiores riscos para ambos. Além disso, busca-se garantir um ambiente acolhedor e de apoio emocional para a parturiente ^{11,12}.

Do mesmo modo, o parto humanizado enfatiza o fortalecimento do protagonismo da mulher nas decisões e escolhas relacionadas ao seu parto, assegurando o contato imediato pele a pele com o recém-nascido e a manutenção do vínculo mãe-bebê. Outro aspecto relevante é o estímulo à adoção de práticas baseadas em evidências científicas, com o intuito de proporcionar uma experiência positiva e segura tanto para a parturiente quanto para o bebê ^{11,13}.

Embora o parto humanizado ofereça benefícios claros, ele enfrenta diversos desafios que podem dificultar sua ampla implementação e prática. Refletir e explorar o tema do parto humanizado é essencial não apenas para compreender seus desafios, mas também para promover estratégias que garantam os direitos das mulheres durante o processo de parto, proporcionando um impacto positivo na vivência materna ¹⁴.

A participação da enfermagem no cenário obstétrico é fundamental e de importância insubstituível, sobretudo no parto humanizado, pois adota uma assistência empática, com equidade, de forma integral e individualizada para a parturiente, sem danos e sem intervenções desnecessárias, diminuindo os anseios no processo de parto, proporcionando segurança necessária nesse momento ímpar na vida materna, além de estar presente nas 24 horas do dia, atendendo beira leito ¹⁵.

O SUS se compromete a garantir que todas as mulheres, sem considerar sua situação socioeconômica, obtenham assistência concedida durante a gravidez e o nascimento. Essa temática é crucial para a saúde pública brasileira, impactando diretamente na saúde da mulher e do bebê, além de promover a igualdade no acesso aos serviços de saúde ¹⁶.

Portanto, abordar os desafios e criar estratégias para a promoção do parto no SUS não significa somente avanço nos serviços de saúde, mas também a construção de um sistema mais

equitativo e humanizado, beneficiando diretamente a população e fortalecendo o SUS como um pilar fundamental da saúde pública no Brasil ³. Assim, tornando imprescindível a realização de estudos para compreender a relação entre as dificuldades e a assistência oferecida a essas mulheres ¹⁷.

A implementação do parto humanizado, especificamente no âmbito do SUS, enfrenta diversos desafios, apesar das políticas e diretrizes públicas existentes que buscam promovê-lo. Este cenário, nos despertou a necessidade de elaborar um estudo que evidencie a importância de consolidar o parto humanizado como uma prática rotineira na rede pública de saúde, apresentando os obstáculos atuais e estratégias viáveis para sua plena prática.

Com isso emerge a necessidade de constatar o direito que as mulheres têm de viver um parto humanizado e digno, notando-se a viabilidade deste projeto de pesquisa com ênfase na disseminação do conhecimento para profissionais e no incentivo para estudantes em formação na área.

Assim, este trabalho busca analisar os estratégias e intervenções que possam contribuir para a efetiva inserção do parto humanizado no SUS, visando a melhoria da qualidade do atendimento obstétrico no Brasil. Além destas lacunas que originaram a produção do projeto, a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa parte da vivência prática durante o processo formativo na graduação de Enfermagem.

Diante disso, é crucial identificar os desafios enfrentados pelas gestantes, a fim de determinar as abordagens mais eficazes, seguras e reduzindo os índices negativos relacionados à experiência vivida pelas mulheres. Nesse sentido, surge uma questão pertinente: quais são os desafios e as estratégias que os profissionais de saúde podem obter para implementação do parto humanizado no SUS? Sendo o objetivo geral do estudo elencar os desafios e as estratégias para o estabelecimento de práticas humanizadas no atendimento ao parto no SUS. E como objetivos específicos: I) Identificar os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na implementação do parto humanizado no SUS; II) Apontar as estratégias descritas na literatura para promover práticas humanizadas no cuidado obstétrico no SUS.

MÉTODO

Tipo de estudo

Esse trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste em uma abordagem que facilita a síntese do conhecimento e a aplicação prática dos resultados de pesquisas relevantes, integrando-os nas práticas baseadas em evidências (PBE). Abordagem esta que se concentra no cuidado clínico, métodos de ensino, na identificação das informações essenciais e crítica análise, alicerçada no conhecimento e na qualidade das evidências ¹⁸.

Amostra

Com a finalidade de realizar uma pesquisa ampla, foram utilizadas as fontes de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), estas acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As pesquisas ocorreram no período de março a abril de 2025 e foram aplicados os respectivos descritores e operadores booleanos: Parto humanizado AND Gestantes AND Sistema Único de Saúde (SUS) AND Enfermagem. Aplicamos como critérios de inclusão: artigos divulgados nos últimos 5 anos (2020-2025), disponíveis na íntegra e completos, e publicados em língua portuguesa. Utilizamos como critério de exclusão os seguintes documentos: resumos, revisões de literatura, editoriais, cartas ao leitor, reportagens, monografia e artigos que fujam à temática.

Coleta de dados

Aplicamos a seguinte chave para as buscas durante a pesquisa: (Parto humanizado) AND (Gestantes) AND (Sistema Único de Saúde) AND (Enfermagem). Para seleção, realizamos leitura inicial dos títulos de todos os artigos encontrados nas bases científicas após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, em seguida a leitura dos resumos e posteriormente, a leitura dos textos completos que irão participar da revisão.

Procedimento de análise de dados

Para a coleta de dados elaboramos dois quadros resumindo as seguintes informações: título, autor, ano de publicação, objetivo, método e os resultados relevantes. Produzimos ainda uma imagem para organização e melhor visualização dos dados obtidos.

