

Bourguignon, Ana Maria; Grisotti, Marcia
Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras¹
Saúde e Sociedade, vol. 27, núm. 4, 2018, Outubro-Dezembro, pp. 1230-1245
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902018170489

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263892024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras¹

Conceptions on childbirth humanization in Brazilian theses and dissertations

Ana Maria Bourguignon^a

^aUniversidade Estadual de Ponta Grossa. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas. Ponta Grossa, PR, Brasil.

E-mail: anamariabourg@gmail.com

Marcia Grisotti^b

^bUniversidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Sociologia e Ciência Política. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: grisotti@fastlane.com.br

Resumo

Este artigo analisa as concepções de humanização do parto e nascimento presentes nas teses e dissertações brasileiras, expondo de que modo essas concepções estão vinculadas à defesa de um novo modelo de assistência em oposição às práticas da obstetrícia moderna preponderantes no país. São estudadas quatro dissertações e sete teses, apresentadas de 1997 a 2012, representativas dos principais centros de pesquisa sobre o tema e realizadas por pesquisadoras com trajetória acadêmica e profissional vinculada à história da humanização do parto e nascimento no Brasil. A análise descreve os diferentes arcabouços conceituais e enunciativos das teses e dissertações. Especificamente, de que forma a expressão “humanização”, em especial a crítica técnica fundamentada no movimento “baseado em evidências”, contribui para qualificar a crítica ao modelo de obstetrícia tradicional e hegemônico no país. Dentre os resultados, evidenciam-se nove eixos que estruturam as concepções de parto e nascimento humanizados nos trabalhos de pós-graduação brasileiros.

Palavras-chave: Humanização do Parto e Nascimento; Assistência Obstétrica; Teses e Dissertações.

Correspondência

Ana Maria Bourguignon

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Pós-Graduação. Av. Carlos Cavalcanti, 4.748, sala LP 109. Ponta Grossa, PR, Brasil. CEP 84030-900.

¹ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Abstract

The article analyzes the conceptions on childbirth humanization within Brazilian theses and dissertations, exposing how such conceptions are linked to the defense of a new assistance model, in opposition to the prevailing practices of modern obstetrics in the country. We have studied four dissertations and seven theses, which were presented from 1997 to 2012, representative of the main research centers on the subject and carried out by researchers with academic and professional trajectory related to the childbirth humanization in Brazil. The analysis describes the different conceptual and enunciative frameworks of theses and dissertations. Specifically, how the expression “humanization,” especially the technical critique grounded on the “evidence-based” movement, has contributed to qualify the critique of the traditional and hegemonic obstetrics model. Among the results, we have listed nine axes that structure the conceptions on humanized childbirth in graduate studies in Brazil.

Keywords: Humanization of Childbirth. Obstetric Care. Theses and Dissertations.

Introdução

A expressão “humanização do parto e nascimento” denomina um movimento social, uma política pública, um modelo de assistência obstétrica, uma concepção de maternidade e de nascimento. Essa expressão, consolidada no Brasil na década de 1990, demarca uma oposição à obstetrícia hegemonicamente praticada no país. A partir desta constatação, este trabalho investiga as concepções de humanização da assistência obstétrica presentes nas teses e dissertações brasileiras e identifica de que modo essas concepções estão vinculadas à defesa de um novo modelo de obstetrícia.

Humanização é uma palavra polissêmica ao longo da história política e da filosofia e deriva de **humanismo**, que advém, por sua vez, do latim *humanitas* que, segundo Abbagnano (2007, p. 518-519), significa “educação do homem como tal”, termo que traduz o grego *paideia*. O humanismo, denominação dada ao movimento filosófico que surge na Itália a partir do século XIV, tem entre seus princípios a consideração do homem em sua totalidade, corpo e alma voltados para o domínio de si e da natureza. Ao mesmo tempo, o termo engloba as atitudes que distinguem os homens dos animais e da natureza de um modo geral, um ser voltado para o conhecimento e as artes. O humanismo também está presente nas filosofias que tomam o homem como medida para avaliação de todas as coisas. Concepções que fundamentam e animam a ciência moderna (que emerge a partir do século XVI), bem como as diferentes práticas profissionais que surgem (ou ressurgem) nos séculos XVIII e XIX.

O humanismo pressupõe, como destaca Riffel (2005), um princípio de educação, uma formação dos sujeitos para os valores preconizados pela comunidade (no sentido grego) e que se fundamenta em uma figura retórica do que é “o humano”. O termo humanização é corolário desse sentido, pois se trata de uma ação de humanizar, de tornar humano, civilizar. Essa concepção do que é o humano, sobre como e quem humanizar e, por conseguinte, sobre que conceitos filosóficos e/ou científicos estão vinculados a tal categorização é variável, gerando uma pluralidade semântica e um relativismo de difícil resolução. Como aponta Foucault (2005b),

o termo humanismo significa mais um princípio crítico de diferenciação, do que necessariamente a uníssona opinião do que seja humano, humanismo ou humanizar.

O humanismo é uma coisa completamente diferente: é um tema, ou melhor, um conjunto de temas que reapareceram em várias ocasiões através do tempo, nas sociedades europeias; esses temas permanentemente ligados a julgamentos de valor tiveram evidentemente sempre muitas variações em seu conteúdo, assim como nos valores que eles mantiveram. Mais ainda, serviram de princípio de diferenciação: houve um humanismo que se apresentava como crítica ao cristianismo ou à religião em geral; houve um humanismo cristão em oposição a um humanismo ascético e muito teocêntrico (no século XVII). No século XIX, houve um humanismo desconfiado, hostil e crítico em relação à ciência, e um outro que colocava (ao contrário) sua esperança na mesma ciência. O marxismo foi um humanismo, o existencialismo, o personalismo também o foram; houve um tempo em que sustentavam os valores humanistas representados pelo nacional-socialismo, e no qual os próprios stalinistas se diziam humanistas.

Não se deve concluir daí que tudo aquilo que se reivindicou como humanismo deva ser rejeitado, mas que a temática humanista é em si mesma muito maleável, muito diversa, muito inconsistente para servir de eixo à reflexão. E é verdade que, ao menos desde o século XVII, o que se chama de humanismo foi sempre obrigado a se apoiar em certas concepções do homem que são tomadas emprestadas da religião, das ciências, da política. O humanismo serve para colorir e justificar as concepções do homem às quais ele foi certamente obrigado a recorrer. (Foucault, 2005b, p. 346)

A utilização do termo “humanização” para designar um novo tipo de assistência ao parto e nascimento traz consigo as características derivadas da concepção *humanitas*. Trata-se de uma ideia indefinida e flexível que estabelece um critério crítico de diferenciação à obstetrícia, propõe uma educação para mulheres e profissionais de saúde, uma ênfase no estudo sobre a natureza do ciclo

gravídico-puerperal, agrega-se à defesa da ciência como princípio da prática e se propõe dialogar com o humanismo presente na formação ética das profissões envolvidas, sobretudo, da Medicina e da Enfermagem.

