

ANA MARIA BOURGUIGNON DE LIMA

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: OS
DISCURSOS CONSTRUÍDOS NAS TESES E DISSERTAÇÕES
BRASILEIRAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Sociologia
Política. Linha de Pesquisa: Modernidade, Ciência
e Técnica.

Orientadora: Dra. Marcia Grisotti

FLORIANÓPOLIS
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bourguignon , Ana Maria
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO : OS DISCURSOS
CONSTRUÍDOS NAS TESES E DISSERTAÇÕES BRASILEIRAS / Ana
Maria Bourguignon ; orientadora, Marcia Grisotti -
Florianópolis, SC, 2014.
220 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Sociologia Política.

Inclui referências

1. Sociologia Política. 2. Humanização. 3. Assistência
Obstétrica e Neonatal. 4. Saber. 5. Discurso Acadêmico. I.
Grisotti, Marcia. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política.
III. Título.

ANA MARIA BOURGUIGNON DE LIMA

**HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: OS
DISCURSOS CONSTRUÍDOS NAS TESES E DISSERTAÇÕES
BRASILEIRAS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Sociologia Política”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de Dezembro de 2014

Prof. Dr. Yan de Souza Carreirão
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

Prof.^a Dr.^a Marcia Grisotti
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Astrid Eggert Boehs
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Farias da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

Para Clarice e Cecília, cujos nascimentos transformaram meu ser.

Para Felipe, com quem tive o encontro mais feliz da minha vida.

AGRADECIMENTOS

O curso de mestrado me possibilitou muitos encontros felizes.

Sou muito grata à Professora Marcia Grisotti, por me apoiar mesmo com todas as minhas demandas, pelas orientações sempre instigantes e pelo incentivo para a pesquisa de campo.

Ao Professor Fernando D'Ávila, pelo acolhimento e pela presença constante nesta trajetória acadêmica.

Aos colegas do Núcleo de Ecologia Humana e Sociologia da Saúde – Ecos, por acompanharem o desenvolvimento do projeto de pesquisa, especialmente a Mariana Leoni, Ana Saccol, Rosana Sarmiento e Thania Cristina.

Ao Instituto Brasil Plural pelo apoio financeiro a pesquisa de campo.

A Heloisa Regina Souza pela leitura criteriosa do projeto de pesquisa.

À Professora Elizabeth Farias da Silva, por seus generosos ensinamentos.

Às pesquisadoras Jane Márcia Progianti, Simone Grilo Diniz, Ruth Hitomi Osava e aos pesquisadores Marcos Augusto Bastos Dias e Octávio Muniz da Costa Vargens por aceitarem tão prontamente participar desta pesquisa.

Ao professor Yan de Souza Carreirão, por suas aulas de metodologia de pesquisa que me introduziram à pesquisa quantitativa..

A Lúcia Helena Doniak por me ensinar de modo tão simples como aplicar o SPSS à minha pesquisa.

A Albertina Buss Volkmann pela simpatia e apoio sempre solícito em todos os encaminhamentos burocráticos.

Ao Professor Ricardo Gaspar Müller pelo carinho para com minha família.

As amigas e amigos com os quais compartilhei bons momentos durante esse período: Priscila Orguin, Juliano Lemke, Caroline Jacques, Rodrigo Vronski, Zenaide Kroeguer, Rui Barbosa, Attiliana de Bona Casagrande, Eduardo Bao.

A Henrique Simão Pontes e a Laís Luana Massuqueto pela transcrição das entrevistas.

A Marcos Leite dos Santos, pelo exemplo de profissional que é.

Às Doulas Bionascimento, especialmente, a Sandra Oliveira, a pioneira, com quem aprendi muito sobre parir e nascer.

A Jussara Bourguignon, a Camila Bourguignon, a Lorena Pontes e a Laércio Pontes pelo esforço conjunto em cuidar das meninas para que eu terminasse a dissertação.