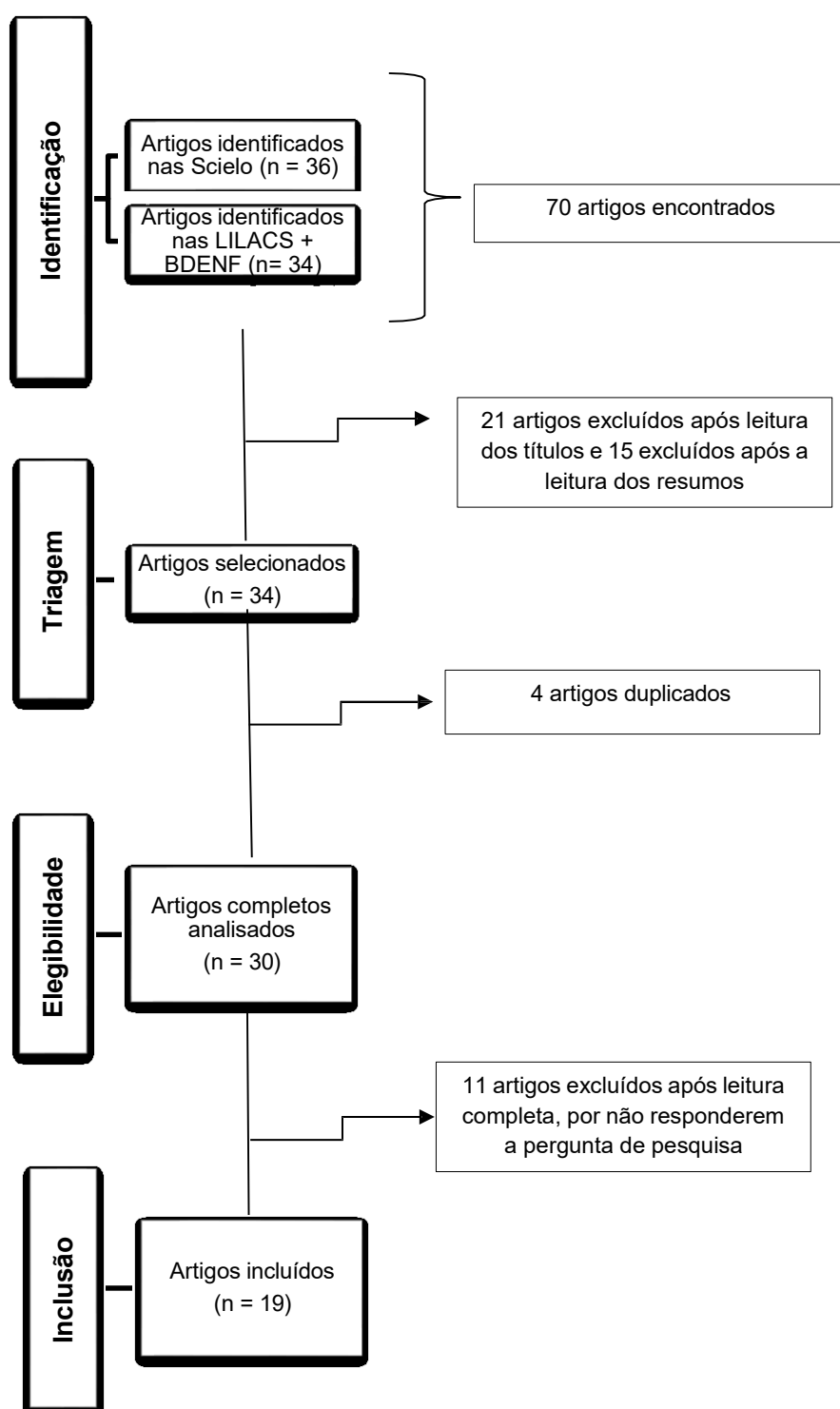
Aspectos éticos

Dispensa-se a submissão e aprovação de comitê de ética em pesquisa (CEP), pois utilizamos dados de fontes secundárias acessíveis em bases científicas.

RESULTADOS

Seguindo-se as etapas descritas para a busca bibliográfica foram encontrados 70 artigos que após aplicação dos critérios previamente elencados gerou o fluxograma abaixo (Figura 1) apontando a seleção e inclusão de 19 artigos a fim de responder à pergunta de pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos, Natal/RN, 2025.



Fonte: autoria própria (adaptado PRISMA), 2025.

Para caracterização dos estudos e posterior análise de suas evidências com o objetivo de identificar os desafios e estratégias profissionais para implementação do parto humanizado no SUS são apresentados os quadros 1 e 2 respectivamente. Destaca-se que por se tratar do contexto do sistema de saúde brasileiro todos os artigos são do mesmo país.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados na revisão. Natal/RN, 2025.

IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO	TÍTULO	AUTORE ANO DE PUBLICAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO
A1	Experiências de discentes na assistência ao parto.	Oliveira MC, Pierot EV, Silva LA, Jorge HM. 2022	Relata a experiência de discentes em um projeto de extensão no Centro Obstétrico de uma maternidade de alto risco de um estado do Nordeste.	Relato de experiência, de caráter descritivo, transversal e com abordagem qualitativa.
A2	O papel do enfermeiro no parto humanizado: A visão das parturientes.	Santana DP, Moreira RS, Mueller PS, Moura KM, Pinheiro MD, Oliveira FF, et al. 2023	Identificar e conhecer a visão das parturientes em relação ao papel do enfermeiro no parto humanizado.	Exploratória descritiva e de abordagem qualiquantitativa.
A3	Adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto.	Schott LC, Góes FG, Santos AS, Silva AC, Àvila FM, Goulart MC. 2022	Conhecer os fatores intervenientes à adesão dos profissionais de saúde às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto.	Pesquisa qualitativa, mediante formulário online com 36 profissionais de saúde atuantes em salas de parto no estado do Rio de Janeiro.
A4	Motivações de mulheres amazônidas para tomada de decisão do parto domiciliar planejado.	Beviláqua JC, Rodrigues DP, Reis LC, Alves VH, Vieira BD, Silva BC, et al. 2023	Compreender os significados das mulheres amazônidas quanto às suas bases motivadoras para tomada de decisão do parto domiciliar planejado.	Pesquisa de natureza qualitativa entre os meses de novembro de 2021 a março de 2022.
A5	Utilização de métodos não	Klein BE; Gouveia HG.	Analisar a prática de realização de	Estudo quantitativo,

	farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.	2022	métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto.	descritivo de corte transversal desenvolvido de dezembro de 2019 a setembro de 2020 em um Serviço de Enfermagem Materno Infantil do sul do Brasil.
A6	A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal.	Jacob TN, Rodrigues DP, Alves VH, Ferreira ES, Carneiro M, Pena LH, et al. 2022	Compreender a percepção da atuação das enfermeiras obstétricas em relação à assistência às mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal.	Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas com 11 enfermeiras obstétricas do Centro de Parto Normal Haydeê Pereira Sena, Pará, Brasil.
A7	Parto humanizado: valores de profissionais de saúde no cotidiano do cuidado obstétrico.	Rodrigues DP, Alves VH, Paula CC, Vieira BD, Pereira AV, Reis LC, et al. 2022	Compreender os valores dos profissionais de saúde no processo de pensar e sentir do cuidado obstétrico, baseando-se em suas carências vivenciadas no processo de cuidar.	Estudo fenomenológico fundamentado no referencial scheleriano, com 48 profissionais de saúde de quatro maternidades da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.
A8	Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto.	Ledo BC, Góes FG, Santos AS, Àvila FM, Silva AC, Bastos MP. 2021	Identificar os fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido adotadas na sala de parto de uma maternidade na baixada litorânea do Rio de Janeiro.	Estudo transversal, realizado em instituição pública no estado Rio de Janeiro, mediante coleta de dados em prontuários de nascimentos entre 2015 e 2017.
A9	Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e	Leal MS, Moreira RC, Barros KC, Servo ML, Bispo TC.	Compreender as práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica	Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa, desenvolvida em