Baseado na análise arqueológica dos discursos exposta por Foucault (2005a), consideramos que a humanização do parto e nascimento não encerra um paradigma, uma ciência, uma disciplina. Porém, configura-se em um saber que reúne um conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva, indispensáveis à constituição de uma ciência, mas que podem ou não vir a ter um status de científico (Foucault, 2005a). O discurso de humanização que procuramos caracterizar neste artigo corresponde a um saber que se apoia em várias áreas do conhecimento e em outras instâncias de saber. É composto por enunciados (como “desmedicalização”, “não-médico”, “tecnologia apropriada”, “mulher protagonista”, “parto humanizado”) que se relacionam, formando regularidades em uma formação discursiva (Foucault, 2005a).

Para Foucault (2005a, p. 157-158), a arqueologia é “a descrição sistemática de um discurso-objeto”. A investigação arqueológica procura estabelecer as condições de possibilidade de um discurso, verificar o feixe de relações entre os enunciados que o compõem. O que significa dizer que não está preocupada com o que o discurso se refere ou o que foi pensado por quem disse, não se restringe à unidade de uma obra ou ao encadeamento lógico e linear dos conceitos. Ao invés disso, propõe evidenciar como acontecimentos e conceitos são reorganizados e redistribuídos em uma formação discursiva. Foucault (2005a, p. 7-8) considera que a pesquisa arqueológica deve ser empreendida pelo viés da “crítica do documento”. O documento não pode reconstituir o passado, o que as pessoas fizeram ou disseram ou ser um instrumento para atestar a verdade ou a falsidade. O documento resulta de disputas presentes em sua formação. Nesse sentido, ao tomarmos as teses e dissertações como documentos, descrevemos as concepções de humanização do parto e nascimento, as diferentes abordagens epistemológicas utilizadas pelas pesquisadoras, e as disputas que se evidenciam

com a emergência desse saber em contraposição à obstetrícia moderna.

Discussão metodológica

As teses e dissertações resultam de pesquisas extensas e detalhadas que ocorrem durante um período de formação, que vincula a trajetória de sujeitos às instituições acadêmicas e aos grupos de pesquisa. As teses e dissertações são produtos do acúmulo discursivo, do reforço constante do discurso de humanização que muitas defendem (com remissões a outros trabalhos, a instituições, a determinados acontecimentos, normas), que estabelecem com esse acúmulo regularidades (Foucault, 2005a).

A análise quantitativa e qualitativa dos resumos de 379 teses e dissertações produzidas no Brasil de 1987 a 2012, em busca realizada no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), com o tema da humanização do parto e nascimento possibilitou a elaboração de um mapa da produção de trabalhos nas pós-graduações *stricto sensu* sobre esta temática (Bourguignon, 2014). A partir desse mapa e por meio de análise qualitativa de todos os resumos, selecionamos sessenta trabalhos que problematizavam, historicizavam ou conceituavam a humanização.

Consoante ao objetivo deste artigo de analisar as concepções de humanização do parto e nascimento presentes nas teses e dissertações brasileiras representativas de centros de pesquisa de tradição no campo, bem como realizadas por pesquisadoras com trajetória vinculada à humanização do parto e nascimento no Brasil, na segunda fase da pesquisa foram aplicados nove critérios de seleção. Esses critérios são baseados nas variáveis provenientes da análise quantitativa de todo o volume de trabalhos. Assim, atribuiu-se um ponto para cada um dos seguintes critérios (Bourguignon; Grisotti, 2016):

- (1) a instituição universitária de origem estar entre as cinco que mais produziram teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento - Universidade Federal do Rio

de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade de São Paulo (USP), cada uma tinha, à época do levantamento, 25 ou mais trabalhos defendidos e as cinco juntas representam 36% do total de dissertações e teses sobre o assunto;

- (2) trabalho defendido em um dos cinco programas de pós-graduação que apresentaram mais trabalhos com a temática - Enfermagem da UFSC, da UFRJ, da UERJ e da USP e Saúde da Mulher e da Criança da Fiocruz -, os quais somados representam 24%;
- (3) o programa de origem está entre as cinco áreas de conhecimento em que há maior número de teses e dissertações sobre o assunto - Enfermagem (48,8%), Saúde Coletiva (18,5%), Interdisciplinar (6,9%), Psicologia (6,6%) e Medicina II (5,8%), uma vez que as demais áreas têm menos de 2% do total da produção;
- (4) tese de doutorado, pois a entendemos como produto de uma pesquisa de maior profundidade e com resultados que devem oferecer avanços no respectivo campo de pesquisa;
- (5) as professoras que mais orientaram as dissertações e teses (com quatro ou mais defesas), com vistas a demarcar referências na pós-graduação brasileira sobre o tema;
- (6) pesquisadora que fez dissertação e tese sobre o assunto (foram 12 no total), critério que reforça trajetória de pesquisa sobre humanização;
- (7) a autora da dissertação ou tese estar entre as que mais participaram de bancas de mestrado e doutorado sobre a temática (16 pesquisadoras que têm cinco ou mais participações), o que também demonstra o reconhecimento da área;
- (8) ano de defesa anterior a 2000 - para valorizar os primeiros registros, pois 96% dos trabalhos são posteriores ao ano 2000; e
- (9) trajetória pública da autora da tese ou dissertação vinculada à história da humanização do parto no Brasil. Este último critério foi resultado de estudo de currículo lattes e páginas na internet para

identificar se a pesquisadora é autora de livros, de manuais e normativas da área, integra ou integrou grupo gestor de políticas públicas relacionadas (em todas as esferas de governo), ocupante de cargo de gestão em instituições hospitalares de referência nacional ou regional na humanização do parto e nascimento, integrante de diretoria de organizações como a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo) e Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), convidada para ministrar palestras e cursos em eventos de referência nacional ou internacional, e destaque na trajetória de movimentos sociais ligados ao tema.

Foram selecionados os trabalhos que atenderam cinco critérios ou mais (veja os trabalhos selecionados no Quadro 1). Mediante esses procedimentos, constituímos o *corpus* de 11 trabalhos, dos quais quatro dissertações e sete teses. Consideramos que a amostra representa nuances do discurso científico de humanização do parto e nascimento no Brasil.

Para analisar os trabalhos, procuramos identificar as fontes utilizadas para fundamentar as concepções de humanização presentes nos textos, notar quando a expressão humanização ou termos correlatos (humanizado, humanístico, mais humano, desumano, entre outros) são mobilizados como referência a determinadas práticas e condutas profissionais, verificar que situações ou concepções são consideradas contrárias à humanização.