A Edilson Nogueira de Lima, pai, obrigada por me ensinar a perseguir meus sonhos.

A Jussara Bourguignon, mulher e mãe maravilhosa, obrigada por sempre estar presente em nossas vidas.

A Felipe Simão Pontes, pelo amor, parceria e cumplicidade que tornaram esta realização possível e o caminho menos árduo.

RESUMO

Este trabalho expõe como o discurso da humanização do parto e nascimento se institucionaliza nas teses e dissertações brasileiras. Para realizar este intento, foram identificadas no Banco de Teses da Capes 379 teses e dissertações que utilizam no resumo, no título ou nas palavras-chaves o termo “humanização” ou expressões correlatas para qualificar a assistência obstétrica e neonatal. Com base em um estudo quantitativo feito em SPSS 17.0, é apresentada uma espécie de mapa da produção sobre humanização do parto e nascimento no país, com a identificação dos principais centros de referência sobre o assunto, o que se pesquisa, quem pesquisa a temática e quando começaram os esforços nesse sentido. Deste banco, foram selecionadas 11 teses e dissertações para um estudo qualitativo das questões decorrentes da temática tendo por base o método arqueológico proposto por Michel Foucault em *A Arqueologia do Saber* (2005). O resultado é uma descrição integrada que apresenta as modalidades enunciativas, os objetos do discurso e o modo como estas teses e dissertações conceituam a humanização do parto e nascimento. Entende-se que estas pesquisas constituem um saber que se ampara na ciência para legitimar e validar conceitos e práticas que pretendem redefinir e remodelar a assistência obstétrica e neonatal no Brasil.

Palavras-Chave: Humanização; Assistência Obstétrica e Neonatal; Saber; Discurso Acadêmico.

ABSTRACT

This dissertation explains how the discourse of humanization of childbirth is institutionalized in Brazilian theses and dissertations. To achieve this purpose, were identified in "Banco de Teses da Capes" 379 theses and dissertations using in the summary, title or keywords the term "humanization" or related expressions to qualify obstetric and neonatal care. Based on a quantitative study on SPSS 17.0, we present a kind of map about the production on humanization of childbirth in the country, with the identification of the main centers of reference on the subject, which is researched, the professors who research the issue and when they began these efforts. From this database, 11 thesis and dissertations were selected for a qualitative study of issues arising from theme based on the archaeological method proposed by Michel Foucault in *The Archaeology of Knowledge* (2005). The result is an integrated description that shows the enunciative modalities, the objects of discourse and how these thesis and dissertations define the humanization of childbirth. We understand that these researches constitute a knowledge that is supported by the science to legitimize and validate concepts and practices that aim to redefine and remodel obstetric and neonatal care in Brazil.

Keywords: Humanization; Obstetric and Neonatal Care; Knowledge; Academic Discourse.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Teses e dissertações selecionadas para análise qualitativa.....	40
Tabela 1	Distribuição geográfica de teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)	59
Quadro 2	Divisão do tipo de trabalho por sexo	61
Tabela 2	Universidades com maior produção de teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)	62
Tabela 3	Distribuição das teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal por áreas do conhecimento	63
Tabela 4	Principais programas de pós-graduação com pesquisas sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)	65
Tabela 5	Principais Linhas de Pesquisa com teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)	67
Tabela 6	Cientistas com mestrado e doutorado sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal realizados no Brasil de 1987 a 2012	69
Tabela 7	Pesquisadoras que mais orientaram trabalhos sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012).....	71
Tabela 8	Participantes em bancas de mestrado (ME) e doutorado (DO) sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal	72
Tabela 9	Incidência das categorias do eixo “UM” com a variável sexo.....	104
Tabela 10	Distribuição por tema do eixo “UM” nos principais programas de pós-graduação.....	105
Tabela 11	Incidência das categorias do eixo “DOIS” com variável sexo.....	107
Tabela 12	Distribuição por tema do Eixo “DOIS” nos principais programas de pós-graduação.....	108
Tabela 13	Distribuição por categoria com cruzamento dos eixos UM e DOIS (destaque para as 10 mais incidentes).....	109
Quadro 3	Eventos internacionais sobre saúde da mulher e direitos reprodutivos.....	115
Gráfico 1	Produção brasileira sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal por ano de defesa (1987-2012).....	121
Quadro 4	Rotinas de atendimento às gestantes nas unidades básicas de saúde.....	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENFO	Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras
ANDO	Associação Nacional de Doulas
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GAMA	Grupo de Apoio à Maternidade Ativa
IMMFM	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães
JICA	Japan International Cooperation Agency
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde
BEM	Medicina Baseada em Evidências
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher
PNHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí
USP	Universidade de São Paulo
USP_RP	Universidade de São Paulo Campus de Ribeirão Preto