	enfermeiras obstétricas.	2021	de puérperas e enfermeiras obstétricas.	uma maternidade no estado da Bahia.
A10	Fatores associados ao apoio realizado à mulher durante o parto pelos acompanhantes em maternidades públicas.	Junges CF, Brüggemann OM. 2020	Identificar os fatores associados à realização de apoio emocional, físico, informacional e de intermediação por acompanhantes durante o parto.	Estudo transversal, cuja amostra foi composta por 861 acompanhantes de maternidades públicas, da Grande Florianópolis, SC.
A11	Cuidados no processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem.	Piler AA, Wall ML, Trigueiro TH, Benedet DC, Aldrighi JD, Machado AV. 2020	Refletir sobre os cuidados de enfermagem à mulher em processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem.	Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa baseado na Pesquisa Convergente Assistencial.
A12	Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde.	Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felício FC, Araújo RC, Chamilco RA, et al. 2020	Compreender a percepção dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica e as medidas para o seu enfrentamento visando à garantia da qualidade da assistência.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 16 gestores de saúde de cinco maternidades da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro.
A13	Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos.	Silva TM, Sousa KH, Oliveira AD, Amorim FC, Almeida CA. 2020	Construir o Discurso do Sujeito Coletivo de Enfermeiros pós-graduandos em Enfermagem Obstétrica sobre a violência obstétrica.	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em um Centro Universitário em Teresina-PI.
A14	Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno.	Alvares AS, Corrêa AC, Nakagawa JT, Valim MD, Jamas MT, Medeiros RM. 2020	Analisar a associação das práticas assistenciais realizadas por profissionais obstétricos com os níveis de bem-estar/mal-estar materno.	Estudo quantitativo, realizado em uma Unidade de Pré-Parto/Parto/Pós-parto de um Hospital de Ensino com puérperas de parto normal.
A15	O olhar de residentes em	Menezes FR, Reis GM, Sales	O objetivo deste artigo é	Estudo descritivo,

	Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições.	AA, Jardim DM, Lopes TC. 2020	compreender a percepção de residentes de enfermagem obstétrica sobre a violência obstétrica em uma maternidade de referência no município de Belo Horizonte, Brasil.	exploratório, com abordagem qualitativa.
A16	Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas.	Ritter SK; Gonçalves AC; Gouveia HG. 2020.	Comparar as práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre/RS.	Estudo transversal, retrospectivo, analítico.
A17	Percepção de mulheres em relação à assistência em maternidade pública de Marechal Hermes: um estudo fenomenológico.	Carneiro EC. 2021	Compreender a percepção de puérperas que deram à luz na maternidade municipal Alexander Fleming em relação à assistência recebida durante o parto.	Qualitativa fenomenológica.
A18	Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional.	Cursino TP; Benincasa M. 2020	Revisar a produção bibliográfica nacional acerca de parto domiciliar entre os anos de 2008 e 2018, a fim de compilar dados relacionados ao Parto Domiciliar Planejado (PDP) no Brasil.	Revisão sistemática.
A19	Presença do acompanhante na perspectiva da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.	Mazzetto, FM; Mattos, TB; Siqueira FP; Ferreira, ML. 2022	Compreender, na percepção da puérpera, o significado da presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.	Estudo qualitativo, com utilização da fenomenologia.

Quadro 2 – Desafios e estratégias para implementação do parto humanizado no Sistema Único de Saúde. Natal/RN, 2025.

IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO	DESAFIOS	ESTRATÉGIAS
A1	O espaço físico inapropriado para desenvolver as atividades relacionadas a humanização do parto e nascimento de forma holística pelo grande número de parturientes. A falta de manutenção de equipamentos, como as camas e sonar portátil quebrados, falta de cadeiras para acompanhantes e relógios com ponteiros de segundo nas paredes, utilizados para monitorar o período das contrações que geralmente tem a duração de segundos.	Aquisição pela instituição de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor, necessárias durante esse processo de parto natural, no intuito de proporcionar melhores condições às parturientes e a utilização dos impressos do processo de enfermagem (histórico, exame físico, evolução, diagnóstico, registro de admissão e alta) executando os cuidados privativos do enfermeiro durante o pré-parto, parto e pós-parto.
A2	14,28% das participantes relataram a presença de ameaça, a impossibilidade de caminhar, de procurar posições mais confortáveis e a realização de episiotomia. Além disso, 28,6% das mulheres informaram que a presença do acompanhante foi impedida durante o parto; 57,14% das participantes relataram a realização de toques vaginais por diferentes profissionais; e 35,71% das mulheres mencionaram que o bebê foi encaminhado para a sala de procedimentos sem justificativa considerada relevante.	O enfermeiro especializado em obstetrícia tem a competência de prestar uma assistência mais ampla como ouvir, orientar, promover o alívio da dor por meio de métodos não farmacológico, amamentação materna, posições de pega adequada do recém-nascido, devido ao seu conhecimento técnico e psicológico, a fim de promover um atendimento mais humanizado para a parturiente e seu acompanhante.
A3	Alta demanda de partos, a escassez de salas de parto, a falta de capacitação, falta de sensibilização da equipe médica, modelos de formação rígidos nos protocolos intervencionistas emergiram como fatores que limitam a ocorrência das práticas humanizadas. E, para além das condições de trabalho desfavoráveis, a desinformação e desmotivação de alguns profissionais também foram sinalizadas como fatores dificultadores.	Os profissionais reconhecem que o ideal é realizar o contato pele a pele precocemente e que todos os outros procedimentos sejam realizados no colo da mãe ou adiados, como as medidas antropométricas, vacinação e prevenção da oftalmia neonatal. A presença do acompanhante de escolha da mãe, podendo inclusive ser escolhido para cortar o cordão umbilical, também emergiu como um elemento importante.

A4	Hegemonia do modelo hospitalar, medicalizado e intervencionista na obstetrícia brasileira, que desvaloriza a autonomia da mulher; a ausência de normativas nacionais que apoiem o parto domiciliar planejado (PDP); a resistência e estigmatização por parte de profissionais de saúde; a falta de inclusão do PDP no SUS e planos de saúde; a reprodução de práticas violentas e não consentidas no parto hospitalar; a desinformação e disseminação de riscos infundados sobre o PDP; a marginalização das mulheres que escolhem parir em casa; e a carência de acesso equitativo a essa modalidade de parto.	Torna-se importante que as mulheres recebam todas as diversas fontes de informações seguras disponíveis para decidir onde vai ocorrer seu parto, garantindo uma decisão informada. Essa informação deve ter como base a análise dos riscos e benefícios do parto hospitalar e em casa; taxas de intervenções e de transferência para o âmbito da maternidade; dos resultados maternos e neonatais do PDP; de complicações e morte, além da equipe de profissionais de saúde e sua infraestrutura para garantir os melhores cuidados.
A5	Apenas 29,3% das parturientes utilizaram os métodos não farmacológicos. O estudo concluiu que as parturientes têm um baixo conhecimento sobre os métodos não farmacológicos e que o foco desse déficit está relacionado ao atendimento no pré-natal, pois é onde definem planos de parto e compartilham informações, o que pode contribuir para o conhecimento. Além da necessidade dos enfermeiros buscarem autonomia em seus espaços de atuação.	Intervenções com comprovação científica e que devem ser estimuladas entre as parturientes tendo em vista sua contribuição para evolução do trabalho de parto, redução da dor, relaxamento e diminuição da ansiedade. Além disso, a mudança postural da parturiente está associada à redução de instrumentalização do parto, episiotomia e trauma perineal, devendo ser, portanto, uma prática incentivada e implementada pelos profissionais para diminuir intercorrências obstétricas.
A6	Persistência do modelo tecnocrático e intervencionista de assistência ao parto no Brasil, com altas taxas de cesáreas e uso de práticas obsoletas e desnecessárias como episiotomia, tricotomia e lavagem intestinal; resistência institucional à autonomia da enfermagem obstétrica mesmo com respaldo legal e político; dificuldade de romper com o paradigma hospitalocêntrico centrado no profissional médico; deficiência estrutural dos serviços de saúde materna; limitação no acesso às redes de atenção; obstáculos à implementação plena da humanização e das evidências científicas no cuidado; e desafios para ampliar e consolidar a atuação das enfermeiras obstétricas como protagonistas em centros de parto normal.	As enfermeiras obstétricas também apontaram em suas práticas a utilização de hands off, favorecendo o processo da parturição natural sem o emprego de técnicas assistenciais desnecessárias na região do períneo durante o segundo período do parto, sendo a sua execução amparada nas evidências científicas e no modelo de humanização. O trabalho no CPN apontou para a utilização das tecnologias não invasivas no cuidado da EO, como ambiente com penumbra, massagens, banho de aspersão e imersão, deambulação, bola suíça, rebozo, acupuntura, aromaterapia, musicoterapia e cromoterapia. Essas tecnologias orientam a mulher para um parto que garante mais conforto, segurança, qualidade e autonomia feminina.