Quadro 1 – Teses e dissertações selecionadas para análise qualitativa

Ano	Autoria	Programa/ Universidade	Tipo	Título	Orientação
1996	Carmen Simone Grilo Diniz	Medicina Preventiva/USP	M	Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social	José Ricardo Mesquita Ayres
1997	Ruth Hitomi Osava	Saúde Pública/USP	D	Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico	Ana Cristina Tanaka
1997	Kátia Maria Netto Ratto	Saúde da Mulher e da Criança/Fiocruz	M	Maternidade Leila Diniz 1994 a 1996: nascimento de um novo profissional de saúde?	Sherrine Njaine Borges
1998	Odaléa Maria Brüggemann	Enfermagem/UFSC	M	A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher durante o processo do nascimento	Ingrid Elsen
2001	Carmen Simone Grilo Diniz	Medicina Preventiva/USP	D	Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto	José Ricardo Mesquita Ayres
2006	Marcos Augusto Bastos Dias	Saúde da Mulher e da Criança/Fiocruz	D	Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública	Suely Ferreira Deslandes
2006	Maria de Fátima Mota Zampieri	Enfermagem/UFSC	D	Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências	Alacoque L. Erdmann
2007	Adriana Lenho de F. Pereira	Enfermagem/UFRJ	D	Processo de implantação da casa de parto no contexto do Sistema Único de Saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci	Maria Ap. V. Moura

continua...

Quadro 1 – Continuação

Ano	Autoria	Programa/ Universidade	Tipo	Título	Orientação
2008	Leila Gomes Ferreira de Azevedo	Enfermagem/UERJ	M	Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na casa de parto David Capistrano Filho	Jane Marcia Progianti
2011	Maysa Luduvice Gomes	Enfermagem/UFRJ	D	A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório	Maria Ap. V. Moura
2012	Heloisa Ferreira Lessa	Enfermagem/UFRJ	D	A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado	Maria A. Rubio Tyrrel

Fonte: Catálogo de Teses e Dissertações da Capesh²

As definições e indefinições de humanização

Os trabalhos de Ratto (1997), Osava (1997), Diniz (1996) e Brüggemann (1998) são anteriores à edição dos programas do governo federal para humanização do parto e nascimento e contemporâneas à publicação do manual *Care in Normal Childbirth: a practical guide* da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996). Esses trabalhos também podem ser avaliados em decorrência dos primeiros anos de articulação do movimento pela humanização do parto e nascimento no país e como resultado das primeiras maternidades e centros de parto normal sob esse modelo.

O primeiro trabalho selecionado para nosso *corpus* foi apresentado um ano após o lançamento das referidas recomendações da OMS (1996). A dissertação de Ratto (1997) traz poucas referências ao termo “humanização”, vinculando o que chama

de “novas perspectivas” ao “fenômeno Leboyer”³. Ela não define humanização e, embora o mencione em seu resumo e em alguns poucos trechos do trabalho, o termo não faz parte de suas preocupações conceituais. A autora faz uma narrativa histórica dos precursores da obstetrícia moderna contrapondo às novas concepções e práticas difundidas por médicos considerados alternativos como Leboyer, Odent⁴ e Paciornik.⁵ O enfoque de sua dissertação é verificar a incorporação dessa nova perspectiva pelos profissionais da então recém-inaugurada Maternidade Leila Diniz⁶ no Rio de Janeiro.

Osava (1997) também não conceitua humanização. A pesquisadora aponta que “o tema da humanização” vem acoplado à discussão sobre a inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto como estratégia para a redução das taxas de cesariana no país. O texto traz de modo difuso elementos que configuram uma assistência humanizada, recorrendo a este termo para qualificar

² CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE ENSINO SUPERIOR. *Banco de Teses*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2RJ7lnK>>. Acesso em: 10 out. 2018.

³ Frédéric Leboyer, médico obstetra francês, autor da obra *Nascer Sorrindo*, cuja primeira edição no Brasil data de 1974, pela editora Brasiliense.

⁴ Michel Odent, médico obstetra francês, defensor do parto fisiológico, com várias obras publicadas no Brasil.

⁵ Moysés Paciornik, médico obstetra curitibano, autor do livro *Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios*, da editora Brasiliense, 1979.

⁶ Maternidade Leila Diniz, inaugurada no ano de 1994, por iniciativa da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, é considerada pioneira por suas concepções e práticas desmedicalizadas e com a inclusão de enfermeiras-obstétricas na assistência ao parto.

práticas que remontam “o movimento pelo parto natural ou fisiológico” da década de 1950; ao mesmo tempo, traz características do que seria o seu oposto. A despersonalização do parto, as intervenções médicas, o tempo abreviado e controlado do trabalho de parto, a maternidade organizada como uma “linha de montagem” e a “visão tecnológica do corpo feminino” configuraram para ela o “parto tecnológico”. Para especificar o que considera apropriado para a assistência obstétrica, Osava transcreve as recomendações da Carta de Fortaleza⁷ (OMS, 1986), os objetivos da Carta de Campinas⁸ (Rehuna, 2011) e a classificação das práticas obstétricas elencadas no manual da OMS (1996). Portanto, a autora não traz um conceito para humanização, valendo-se das recomendações de organismos internacionais e da Rehuna para delimitar tacitamente esse tema. Além disso, a pesquisadora e docente do curso de Enfermagem da USP avalia que o movimento de humanização do parto pouco afetou as escolas superiores de saúde:

A despeito dessa movimentação em torno da humanização do nascimento e parto, o impacto sobre o ensino foi praticamente nulo. Escolas médicas e de enfermagem não se mobilizaram em relação ao que estava ocorrendo, a maioria sequer tomou conhecimento. (Osava, 1997, p. 64-65)

Motivada pela criação de uma maternidade escola, a dissertação de Brüggemann (1998) tem como foco a proposição de um modelo humanizado para o cuidado prestado pela enfermagem obstétrica no Hospital Universitário da UFSC. Diferente das precedentes, ela conceitua humanização como um “novo paradigma de assistência”. Todo o esforço da pesquisadora é para estabelecer conceitos operacionais para atuação da enfermeira obstetra em partos normais. A autora propõe o “resgate” da humanização a partir da história filosófica do humanismo (em suas diferentes manifestações). A humanização “é uma atitude de respeito à

dignidade e à natureza humana, voltada para a essência, singularidade, totalidade e subjetividade do homem” (Brüggemann, 1998, p. 71).

a humanização não tem uma fórmula, que possa ser aplicada. Podemos mudar a posição do parto, eliminar rotinas e práticas redutoras e implementar outras que podem também se tornar desumanizantes se não forem desenvolvidas respeitando a subjetividade e singularidade dos seres humanos envolvidos no processo do nascimento. Não podemos caracterizar uma atitude como humanista se não estiver pautada na compreensão da experiência sob ponto de vista da mulher/parturiente e família, os quais vivenciam o processo de nascimento. Desta forma a qualidade da relação entre os atores envolvidos no processo é o ponto fundamental para que a experiência de ter um filho possa ser tranquila e prazerosa. (Brüggemann, 1998, p. 59)

Para ela, está incluído no referencial do humanismo (do qual a humanização deriva) um componente ético e de comprometimento pessoal. Esse comprometimento estaria na gênese da Enfermagem como profissão. Assim, a autora fundamenta sua dissertação na teoria humanística da Enfermagem de Paterson e Zderad (*Humanistic Nursing*), a fim de constituir um referencial a partir da Enfermagem e para a Enfermagem. A pesquisadora assevera que “para conquistarmos mudanças no cuidado à mulher durante o processo do nascimento, no sentido da humanização, temos que construir referenciais para guiar o cuidado de enfermagem” (Brüggemann, 1998, p. 19). A humanização coaduna-se com a ciência e a tecnologia, com a tarefa de revalorizar concepções e procedimentos não-médicos, como as **tecnologias apropriadas** para o parto e nascimento publicadas na Carta de Fortaleza em 1985 (Brüggemann, 1998, p. 55-56).

Enquanto Brüggemann centra esforços para construir um referencial de humanização para o cuidado de Enfermagem, Diniz (1996, 2001)

⁷ A Carta de Fortaleza é o documento resultante da Conferência Internacional de Fortaleza realizada em 1985, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelos escritórios regionais da OMS. A Carta condensa um conjunto de recomendações que posteriormente foram publicadas pela OMS na revista *The Lancet*, sob o título “Appropriate Technology for Birth”, em 1986.

⁸ A Carta de Campinas é o documento fundador da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna).

estabelece como objetivo detectar os muitos sentidos de humanização da assistência: “o que enfim se quer dizer quando se fala em ‘humanização’? Não é objetivo deste trabalho encontrar a humanização ‘correta’; mas sim reconhecer que cada um dos diferentes sentidos dados à ‘humanização’ delimita a participação de cada um dos atores sociais neste diálogo” (Diniz, 2001, p. 22). Esses atores sociais destacados pela autora são o movimento de mulheres e os profissionais de saúde. Como militante da Rehuna, feminista e formada em Medicina, a pesquisadora acredita que o movimento de humanização do parto tem função estratégica na redefinição de papéis para uma melhor assistência, sem retirar a legitimidade de cada segmento envolvido.

Este trabalho parte da hipótese de que o movimento pela humanização do parto tem um papel central na promoção do diálogo entre os diversos sujeitos sociais atualmente em conflito na assistência ao parto, na direção de um novo arranjo de assistência, orientado tanto por mais respeito à evidência empírica da segurança e eficácia dos procedimentos, quanto pela maior promoção dos direitos humanos das pacientes.

Esse novo paradigma da assistência, baseado na busca da síntese entre a evidência científica e a promoção dos direitos humanos, encontra, para sua implementação na prática, um conjunto de desafios - institucionais, corporativos, financeiros, de estrutura física, de formação dos recursos humanos, da cultura sexual e reprodutiva, entre outros -, que estão sendo enfrentados, com maior ou menor sucesso, por alguns serviços. (Diniz, 2001, p. 34)

Segundo Diniz (2001, p. 24), o termo humanização é uma versão brasileira ou latino-americana de um movimento internacional mais amplo que tem diversos nomes e cujos segmentos representam críticas a diferentes aspectos da obstetrícia tradicional. Em língua inglesa, as denominações *gentle birth* ou *respectful birth* expressam o desejo de melhoria das relações pessoais e de respeito aos direitos das usuárias na assistência. O termo brasileiro também contempla, para ela, a corrente do *natural childbirth*, que se complementa nas reivindicações pela participação do pai e

pelo protagonismo da mulher no parto, com as linhas do *husband-coached birth*, *active birth* e *womencentered childbirth*.

A pesquisadora defende que a expressão humanização do parto propicia o diálogo e a mediação entre os sujeitos envolvidos na assistência, porque coloca a primazia da relação interpessoal sobre a técnica. Em sua pesquisa de doutoramento, Diniz analisou documentos, realizou observação participante em duas maternidades autointituladas humanizadas e entrevistou profissionais de saúde e pacientes. A pesquisa sobre como os diferentes atores envolvidos concebem a humanização do parto levou a autora a perceber

como cada um desses sentidos, de certa forma, instaura e explicita uma ‘reivindicação de legitimidade’ do discurso, num contexto em que se identifica um espaço político a ser ocupado, no qual essas reivindicações de legitimidades, em disputa, podem ser convergentes ou conflitantes. (Diniz, 2001, p. 86, grifo da autora)

Em síntese, a pesquisadora encontrou diversas acepções para a expressão humanização do parto, as quais ela organizou em positivas e negativas. Dentre as perspectivas positivas, a humanização é considerada como **legitimidade política** de mulheres e crianças ao direito por “uma assistência segura, saudável e não-violenta no parto e no nascimento” (Diniz, 2001, p. 86); **humanização como legitimidade científica da medicina baseada em evidências**, como o “padrão ouro” de uma prática orientada cientificamente através de revisões sistemáticas e em oposição à prática orientada pela opinião e pela tradição (Diniz, 2001, p. 88); “humanização como referida ao resultado promovido pela tecnologia adequada na saúde da população”, considerada como **legitimidade epidemiológica** ou de saúde pública (Diniz, 2001, p. 88); “humanização como referida à **legitimidade profissional e corporativa** de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto, com o deslocamento da função principal, no parto normal, do médico obstetra para a enfermeira obstetriz” (Diniz, 2001, p. 90, grifos do autor); “à **legitimidade financeira** dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos” (Diniz, 2001,

p. 92, grifos do autor); “humanização como referida à legitimidade da participação da parturiente como consumidora nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente”, bem como o direito à mulher escolher o tipo e as condições de seu parto (Diniz, 2001, p. 93, grifos do autor); legitimidade do acesso ao alívio da dor, com a “percepção da imprescindibilidade da analgesia peridural no bom manejo do parto vaginal, como condição mesma de sua humanização”, o que, segundo a autora, foi reiterado por muitos dos profissionais médicos nas entrevistas realizadas por ela (Diniz, 2001, p. 95).

Por sua vez, os profissionais entrevistados expressaram considerações negativas ao termo humanização; entre elas, que o termo humanização denota que as práticas obstétricas em geral são desumanas, o que deixa muitos profissionais ofendidos; o termo estaria equivocado porque indica uma “abordagem alternativa”, quando, ao contrário, representa o “padrão ouro” da ciência; a humanização implicaria em uma recusa ao uso adequado de tecnologia, demonstrando uma incompatibilidade entre recursos humanos e recursos tecnológicos; a humanização do parto foi considerada um “resgate” de práticas consideradas antiquadas, como retorno ao passado (Diniz, 2001, p. 83-86).