A7	O cotidiano da assistência à mulher no ambiente do parto e do nascimento ainda é marcado, predominantemente, por uma atenção voltada à intervenção. Isso pode ser constatado por três fenômenos: pelo excesso de práticas como episiotomia, amniotomia, medicalização do corpo feminino e manobra de Kristeller; pelo uso de práticas ineficazes, como a tricotomia, a lavagem intestinal; e pela epidemia de cesariana, em especial no Brasil. Ainda no contexto da assistência, marcado por uma deficiência na estrutura dos serviços maternos e por obstáculos no acesso às redes de atenção, a assistência obstétrica se apresenta prejudicial à saúde perinatal, somado à epidemia de cesariana e às intervenções desnecessárias.	É imprescindível a expressão valorativa dos profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado ao parto e nascimento, pois desvelam as vivências que ressignificam os valores por identificarem mudanças no campo científico, das políticas e do protagonismo, da autonomia, expectativas e satisfação das mulheres. É atribuído, assim, valor ao modelo humanizado. O profissional também expressa o cuidado obstétrico humanizado quando reconhece a distinção entre o normal, significando fisiológico, como um evento natural, e o normal remetendo a norma ou rotina, como um evento atravessado por excesso de intervenções e manipulações desnecessárias do corpo da mulher.
A8	Mesmo diante de recém-nascidos saudáveis, as taxas de intervenções invasivas, identificadas na sala parto, são elevadas, especialmente as aspirações oronasofaríngea e gástrica, que apresentaram maiores frequências, com valores superiores à média nacional. Nascer de cesariana aumentou expressivamente as chances de o recém-nascido ser submetido a esse tipo de aspiração, duas práticas que precisam ser reduzidas. O parto cesáreo diminui as chances de contato com o seio materno e aumenta as chances de aspiração gástrica. Apresentar alterações no exame físico reduz as chances de contato com o seio materno.	O tipo de parto interfere nas práticas adotadas na atenção hospitalar ao recém-nascido saudável. De igual forma, o contato com o seio materno precoce esteve associado ao tipo de parto, reforçando que o parto vaginal tem efeito protetor contra o atraso no início da amamentação, quando comparado à cesárea, que, conseqüentemente, está relacionada ao desmame precoce e ao menor tempo de aleitamento materno exclusivo.

A9	Predominância do modelo tecnocrata e intervencionista no parto, com excessiva medicalização e distanciamento da fisiologia do nascimento, resultando em riscos à saúde materna e neonatal; a dificuldade de garantir a autonomia e o protagonismo feminino durante o transcurso parturitivo; a carência de infraestrutura, leitos e recursos humanos adequados; a necessidade de fortalecer o pré-natal como espaço de empoderamento e educação em saúde; e a persistência da violência obstétrica e institucional, que fragiliza a humanização da assistência e evidencia a urgência de mudanças estruturais, éticas e profissionais na atenção ao parto e nascimento.	O estudo desvelou a importância do uso de tecnologias leves de cuidado, respeito ao protagonismo feminino, participação ativa e autonomia da mulher como impacto positivo no transcurso parturitivo. O objetivo, portanto, é evitar ações tecnocratas, intervencionistas, desnecessárias e inoportunas, em defesa das práticas baseadas em evidências científicas comprometidas com o bem-estar da mulher, recém-nascido e família, assim como a redução da mortalidade materna e neonatal.
A10	Falta de estrutura adequada nas maternidades para acolher acompanhantes, a limitação do apoio prestado por esses acompanhantes devido à falta de orientação e preparo, a ausência de formação específica para acompanhantes nos serviços de saúde, o despreparo de profissionais em integrar esses acompanhantes de forma efetiva no processo de parto, a desigualdade de acesso à informação sobre direitos como a Lei do Acompanhante, a persistência de ambientes hospitalares que inibem a atuação ativa dos acompanhantes, e a necessidade de maior sensibilidade e preparo dos profissionais para incentivar e orientar os acompanhantes.	Os acompanhantes terem recebido orientações de profissionais da saúde e participado do pré-natal, também estiveram associadas ao apoio informativo e de intermediação. A participação do acompanhante no pré-natal e trabalho de parto, somado às características da maternidade e à atitude dos profissionais, foram os fatores associados ao apoio no parto. Além disso, os acompanhantes preocupados com a dor apresentaram maior chance de prover apoio emocional. Parece compreensível que a dor, naquele momento, seja inevitável, mas pode ser minimizada pela presença de uma pessoa que tranquiliza e encoraja a mulher.

A11	Medicalização excessiva do parto, como o uso indiscriminado de ocitocina e admissões precoces, que interferem no processo fisiológico; falhas no pré-natal quanto à preparação e orientação das gestantes; estrutura física inadequada e número insuficiente de profissionais, comprometendo a qualidade da assistência; imposição de condutas e desrespeito à privacidade, autonomia e protagonismo da mulher; falta de sensibilidade profissional para promover cuidado humanizado e individualizado, e a necessidade de maior valorização e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e fortalecimento das boas práticas obstétricas baseadas em evidências.	A implantação de modelos de continuidade de cuidados em sistemas de saúde, visa proporcionar às mulheres grávidas um cuidado respeitoso e individualizado, por meio de profissionais com habilidade clínica e interpessoal a fim de garantir no ciclo gravídico puerperal uma experiência materna positiva. Um dos principais requisitos de recursos para o cuidado à mulher em processo de parturição está relacionado ao número suficiente de profissionais qualificados para garantir cuidados dignos e contínuos a todas as mulheres. A verticalização durante o processo de parturição garante à mulher uma participação mais ativa.
A12	Persistência do modelo tecnocrático e intervencionista de parto, a falta de acolhimento e respeito à autonomia da mulher, a ausência de práticas humanizadas, o despreparo e resistência de profissionais, sobretudo os mais antigos, à adoção de mudanças e boas práticas, o não cumprimento da Lei do Acompanhante, a estrutura física inadequada das maternidades, a reprodução de condutas discriminatórias e culpabilizadas, e a carência de educação permanente e qualificação em saúde como estratégia de enfrentamento à violência obstétrica estrutural/institucional.	Promover a capacitação dos profissionais de saúde é um dos eixos norteadores da política de humanização e constitui uma das funções do gestor das maternidades públicas, focando na qualidade da assistência como missão institucional. Corroborando tal afirmação, os participantes evidenciaram que há muitos profissionais graduados em saúde atuando na área da saúde sexual e reprodutiva que se encontram nitidamente despreparados para atuar na área obstétrica.

A13	Desumanização do parto e a apropriação do corpo da mulher por profissionais de saúde, a carência de abordagem da violência obstétrica na formação acadêmica de enfermeiros, a ausência de práticas educativas e humanizadas no ciclo gravídico-puerperal, o despreparo técnico e humanístico dos profissionais, a priorização de interesses econômicos sobre o bem-estar materno-infantil, a precariedade na assistência pré-natal e no acolhimento, a banalização dos direitos das mulheres, o desconhecimento sobre boas práticas e evidências científicas, a alta rotatividade e vínculos frágeis de trabalho.	O presente estudo permitiu, compreender que para preencher a lacuna existente, é necessário um acolhimento que estimule a troca de experiências, gerando vínculo entre paciente e profissional, com o objetivo de minimizar a ansiedade, o medo, a insegurança, as dúvidas e as queixas associadas à gestação. Para que sejam feitas as cesarianas é necessário, dessa forma, ter indicações claras, coerentes e prudentes, cujos benefícios superem os potenciais risco.
A14	Baixa renda familiar, o alto índice de gestações não planejadas e a limitada inserção no mercado de trabalho. No contexto da assistência ao parto, práticas invasivas como amniotomia e episiotomia foram associadas a maiores níveis de mal-estar, assim como a realização de partos em posições horizontais. A ausência de contato pele a pele imediato com o recém-nascido também contribuiu para menor satisfação. Além disso, embora o uso de tecnologias não invasivas tenha sido benéfico, sua adoção foi desigual, sendo mais comum em partos assistidos por enfermeiras obstétricas.	Nota-se a importância da enfermeira obstétrica (EO) na realização de práticas que proporcionam maior bem-estar às parturientes e a presença destas profissionais na assistência ao parto está relacionada com uma diminuição de práticas intervencionistas, que ocasionam mal-estar, quando comparada à assistência exclusivamente médica. Os resultados evidenciam qualidade na prática das Enfermeiras e reporta maior visibilidade a esta categoria profissional que tem priorizado uma assistência humanizada e segura, em detrimento de práticas predominantemente tecnicistas, o que tem sido bem aceito pelas mulheres.

A15	Os desafios abordados no estudo foram esses, violência obstétrica: Maus-tratos físicos, verbais e psicológicos, falta de analgesia, procedimentos dolorosos sem consentimento e desrespeito à autonomia da mulher; Falta de estrutura e recursos: Deficiências materiais, de pessoal e infraestrutura, comprometendo a qualidade e dignidade do atendimento; Intervenções desnecessárias com fins didáticos: Práticas como episiotomia e fórceps sem indicação clínica, apenas para aprendizado técnico; Preconceito e discriminação: Racismo, gordofobia, preconceito de classe e julgamento moral; Vantagens indevidas a pacientes com maior poder social, econômico ou institucional.	O estudo evidencia a necessidade de investimento institucional em espaços que promovam discussões sobre a violência obstétrica tanto nos programas de formação profissional quanto nos de educação permanente. Remodelar as atividades cotidianas, fortalecer a adoção de práticas baseadas em evidências científicas e mobilizar os profissionais e a sociedade civil sobre a temática, para qualificar o sistema e garantir às usuárias um serviço de saúde com equidade e resolubilidade, possibilitando o fortalecimento e a consolidação do SUS.
A16	Predominância do modelo médico e intervencionista na assistência obstétrica no Brasil, a baixa participação de enfermeiras obstétricas nos partos vaginais, a resistência institucional à implementação do modelo colaborativo, o uso excessivo de práticas não recomendadas como tricotomia, litotomia, ocitocina e analgesia epidural, a necessidade de maior adesão às boas práticas recomendadas pela OMS, como partograma, mudanças de posição e contato pele a pele, e a limitação estrutural do ambiente hospitalar (como redução de espaço físico para uso da bola obstétrica).	O estudo evidenciou um aumento significativo na adoção de práticas recomendadas pela OMS, como o uso do partograma (43,3%), dieta líquida oral (11,5%), mudança de posição (828,6%), rebozo (167,3%), posições alternativas como cócoras e lateral (100%) e massagem terapêutica (33,4%), estratégias que trouxeram uma maior humanização. Também se destacou o maior uso do clampeamento tardio do cordão umbilical e do contato pele a pele, ambos benéficos ao recém-nascido, proporcionando um parto mais digno e humanizado.
A17	Os desafios abordados foram: o cuidado indigno e abuso verbal com humilhações e formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres; a falta de treinamento de médicos e enfermeiros de família, aspectos socioculturais e a confiança na equipe diminui a sensibilidade no contexto da assistência. Além disso, a falta de obstetras preparados para uma eventual distorção advinda de um parto normal; na prática, a falta de implementação da humanização do cuidado é lenta e se contradiz ao modelo funcionalista e cartesiano.	Tornar o parto mais fisiológico e menos instrumentalizado, não sendo a grávida uma doente. O cuidado espiritual é de fato multidisciplinar, sendo o trabalho solo limitado. Reconhecer seu lugar na equipe enquanto profissional de saúde é importante e em concomitância há que se valorar as competências éticas. Devemos como exercício de empatia nos colocar no lugar das parturientes, ao inferir sua ansiedade em relação ao futuro filho e a intensidade de suas dores físicas e emocionais.

A18	Prevalência de mulheres com maior nível socioeconômico e que possuíam acesso diário à Internet; mulheres referiram ter passado por experiências obstétricas ruins ou terem entrado em contato com histórias de terceiros que não foram satisfatórias, fato que impulsionou a procurarem modelos alternativos de assistência. Além disso, insatisfação com o modelo de assistência disponível nos hospitais, tendo o domicílio como alternativa aos procedimentos dolorosos e desnecessários e o PDP realizado somente no contexto de saúde particular, não sendo oferecido pelo SUS.	O estudo aponta que esforços deveriam ser feitos na tentativa de oferecer esta possibilidade do parto domiciliar para mulheres através do SUS, de maneira a democratizar o acesso à assistência a essa modalidade de parto, uma vez que a imensa maioria das mulheres apresentará gestações de risco habitual e, portanto, serão elegíveis para PDP, podendo ser atendidas no contexto domiciliar sem aumento de riscos para si e para seus filhos, diminuindo custos para o Estado e contribuindo para o acesso à assistência.
A19	Referiram não saberem dos direitos quanto à presença do acompanhante, outras souberam só no momento da institucionalização. A maioria das mulheres não participaram do curso de preparação para o parto durante o pré-natal e a falta do acompanhante gera exposição a ações de violência física, verbal, psicológica, atos de racismo, preconceito institucional e peregrinação nos serviços de saúde.	Os profissionais de saúde devem atuar de modo a facilitar a transição dessa mulher durante o período de estadia na maternidade. É importante que acolham os acompanhantes de forma positiva e compreendam que a necessidade deles durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, é fundamental.