A autora reitera que não deseja estabelecer uma definição mais correta do que seria a humanização, mas evidenciar sua multiplicidade de sentidos. Porém, mesmo sem estabelecer esse julgamento, a autora define a sua concepção de humanização, o que, de certa forma, estabelece o que ela considera mais adequado para representar o que o movimento almeja e de que lugar ela parte. Evidenciamos que o sentido constituído por Diniz tem por base as concepções da Rehuna.

Para deixar claro para o leitor de que referência partimos, o sentido de humanização que adotamos toma como base aquele usado pela Rehuna, referente a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência. Esse conjunto de demandas incluiria o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual

e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligéncia [...].

A nosso ver, nessa noção há convergência entre as concepções mais relacionadas à chamada medicina perinatal baseada na evidência e o movimento que reconhece e busca promover os direitos das mulheres e crianças na assistência, no marco mais amplo dos direitos humanos. (Diniz, 2001, p. 35)

A tese de Diniz tornou-se a principal referência na definição do termo humanização entre as teses e dissertações apresentadas após 2001. Reiteremos que a pesquisadora considera que a humanização do parto configura um “novo paradigma” na assistência obstétrica que “busca operar uma síntese entre a medicina baseada em evidências e o respeito ao direito das usuárias” (Diniz, 2001, p. 25). A medicina baseada em evidências sustenta as práticas e organização das rotinas obstétricas nesse novo arquétipo, em que as intervenções e a medicalização do processo fisiológico do parto devem ser justificadas e fundamentadas por um estatuto científico. Esse “novo paradigma” recupera a noção de direitos humanos para conferir legitimidade e validade aos direitos sexuais e reprodutivos reivindicados pelo movimento. Nessa noção está implícita uma perspectiva humanista de direito.

O médico Marcos Bastos Dias realizou sua tese também com a intenção de investigar como usuárias e profissionais concebem a humanização do parto e nascimento em uma maternidade pública do Rio de Janeiro. O pesquisador enfatiza que o conceito de humanização tem sido discutido de maneira superficial, sem o debate de suas bases socioantropológicas, o que, por conseguinte, gera uma desarticulação entre o que se propõe como humanização e a realidade das relações de trabalho, da cultura organizacional e das características dos profissionais envolvidos (Dias, 2006). Sua proposta é “refletir criticamente sobre o conceito de humanização da assistência, construindo subsídios teóricos para um debate mais maduro sobre essa proposta, apontando seus limites, suas conexões ideológicas e suas contribuições” (Dias, 2006, p. 16).

A discussão superficial deste conceito e a urgência da realização de experiências humanizadoras, com pouco aprofundamento nesta reflexão, acarretam o risco de que este seja mais um modismo do que uma iniciativa fundamentada na qualidade da assistência e uma ferramenta gerencial duradoura para a obtenção de melhores resultados, seja na satisfação do usuário, seja na dimensão dos indicadores epidemiológicos. (Dias, 2006, p. 12)

Ele realiza uma extensa revisão bibliográfica, partindo da definição oferecida pelo dicionário até a crítica da inoperância de um conceito tão abrangente para a materialidade das práticas de atendimento. O termo ganha em relatividade ao ser exposto como o atendimento às necessidades biológicas e psicológicas das mulheres e mantém um vínculo aos direitos fundamentais por estar relacionado ao humanitarismo e à dignidade da pessoa humana. A humanização é vinculada ao humanismo como corrente filosófica, em específico; alguns dos autores citados fazem referências ao existencialismo. Outra estratégia para especificar a humanização é trazer a condição basilar do altruísmo, de colocar-se no lugar do outro, que estaria, inclusive, no princípio da Medicina como profissão do cuidar (e que teria perdido essa referência ao preconizar a técnica frente ao cuidado interpessoal). Essa imprecisão na expressão humanização, como o pesquisador assevera, está associada ao uso oportuno para constituir seu antônimo, igualmente impreciso, a desumanização (Dias, 2006).

Porém, o autor impõe-se como tarefa, assumidamente utópica, trazer formas para operacionalizar esse conceito, sob o risco de vislumbrar a humanização como um movimento passageiro, um modismo ou uma maneira de atender voltada para parcelas restritas de mulheres, uma vez que as usuárias dos serviços precisam ter noções do que seja humanização para que possam reivindicar qual atendimento melhor se adequa às suas condições. Porém, esse sentimento utópico é atenuado frente à experiência relativamente exitosa na última década da instituição em que pesquisa (Dias, 2006). Para chegar mais perto das aplicações do conceito à totalidade das maternidades do país, o autor realiza entrevistas com profissionais e

usuárias de uma maternidade de referência no atendimento humanizado.

Dentre as constatações está o desconhecimento de qualquer acepção de humanização por parte das usuárias (salvo aquelas que manifestaram conhecer o direito ao acompanhante); as dificuldades para os profissionais de saúde em atender com mais qualidade em razão da carga de trabalho (resultado da baixa remuneração e quantidade de pacientes versus tempo e profissionais disponíveis); a relação estabelecida pelos profissionais entre a humanização e a ascensão de importância da enfermeira obstétrica; o estabelecimento das hierarquias profissionais, a divisão do saber técnico e interpessoal e a formação tradicional, o que reforça a postura elitista dos médicos; e, para fechar os exemplos, as diferentes ideações dos segmentos profissionais de qual seria o melhor atendimento humanizado, o que revela aspectos da formação e das rotinas de cada profissional. Entre as conclusões/recomendações/desafios oferecidos pelo pesquisador estão: a necessidade de formação para as gestantes e seus familiares, aumento e melhoria das formas de comunicação, melhorias das relações interpessoais, acolhimento, formação para profissionais envolvidos diretamente e indiretamente no atendimento à gestante - não somente enfermeiras obstétricas, médicos obstetras e pediatras, mas também atendentes, auxiliares de enfermagem, enfermeiros de formação genérica etc. (Dias, 2006).

Por seu turno, a tese de Maria de Fátima Mota Zampieri (2006) tem como objeto o cuidado humanizado de enfermagem ao pré-natal. A pesquisadora justifica que a importância da atenção pré-natal e a polissemia do termo humanização a motivaram a realizar sua pesquisa de doutoramento, na qual ela entrevistou profissionais de saúde e gestantes para “compreender o que significa o cuidado humanizado no pré-natal [...]”; conhecer as divergências e convergências entre estes significados e as barreiras que dificultam este cuidado e propor possibilidades para guiar o cuidado humanizado no pré-natal” (Zampieri, 2006, p. 15-16). A tese adota como referencial teórico a obra de Edgar Morin sobre o ser humano e a ética, com a finalidade de fundamentar a perspectiva de que os seres humanos são multidimensionais e, assim, compreender a assistência ao pré-natal em sua complexidade.