Analisando as informações contidas no quadro, reconhece-se três grupos de discussão: I) Manejos assistenciais que proporcionam um parto humanizado, II) Condições estruturais para viabilizar práticas humanizadas no parto e III) Capacitação, sensibilização e mudança cultural dos profissionais frente ao binômio mãe-bebê.

DISCUSSÃO

A análise dos estudos selecionados evidenciou que, embora o parto humanizado seja respaldado por políticas públicas e legislações brasileiras, sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta inúmeros desafios.

A pesquisa revelou que as práticas assistenciais voltadas à humanização do parto ainda são marcadas por desafios estruturais, culturais, institucionais e formativos que comprometem a qualidade da assistência ao binômio mãe-bebê. No entanto, após a leitura dos artigos foram encontradas estratégias que são capazes de combater as barreiras encontradas no cuidado frente ao ciclo gravídico-puerperal.

Manejos assistenciais que proporcionam um parto humanizado:

O primeiro eixo identificado referente aos manejos assistenciais que proporcionam um parto humanizado, evidência de acordo com a literatura que as ações como o contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido^{21,26,27}, o incentivo às posições livres no decorrer do trabalho de parto^{23,24,34}, a aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor e utilização do método hands off^{19,23,34} são estratégias eficazes para promover um parto mais humanizado, menos medicalizado e que facilita o processo da parturição natural sem técnicas assistenciais desnecessárias.

Essas práticas estratégicas corroboram com os autores Valadão e Pegoraro¹² à medida que favorecem desfechos clínicos positivos e contribuem para a experiência individual da mulher, aumentando sua satisfação com o processo de parturição. Contudo, os resultados ressaltam que tais condutas, embora reconhecidas como eficazes, ainda são pouco utilizadas na prática cotidiana, prevalecendo procedimentos desnecessários e fortemente prejudiciais ao binômio mãe-bebê, como episiotomias rotineiras, aspiração gástrica em recém-nascidos saudáveis, toques vaginais excessivos e realizados por diferentes profissionais sem autorização^{20,26}.

Essa predominância do modelo tecnocrático e intervencionista reflete uma cultura institucional que ainda valoriza o controle do corpo feminino e a atuação médica em torno do protagonismo da mulher no parto^{10,14}. Outros desafios que dificultam a implementação da humanização é a realização de ações não recomendadas como tricotomia (remoção de pelos de uma área do corpo antes de um procedimento cirúrgico), litotomia (posição ginecológica), ocitocina (medicação que ajuda no processo de expulsão), manobras de kristeller (pressão no útero durante o parto) e analgesia epidural (injeção de medicamentos para o alívio da dor em

região epidural na coluna), além dos modelos de formação rígido com protocolos intervencionistas, com isso opondo-se aos princípios da PHPN, evidenciando fatores que limitam a ocorrência das práticas humanizadas, impactando diretamente a fisiologia do parto e na autonomia da mulher.

Condições estruturais para viabilizar práticas humanizadas no parto:

No segundo eixo, relacionado às condições estruturais para viabilizar práticas humanizadas no parto, identificaram-se obstáculos significativos. Muitos artigos relataram falta de estrutura, insumos e recursos como equipamentos básicos e manutenção dos aparelhos, além de ambientes inadequados para o acolhimento, escassez de salas de parto, ausência de espaços que permitam a livre movimentação das parturientes e falhas na rede de atenção obstétrica, com dificuldades no acesso a serviços de referência e falta de integração pré-natal/parto^{19,21,25,28,29,33,35}.

Esses fatores, além de dificultarem a adoção das boas práticas, contribuem para a desumanização da assistência e reforçam um modelo de atenção centrado na institucionalização e não no cuidado individualizado. A precariedade da infraestrutura também impacta diretamente a viabilidade do plano de parto e a manutenção da privacidade e conforto da mulher durante o processo de parturição¹³.

Esses achados, reafirmados por autores como Corrêa; Lira e Piffer³, apontam que a falta de salas de parto humanizadas, de recursos para métodos não invasivos e de ambientes acolhedores demonstra a necessidade urgente de traçar estratégias para melhorar a estrutura física e tecnológica que sustentem as diretrizes do parto humanizado previstas pelo Ministério da Saúde.

Capacitação, sensibilização e mudança cultural dos profissionais frente ao binômio mãe-bebê:

O terceiro eixo de análise refere-se à capacitação, sensibilização e mudança cultural dos profissionais frente à assistência ao binômio mãe-bebê. Os estudos revelam que há uma resistência significativa por parte de muitos profissionais, especialmente aqueles com formações mais antigas, em aderir práticas baseadas em evidências e centradas na mulher^{24,30,31,33}.

Essa resistência está muito ligada a uma formação técnico-biologicista, que não abrange de maneira adequada os aspectos éticos do cuidado e humanísticos. Nesse sentido, condições de trabalho inadequada, a desinformação, o despreparo emocional e técnico de determinados profissionais, foram indicadas como fatores dificultadores e cooperam para a perpetuação da violência obstétrica institucionalizada, descrita por comunicação ofensiva, intervenções sem

autorização, desrespeito à autonomia da mulher e negação de direitos como a presença do acompanhante^{20,28,37}.

Como reforçam Almeida e Diniz¹⁷, não respeitar o direito de escolha e a dignidade da mulher no processo do parto configura uma violação grave, que interfere negativamente na vivência materna e no vínculo mãe-bebê. Os achados também destacam a necessidade da educação permanente e criação de espaços para formação crítica e reflexiva dos profissionais de saúde, aperfeiçoando a assistência de forma mais abrangente.

Segundo Camacho¹³ e Santana¹⁵, a promoção do modelo assistencial deve ser fundamentada no respeito, empatia e na escuta ativa, pois é essencial para que a humanização do parto vá além do discurso institucional e se concretize na prática clínica. Outro ponto crucial explorado pela revisão foi a necessidade de fortalecer o pré-natal como espaço de empoderamento feminino.

O conhecimento sobre realizar um plano de parto bem elaborado contendo informações necessárias, como os melhores métodos de alívio de dor, descrições sobre o local que será realizada a assistência, direitos durante o parto, posições de preferência, ações que não são consentidas, dentre outras vontades, ainda é escasso, o que favorece a vulnerabilização das gestantes diante ao sistema de saúde. A ausência de uma orientação individualizada e efetiva durante o pré-natal compromete não apenas a autonomia da mulher, mas também a eficácia das intervenções humanizadas propostas para o trabalho de parto^{23,31,32,35}.

Além disso, é fundamental a adoção de um processo de enfermagem bem estruturado, que possibilite uma busca ativa eficaz traçada na evolução de enfermagem de cada paciente, acessando seu histórico e respeitando suas escolhas. Entre essas escolhas, destaca-se o desejo pelo parto domiciliar planejado (PDP), que enfrenta inúmeros obstáculos, como a resistência e o estigma por parte de profissionais de saúde, e até a exclusão do PDP das ofertas do SUS^{22,36}.

Soma-se a isso a disseminação de informações incorretas sobre os riscos do PDP, que alimentam a desconfiança e dificultam sua aceitação. Diante da insatisfação com o modelo de assistência hospitalar, frequentemente caracterizado por intervenções dolorosas e evitáveis, o atendimento domiciliar se apresenta como uma alternativa mais segura e respeitosa. Apesar disso, o PDP ainda é, em grande medida, uma opção limitada ao setor privado, sem garantia de acesso pelo sistema público de saúde^{22,36}.

Nesse contexto, a escolha pelo local de parto deve estar fundamentada na análise cuidadosa dos riscos e benefícios do parto hospitalar e domiciliar, considerando fatores como taxas de intervenções, necessidade de transferências para maternidades, complicações,

mortalidade, bem como a capacitação da equipe de saúde e a infraestrutura disponível para oferecer cuidados de qualidade.

A maioria das mulheres apresentam gestações de risco habitual e, portanto, é elegível para o parto domiciliar planejado (PDP), podendo ser realizado com segurança no ambiente domiciliar, sem aumento de riscos para mãe e bebê. Além disso, o PDP caracteriza uma estratégia que pode minimizar os custos para o Estado e aumentar o acesso à assistência^{22,36}.

Portanto, é importante ressaltar que, apesar das limitações, as estratégias apontadas nos estudos como a presença do acompanhante, o incentivo ao parto domiciliar planejado (PDP) com respaldo técnico, o uso de tecnologias leves (banho quente, música, aromaterapia, bola suíça), e o fortalecimento da atuação das enfermeiras obstétricas demonstram que é possível transformar a realidade obstétrica brasileira com base em ações praticáveis e baseadas em evidências^{22,24,36}.

Contudo, a mudança do cenário atual requer melhoria da capacitação técnica dos profissionais e que a implementação do parto humanizado no SUS, vá além do que somente políticas públicas escritas, mas que execute na prática o compromisso político, investimento e mudança cultural, ética no cuidado, e a valorização da enfermagem como protagonista da assistência obstétrica necessitam^{24,25,27}.

O parto deve ser compreendido não apenas como um evento biológico, mas como um momento de profundo significado emocional e social, que demanda acolhimento, respeito, dignidade e que reconheça a mulher como sujeito central do processo de pré-parto, parto e pós-parto^{27,37}.

Em resumo, para sintetizar as informações decorrentes da pesquisa, foi elaborada um quadro 3 com o objetivo de facilitar a compreensão dos principais achados neste estudo, apontando desafios persistentes para a implementação do parto humanizado no SUS, bem como das estratégias apontadas para o avanço de práticas humanizadas no cuidado obstétrico.

Quadro 3 – Síntese de desafios e estratégias para o parto humanizado. Natal/RN, 2025.

Desafios persistentes para a implementação do parto humanizado no SUS	Estratégias para avançar na implementação de práticas humanizadas
• Modelo hospitalocêntrico, tecnocrático e intervencionista hegemônico; • Violência obstétrica estrutural e institucional; • Deficiências estruturais: espaços inadequados, falta de insumos, de leitos e recursos humanos; • Resistência dos profissionais e despreparo técnico-humanístico; • Desrespeito à autonomia da mulher e aos direitos como a presença do acompanhante; • Falta de acesso a modelos alternativos como parto domiciliar planejado (PDP); • Déficits no pré-natal como espaço de informação e empoderamento.	• Educação permanente e sensibilização das equipes de saúde; • Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; • Resgate do protagonismo feminino, liberdade de posição, contato pele a pele, e presença de acompanhante; • Implementação de tecnologias leves e boas práticas obstétricas (banho, bola suíça, rebozo, ambiente de penumbra, música, etc.); • Fortalecimento do pré-natal como espaço de empoderamento e construção do plano de parto; • Ampliação do acesso ao parto domiciliar seguro via SUS; • Promoção de uma nova ética no cuidado obstétrico, com foco na empatia e humanização.

Por fim, o contexto brasileiro recentemente vivenciou situações obstétricas em que os direitos, autonomia, protagonismo da mulher e a possibilidade do parto humanizado vem sendo feridos. Casos como esses expõem a urgência de promover novas discussões públicas, políticas e institucionais que assegurem o avanço e não o retrocesso na implementação de práticas individualizadas no parto, a fim de avançar diante desses desafios para que as mulheres não percam esses direitos e tenham garantido uma assistência de qualidade segura para mãe e bebê.

Limitações do Estudo

As limitações encontradas, ocorreram devido ao trabalho se tratar de uma revisão de literatura, além disso, o presente artigo limitou-se a estudos publicados em língua portuguesa, nos últimos cinco anos, excluindo resumos, revisões de literatura, editoriais, cartas ao leitor, reportagens e monografias. Esses critérios restringiram significativamente a busca e

dificultaram a obtenção de resultados. Ademais, identificou-se uma limitada disponibilidade de artigos que abordassem os obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde na implementação da humanização nos serviços de saúde.

Contribuições para a Área

Espera-se que este trabalho possa contribuir para o debate e para a sensibilização de profissionais da saúde, gestores e estudantes, incentivando a construção de um cuidado mais humano e acolhedor. A continuidade dessa transformação exige investimento em educação permanente, escuta ativa das mulheres, e principalmente, o fortalecimento do SUS como espaço de cuidado integral, equitativo e comprometido com a dignidade da vida, pois somente por meio do diálogo qualificado, da formação crítica de profissionais e da escuta ativa é que será possível consolidar um sistema de saúde mais justo, seguro e verdadeiramente humanizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa permitiu compreender, de forma abrangente, os múltiplos fatores que ainda dificultam a consolidação do parto humanizado no SUS. Apesar dos avanços em políticas públicas, legislações específicas e da valorização do protagonismo feminino no contexto do nascimento, a prática ainda se vê atravessada por barreiras estruturais, institucionais e culturais que colocam em risco o direito das mulheres a um cuidado digno, respeitoso e seguro.

Ficou evidente que o modelo assistencial vigente, ainda centrado em condutas medicalizadas e intervencionistas, precisa ser urgentemente repensado. As evidências analisadas apontam que há alternativas viáveis e baseadas em boas práticas, como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a liberdade de posição durante o parto, o respeito ao plano de parto e o fortalecimento do vínculo entre mulher e equipe de saúde.