Morin (2001a), além de considerar a importância de uma ética da compreensão para facilitar as relações, entende que o ser humano faz parte de um todo e que traz este todo dentro dele. [...] A atenção à saúde da mulher grávida tem esse mesmo caráter, esta mesma complexidade, faz parte e traz o todo deste sistema, no qual se articulam as relações interpessoais, familiares, profissionais, institucionais e intersetoriais. (Zampieri, 2006, p.17)

Zampieri dedica um capítulo inteiro para a revisão de bibliografia sobre a “humanização”. Ela também começa citando a polissemia do termo e a relatividade que lhe é adjacente:

Acredito que a definição do termo humanização depende da visão de mundo que se têm, do contexto filosófico, científico, literário, político, religioso, mitológico, popular, histórico e geográfico e, das relações entre os seres humanos e destes com os outros seres, a sociedade e o planeta. (Zampieri, 2006, p. 104)

Em seguida, aponta os sentidos convergentes (e também divergentes) que a denominação guarda:

Humanização não é uma palavra que se reduz a um significado. Além de ter vários, todos convergem, são interligados e complementares e, ao mesmo tempo, são distintos e até contraditórios. Não é um termo unívoco, mas polissêmico e por vezes ambíguo. (Zampieri, 2006, p. 105)

A pesquisadora aduz que uma forma de definir a humanização é estabelecer o diálogo com o humanismo e toda a diversidade de manifestações filosóficas (por vezes contraditórias) que têm esse princípio. Posteriormente, recupera a ligação do termo humanização à noção de “dignidade humana” e a uma ética a ela implícita constituída pela “negação da banalidade e do mal, pelo confronto no cotidiano com situações de indignidade, de ausência de respeito, de indiferença e de violência” (Zampieri, 2006, p. 113).

Humanizar, cita a autora, também é comunicação e solidariedade. Humanizar é enfrentar a fragmentação dos saberes, compreendendo a pessoa como totalidade e em totalidade com o mundo

(Zampieri, 2006, p. 120). Passando a utilizar mais referenciais da enfermagem (ainda dialogando tais referenciais com a filosofia), Zampieri define a humanização como “acolhimento” e como constituinte do conceito de “cuidado humano”. “a humanização não se restringe ao cliente e à forma como este é cuidado. Tem relação com o contexto em que se insere este cuidado, com o ambiente de trabalho e, principalmente, com o conjunto de relações presentes no cotidiano dos serviços” (Zampieri, 2006, p. 129). Outro eixo de sua revisão está na relação entre humanização e tecnologia, muitas vezes colocadas como opostas, mas que, na opinião da autora, devem ser vinculadas sob a orientação da primeira. “A tecnologia em saúde é direcionada para as pessoas e por esta razão deve ser ajustada à humanização” (Zampieri, 2006, p. 136).

A pesquisadora elaborou nove pressupostos pessoais que orientaram a realização de sua tese. Abaixo expusemos alguns trechos que demonstram o esforço da autora para especificar, diante da polissemia do termo, suas próprias concepções de humanização e de cuidado humanizado. Ela recupera as noções de singularidade e multidimensionalidade dos sujeitos, altruísmo, alteridade, ética profissional, integralidade da assistência em saúde, dignidade humana, amor, interdisciplinaridade do cuidado em saúde, e redes de relações entre instituições e sujeitos para promoção da saúde e prevenção de riscos.

a. Humanizar é respeitar a singularidade e a diversidade do ser humano, fortalecendo o seu potencial para agir, para ser mais e transformar a sua realidade;

b. A humanização deve ser percebida, sentida, assimilada significativamente pelos profissionais que cuidam e pelos que são cuidados;

c. O cuidado humanizado no pré-natal depende da postura ou da atitude dos profissionais, de uma postura amorosa e ética, de respeito ao outro, de reconhecimento do outro como legítimo outro (ser singular e multidimensional com demandas e subjetivas próprias), de sua disponibilidade para com o outro, respeitando o seu contexto, seus

valores e crenças; de colocar-se no lugar do outro procurando compreender o que o outro sente, pensa e necessita. Depende também da valorização das pequenas ações no cotidiano do cuidado;

[...] g. O cuidado humanizado à gestante implica atenção à saúde voltada à valorização do ser humano em sua integralidade, considerando suas similaridades, suas diferenças, incerteza e contradições;

[...] i. Cuidado humanizado no pré-natal tem o mesmo significado de atenção humanizada no pré-natal. É um cuidado educativo, interdisciplinar, complexo e terapêutico que envolve as gestantes, os familiares, os profissionais e a comunidade. [...] Consiste de uma rede de conversações complexas com a finalidade principal de promover a saúde, mas também prevenir patologias, diagnosticar fatores de risco e recuperar a saúde. [...] Comporta também os desencontros, os conflitos, as relações de poder, as incertezas e as contradições que podem ser superados pela ética da comunidade, da compreensão e pelo Amor. (Zampieri, 2006, p. 146-148)

Vemos nos pressupostos de Zampieri a dificuldade de traduzir em conceitos e definições a humanização. Assim como nos trabalhos anteriores, à exceção da dissertação de Ratto e da tese de Osava, verifica-se nos textos a preocupação em estabelecer parâmetros a partir da humanização para proposição de mudanças nas relações interpessoais entre instituições, profissionais de saúde, mulheres e famílias e no modelo assistencial. A busca por definir o conceito de humanização a partir das percepções dos sujeitos envolvidos na assistência é constantemente utilizada como recurso metodológico. Os trabalhos de Dias, de Diniz, de Zampieri e de Brüggemann mesclam essa estratégia com a tarefa da revisão da bibliografia nacional e internacional, porém chegando a conclusões que reforçam a polissemia do termo (o que, necessariamente, não é considerado negativo).

Essa polissemia também é constatada por Adriana Lenho de Figueiredo Pereira em sua tese sobre o processo de implantação da casa de parto no contexto do sistema único de saúde, na perspectiva do referencial

teórico de Gramsci. A pesquisadora afirma que na proposta de humanização subjaz a denúncia de violação dos direitos humanos pelos serviços de saúde:

o termo “humanização” tem sofrido críticas e resistências, até mesmo entre os profissionais de saúde. Para Boareto (2004), a humanização das práticas assistenciais significa admitir que, nós os humanos, perdemos nossa humanidade. Tal assertiva nos faz, como profissionais de saúde, refletir o princípio ético de nossas profissões de respeito à vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana. Se há necessidade de humanizar o atendimento dos serviços de saúde, há uma noção implícita de violência à dignidade e aos direitos humanos. (Pereira, 2007, p. 14)

A pesquisadora também recorre à Carta de Campinas (Rehuna, 2011), indicando que o uso de termo “humanização” está relacionado às reivindicações de segmentos da sociedade civil por melhorias na qualidade da assistência obstétrica prestada em nosso país. Entretanto, a definição de humanização que Pereira cita expressamente é a descrita no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Brasil, 2000), para o qual a humanização comprehende dois aspectos: “é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido”; bem como adotar “medidas e procedimentos sabiamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que [...] não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e [...] acarretam maiores riscos para ambos”. A pesquisadora salienta que o PHPN adere às recomendações da OMS (1996), indicando que oficialmente essas recomendações já são aceitas, todavia, ainda se configuram marginais no Brasil frente à “persistência do modelo de atenção ao parto hegemônico” (Pereira, 2007, p. 16).