No entanto, para que essas práticas se tornem rotina, é necessário superar desafios como a resistência de parte dos profissionais, a carência de estrutura física adequada e a fragilidade na formação humanística das equipes. A atuação da enfermagem, especialmente da enfermeira obstétrica, mostrou-se essencial na condução de uma assistência mais humanizada, centrada na escuta, na empatia e no respeito às escolhas da gestante.

Além disso, o pré-natal deve ser reconhecido como um espaço privilegiado para a construção do conhecimento, do vínculo e da autonomia da mulher. Assim, promover o parto humanizado no SUS não é apenas uma questão técnica, mas ética, política e social. Trata-se de reconhecer o nascimento como um evento que ultrapassa o campo biomédico, envolvendo emoções, expectativas e direitos.

REFERÊNCIAS

1. Moura JWS, et al. Humanização do parto na perspectiva da equipe de enfermagem de um Centro de Parto Normal. *Enferm Foco*. 2020;11(3). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3256>. Acesso em: 14 set. 2024.
2. Brasil. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.
3. Corrêa AF, Lira EC, Piffer DM. Estratégias para implementação da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. *Rev FT*. 2023;27(127). Disponível em: <https://revistaft.com.br/estrategias-paraimplementacao-da-politica-nacional-de-humanizacao-humanizasus/>. Acesso em: 12 set. 2024.
4. Brasil. Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. v.4. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.
5. Oliveira CA. O desvelar do parto no Sistema Único de Saúde: vivências e direitos de cidadania das mulheres [dissertação]. Vitória: EMESCAM; 2020. Disponível em: <https://emescam.br/wp-content/uploads/2021/03/CLARISSA-10.02.21.revisado.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.
6. Brasil. Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. *Diário Oficial da União*. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 21 mai. 2025.
8. Brasil. Lei nº 14.737, de 28 de novembro de 2023. *Diário Oficial da União*. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14737.htm. Acesso em: 14 set. 2024.
9. Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.

10. Kappaun A, Costa MM. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. *Rev Paradigma*. 2020;29(1):71–86. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1446>. Acesso em: 13 set. 2024.
11. Brasil. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/pec/vitamina-d/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 16 jul. 2024.
12. Valadão CL, Pegoraro RF. Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal Rev Psicol*. 2020; 32:91–8. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/573>. Acesso em: 13 set. 2024.
13. Camacho PSP. O plano de parto como instrumento de retorno da mulher ao protagonismo do parto [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2024. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/23266/1/PSPCamacho.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.
14. Martins GCC, Vitor RJ. Parto humanizado: assistência de enfermagem, desafios e impacto na experiência materna. *Rev FT*. 2024;28(134). Disponível em: <https://revistaft.com.br/parto-humanizadoassistencia-de-enfermagem-desafios-e-impacto-na-experiencia-materna/>. Acesso em: 12 set. 2024.
15. Santana DP, et al. O papel do enfermeiro no parto humanizado: a visão das parturientes. *Nursing (Ed. bras.)*. 2023; 26:9312–25. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i296p9312-9325>. Acesso em: 13 set. 2024.
16. Corvello CM, et al. A enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa da literatura. *Res Soc Dev*. 2022;11(3):e37311325759. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/3c73/e32026e1f0b2ba197b7740f398141a66ba6d.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.
17. Almeida D, Diniz M. A implantação do parto humanizado no Sistema Único de Saúde: uma forma de reduzir a violência obstétrica emocional. Unipac. Aimorés-MG; 2019. Disponível em: https://repositorio.alfaunipac.com.br/publicacoes/2019/625_a_implantacao_do_parto_humanizado_no_sistema_unico_de_saude_uma_forma_.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.
18. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*. 2010; 8:102–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt>. Acesso em: 4 out. 2024.
19. Santos WNS, Silva MA, Oliveira YS, Cunha TL. Experiências de discentes na assistência ao parto: projeto de extensão. *Enferm Foco*. 2022;13(spe1):e202226spe1. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202226spe1/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202226spe1.pdf

20. Silva WAD, Oliveira MA, Santos RCS, Pereira AVS. O papel do enfermeiro no parto humanizado: a visão das parturientes. *Rev Nursing*. 2022;25(284). Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2995>
21. Silva RMM, Silva ML, Lopes DMM, et al. Adesão às práticas assistenciais humanizadas ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190355. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TLZdcLpDhRXfMK4KbNpwrsS/?lang=pt>
22. Ramos MM, Carneiro MM, Carvalho MDB, Nogueira DA. Motivações de mulheres amazônidas para tomada de decisão do parto domiciliar planejado. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20210341. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/qy6RKpnBVfyLXzfxQRSHsNJ/?lang=pt>
23. Oliveira SMJV, Penna CMM, Sousa NFDS. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enferm*. 2020;25:e69942. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/SfvvfycwrH64ZDQKWq7NMJK/?lang=pt>
24. Andrade PON, Avila MAG, Oliveira SG, Rodrigues DP. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20190251. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/GYhvc6TGdgSzZMnFCQfBWXS/?lang=pt>
25. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Parto humanizado: valores de profissionais de saúde no cotidiano do cuidado obstétrico. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):60–5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/TfJgKJt9CsHHJyJpmrn93PN/?lang=pt>
26. Carmo EAA, Souza KV, Gomes LB. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190262. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ky5RBYkyMTCFL5CWtXmQQm/?lang=pt>
27. Rocha CR, Moreira MEL, Costa R. Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1266–73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rLrckvzCp8sh8GtLqGx6xSH/?lang=pt>
28. Gomes FA, Oliveira VC, Machado JMH. Fatores associados ao apoio realizado à mulher durante o parto pelos acompanhantes em maternidades públicas. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20190283. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/N5xm5P5W76763fYCtF4gpjc/?lang=pt>
29. Santos JN, Oliveira RG, Lima RHS, et al. Cuidados no processo de parturição sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(3):e4610016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/w68vCGW9gbCKWSscZ5CKMxB/?lang=pt>
30. Menezes GM, Oliveira ACG, Neves CM. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180098. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/phCvS8RYbtynZz66TZnXvGN/?lang=pt>

31. Silva VCD, Oliveira SMJV, Souza EV. Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190200. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/C8VTQNXNTF8whR9QFbQvZDP/?lang=pt>
32. Martins EF, Silva LS, Sousa ESV. Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03522. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/pzvFm5N5C7NRxDMQtYhBLkk/?lang=pt>
33. Brito RS, Carvalho JBL, Oliveira LMD. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e190697. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SNcjQGxYnDGYbfXPCTvcsgq/?lang=pt>
34. Oliveira LBG, Torres GV, Oliveira ADS. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20190216. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fnLqLxc9ymjW4kNFZFJ8z5h/?lang=pt>
35. Carneiro ECSP. Percepção de mulheres em relação à assistência em maternidade pública de Marechal Hermes: um estudo fenomenológico [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/26259>
36. Silva MG, Teles LMR, Passos RGM. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Cienc Saude Colet.* 2021;26(1):149–60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PHwbP7cr6w4bSczKPgBH7pw/?lang=pt>
37. Bezerra R, Menezes MAM, Souza MHBM. Presença do acompanhante na perspectiva da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. *Rev Enferm UFPE on line.* 2020;14:e252582. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/252582/41716>