O referencial teórico de Pereira fundamenta-se em Gramsci, para explicar “as relações de força entre os grupos sociais defensores da conservação e da mudança no modelo assistencial hegemônico”, sendo que este último “é representado pelo modelo tecnocrático ou biomédico” e o modelo contra hegemônico é “defendido e propagado pelo

Movimento de Humanização do Parto e Nascimento” (Pereira, 2007, p. 54). Essa divisão corresponde à utilização do artigo *The technocractic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth* da antropóloga Davis-Floyd (2001) como referencial teórico. Nessa subdivisão, Pereira expõe as características do modelo humanístico em oposição ao tecnocrático e em diálogo com o holístico. Contudo, a autora salienta que para Davis-Floyd o paradigma humanista não pretende uma “ruptura radical” com o seu oposto, mas “suas propostas buscam empreender uma reforma neste modelo, fazendo com que a atenção seja relacional, respeitosa e agregue dimensões interpessoais e humanas na relação profissional-cliente” (Pereira, 2007, p. 65).

O movimento de humanização do parto e nascimento contribui para a reflexão crítica das questões relacionadas à vida humana. Uma das vertentes questionadoras reside na artificialização crescente que o processo de parir e de nascer sofreu, principalmente no século XX. A tecnologia biomédica não é rejeitada, mas assume um valor secundário nas ações de saúde. A subjetividade e intersubjetividade humana são valorizados, assim como propõe reconfiguração espaço-temporal do cuidado ao parto e nascimento.

Neste espaço-temporal humanizado, a mulher, seu cônjuge e a família vivenciam o momento do nascimento como único, singular e irrepetível. O humano é uma entidade complexa e relacional, consciência-corpo-meio (social, cultural e ambiental), que não pode ser reduzido a meros fenômenos biológicos. A liberdade, a vontade e a emoção são expressões da consciência que influenciam o parto e o nascimento. Portanto, a dimensão tempo destes fenômenos corporais é individualizada. O curso do processo de parir e nascer não é determinado pelo profissional e sim pelo conjunto de fenômenos complexos envolvidos neste processo. Nesta maneira o espaço-tempo é reconfigurado e são empreendidas mudanças tanto nas práticas profissionais quanto nos espaços assistenciais, seja, nas maternidades tradicionais ou pela inserção de outros espaços, como o domicílio e as casas de parto. (Pereira, 2007, p. 65)

Azevedo (2008) é mais restrita ao definir o que é humanização em sua dissertação. Citando Davis-Floyd em nota de rodapé, a autora diferencia o “modelo humanizado” do “modelo tecnocrático”, enfatizando o primeiro como feminino, tendo a mulher como protagonista, podendo contar com a participação de outros profissionais que não somente o médico e ocorrer em ambientes diferentes do hospital, como a residência e as casas de parto (Azevedo, 2008). O conceito de humanização não é necessariamente discutido na revisão de literatura e não consta em seu referencial teórico, sendo mais citado com base nas declarações das profissionais que atuam na casa de parto estudada. Com sua dissertação, a pesquisadora pretende “legitimar o perfil desmedicalizado da assistência da Enfermagem Obstétrica na CPDCF [Casa de Parto David Capistrano Filho]” (Azevedo, 2008, p. 18).

As práticas desenvolvidas pelas enfermeiras da CPDCF estão fundamentadas nos conceitos de humanização que salienta que o profissional deve ter uma atitude de respeito frente às demandas das mulheres e seus bebês; desenvolver outras habilidades no sentido de entender que o processo fisiológico pode superar o que foi aprendido na formação acadêmica. Então a enfermeira da CPDCF nesse novo paradigma reconfigura seus *habitus* para um cuidado individualizado e sensível às necessidades de cada sujeito. (Azevedo, 2008, p. 62)

A tese de Heloisa Lessa (2012) também enfoca a realização do parto fora do ambiente hospitalar: o domicílio. Utilizando como metodologia a análise das percepções dos sujeitos, Lessa entrevista mulheres que optaram pelo parto domiciliar planejado, para investigar como e por quais razões essas mulheres preferiram um ambiente alternativo ao hospital para parir. A pesquisadora toma o termo humanização como um conceito já consolidado, tanto pela política nacional de saúde como por segmentos da sociedade civil (ex. Rehuna e Abenfo), trazendo referências a sua concepção em duas notas de rodapé. Ela cita Diniz (2005 apud Lessa, 2012, p. 48) ao afirmar que “o termo de Humanização aqui se refere a uma assistência à luz dos Direitos Humanos e reprodutivos das mulheres”. Por sua vez, na referência mais completa ao termo, também

em nota de rodapé, menciona o uso da expressão pela obstetrícia nacional em manuais como os realizados pelos médicos obstetras Jorge de Resende e Fernando Magalhães, e a contraposição a tal uso a partir da menção do modelo humanístico de Davis-Floyd (2001).

Abre-se aqui um parêntese para tentar clarear o sentido da palavra **humanização**, que tem sido amplamente utilizada na América Latina, de maneira geral. No Brasil, já no início do século XX, Jorge de Resende e Fernando Magalhães, expoentes médicos, defendiam a **humanização** do parto que, para eles, consistia na utilização de narcóticos e retirada do feto com a utilização do fórceps. Internacionalmente, a **humanização** somente é percebida como um conjunto de práticas que garante e respeita a individualidade de cada mulher no início do século XXI. Esse paradigma assistencial reconhece os diversos fatores culturais e individuais contidos no processo da parturição e pretende amenizar o modelo tecnocrático, com o intuito de balancear tanto as necessidades dos pacientes como das instituições. (Lessa, 2012, p. 45, grifos da autora)

Os trabalhos de Lessa (2012) e de Gomes (2011) não têm por foco esmiuçarem as possíveis acepções de humanização, elas alinhavam em suas narrativas a exposição das reivindicações por melhorias na qualidade da assistência obstétrica, a partir das últimas décadas do século XX, ao uso da expressão humanização para identificar tais demandas. Para estruturar sua narrativa, Maysa Gomes (2011) recupera a consideração de Diniz (2005) sobre a denominação do movimento como “humanização” na América Latina, reforçando as “legitimidades” deste modelo de assistência. Ainda, cita o trabalho de Adriana Lenho Pereira e Maria Vasconcelos Moura, “Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto”,⁹ para caracterizar a humanização como “uma reflexão ontológica da dimensão humana que atravessa as ciências da saúde e suas tecnologias, aprofundando o debate sobre a racionalidade que estrutura a prática desse campo” (Gomes, 2011, p. 37). A pesquisadora entrevistou

enfermeiras obstétricas para averiguar como essas profissionais estão realizando a “travessia” do “modelo hegemônico e medicalizado” para o “modelo humanizado”. Ela adota como referencial teórico a obra de Boaventura de Souza Santos para indicar que estamos vivendo em um momento de “transição paradigmática”, na qual o movimento que reivindica mudanças na assistência obstétrica está inserido.

Considerações finais

A exposição dos trabalhos a partir de uma perspectiva temporal permitiu visualizar uma aproximação da academia aos temas sensíveis dos movimentos sociais por meio da humanização do parto e nascimento. Nos primeiros trabalhos expostos, a humanização aparece atrelada ao posicionamento crítico em relação às concepções e práticas obstétricas vigentes no país, mas sem uma precisão conceitual. Na sequência, a preocupação é definir a humanização do parto e nascimento, bem como o seu contrário, com enumerações das diferentes acepções do termo, para consolidação de um novo modelo de assistência obstétrica. Esse esforço de nominar, criar conceitos e propor mudanças aparece com mais força nos trabalhos da segunda metade dos anos de 1990 e início dos anos 2000, e com menos intensidade nos últimos trabalhos estudados. Com a institucionalização da humanização como política pública de saúde no ano 2000, o foco dos trabalhos passa a ser o processo de transição e de implementação da política.

Ao estabelecermos um balanço para as definições presentes nas teses e dissertações estudadas, podemos aferir que seis das 11 tem por objetivo discutir o conceito de humanização (Brüggemann, 1998; Dias, 2006; Diniz, 1996, 2001; Pereira, 2007; Zampieri, 2006). Dentre as fontes utilizadas pelos trabalhos, destacamos a referência constante às recomendações da OMS publicadas em *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*, a Carta de Campinas - documento fundador da Rehuna, referência ao acolhimento das concepções internacionais nas portarias e decretos que regulamentam a Política

⁹ Disponível em: <<https://bit.ly/2Ak6RxA>>. Acesso em: 10 out. 2018.

Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, a revisão bibliográfica dos usos do termo humanismo na filosofia, a menção a diferentes pesquisadores que usam o termo no Brasil - com maior evidência aos trabalhos de Diniz (2001, 2005) - e a referência em quatro teses e dissertações aos livros e artigos da antropóloga Davis-Floyd.

Nesses trabalhos ficam evidenciadas algumas estratégias para exposição das definições de humanização: (1) o termo é polissêmico e utilizado por diferentes sujeitos, em diferentes posições de discurso, servindo de justificativa de diferenciação; (2) a humanização é crítica à prática médica convencional, sendo associada à prática da Enfermagem, da enfermeira obstétrica e da obstetriz; (3) está associado à defesa de direitos humanos, à dignidade da pessoa humana e demais concepções vinculadas ao humanitarismo jurídico, com enfoque nos direitos reprodutivos; (4) possui um caráter de estetização do parto, a consideração de que é um evento único e singular para uma pessoa singular, o que deveria atenuar a despersonalização comum às rotinas hospitalares; (5) necessariamente não nega a instituição hospital, apontando ser possível transformar as formas de assistência no interior dessa instituição; (6) está embasado em evidências científicas, em revisões sistemáticas de pesquisas sobre o parto, o que revelaria maior científicidade desse modo de assistir à gestante do que o que comumente é promovido pela obstetrícia; (7) é resultado do ideário de um movimento social, que defende o protagonismo da mulher e o controle sobre o seu próprio corpo; (8) é vinculado à inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto normal, sobretudo, de enfermeiras obstétricas, revelando disputas profissionais pela ocupação do espaço obstétrico; e (9) a designação presente em todos os trabalhos de que se trata de um “modelo” ou um “paradigma” de assistência em oposição a outro modelo dominante no país.

É possível asseverar, por fim, que a humanização tem uma ligação com a recuperação de um altruísmo dos profissionais de saúde frente às usuárias dos serviços. Demarca um espaço de conflito teórico sobre qual profissional tem maior competência para realizar o parto normal sob as condições da humanização. A definição de humanização também aparece relacionada à ideia de devolver o parto à mulher, a partir do

argumento de que o nascimento tornou-se um ato médico com o desenvolvimento da obstetrícia moderna. É nesse questionamento de um humanismo perdido, de um “resgate” do humanismo presente nas relações femininas e também em um apelo ao humanismo ético dos profissionais de saúde, especialmente da Medicina, que as pesquisas oferecem concepções que visam fundamentar as mudanças necessárias tanto para a atuação e formação dos profissionais envolvidos quanto para a implementação da política pública de humanização do parto e nascimento.

Referências

- ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- AZEVEDO, L. G. F. *Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na casa de parto David Capistrano Filho*. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- BOURGUIGNON, A. M. *Humanização do parto e nascimento: os discursos construídos nas teses e dissertações brasileiras*. 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. A emergência do discurso de humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras (1987-2012). *Publicatio UEPG: Ciências Sociais Aplicadas*, Ponta Grossa, v. 24, n. 3, p. 345-356, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2OjWfr>>. Acesso em: 8 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)*. Brasília, DF, 2000.
- BRÜGGEMANN, O. M. *A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta humanística no cuidado à mulher durante o processo do nascimento*. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and*

- Obstetrics*, Hoboken, v. 71, p. S5-S23, 2001.
- Suplemento 1. Disponível em: <<https://bit.ly/208Ha76>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- DIAS, M. A. B. *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- DINIZ, C. S. G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- DINIZ, C. S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2ygj70m>>. Acesso em: 20 set. 2011.
- FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a.
- FOUCAULT, M. O que são as luzes? In: FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b. p. 335-451.
- GOMES, M. L. *A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório*. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- LESSA, H. *A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado*. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Recommendations for appropriate technology following birth (1986)*. København: WHO Regional Office for Europe, 1986.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Care in normal childbirth: a practical guide*. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <<https://bit.ly/2PUPdWE>>. Acesso em: 15 out. 2011.
- OSAVA, R. H. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- PEREIRA, A. L. F. *Processo de implantação da casa de parto no contexto do Sistema Único de Saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci*. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- RATTO, K. M. N. *Maternidade Leila Diniz 1994 a 1996: nascimento de um novo profissional de saúde?* 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- REHUNA - REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. Carta de Campinas: ato de fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - Rehuna. In: AMIGAS do parto. São Paulo, 18 maio 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2EdYeJ1>>. Acesso em: 20 out. 2013.
- RIFFEL, M. J. *A ordem da humanização do parto na educação da vida*. 2005. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- ZAMPIERI, M. F. M. *Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Contribuição dos autores

Bourguignon concebeu o estudo, analisou os dados e redigiu o artigo. Grisotti orientou o estudo e foi responsável pela revisão crítica.

Recebido: 08/02/2018

Aprovado: 14/09/2018