SUMÁRIO

A POSIÇÃO QUE OCUPO NO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	25
INTRODUÇÃO: A PESQUISA EM SEU ASPECTO DE CONSTRUÇÃO.....	29
METODOLOGIA PARA CONSTITUIÇÃO DO BANCO DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	33
CAPÍTULO 1: PARA UM EXERCÍCIO ARQUEOLÓGICO DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: NOÇÕES PRELIMINARES.....	43
CAPÍTULO 2: MODALIDADES ENUNCIATIVAS DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	55
2.1 UM MAPA DOS DISCURSOS ACADÊMICOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL..	58
2.2 PEQUENAS HISTÓRIAS DE QUEM FALA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	75
2.3 MÉDICOS OBSTETRAS, ENFERMEIRAS-OBSTÉTRICAS, OBSTETRIZES E PARTEIRAS.....	85
CAPÍTULO 3: OS OBJETOS DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	101
3.1 O QUE SE PESQUISA QUANDO O ASSUNTO É HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	101
3.2 SUPERFÍCIE DE EMERGÊNCIA DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	112
3.3 O PARTO, O NASCIMENTO E A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA.....	126
CAPÍTULO 4: HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: A “VONTADE DE SABER”.....	147
4.1 AS DEFINIÇÕES E INDEFINIÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NAS TESES E DISSERTAÇÕES.....	150

4.2 O NOSSO CONTRA O DELES: A HUMANIZAÇÃO COMO MODELO E PARADIGMA DA ASSISTÊNCIA	166
4.3 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E A HUMANIZAÇÃO.....	178
CONCLUSÃO.....	187
REFERÊNCIAS.....	193
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO).....	209
APÊNDICE B - QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA.....	211

A POSIÇÃO QUE OCUPO NO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Não poderia deixar de começar esta exposição sem refletir sobre meu lugar na ordem do discurso que aqui se impõe. Considero imperioso apresentar às leitoras e leitores como em minha trajetória de vida cheguei até esta posição: de poder falar como pesquisadora sobre a humanização da assistência ao parto e nascimento. Ainda mais porque esta questão balizou a escolha do corpus de teses e dissertações para análise do discurso de humanização do parto no Brasil e dos sujeitos entrevistados.

Meu primeiro contato com os discursos que envolvem a assistência ao parto e nascimento ocorreu pela minha curiosidade e inquietação quando estava grávida de minha primeira filha. Como minha avó materna e minha mãe pariram todos os filhos pela via vaginal, respectivamente no domicílio e no hospital, sentia-me incomodada com a proliferação de cesarianas. E com perguntas como esta: que médico vai fazer teu parto? Pensava comigo: eu vou parir minha filha e do meu jeito. A gestação me possibilitou muitas descobertas. Foi um dos momentos em que mais senti o poder de vida e de morte que a medicina tem sobre as pessoas, sobretudo, que o médico tem sobre a mulher gestante/parturiente. O primeiro médico obstetra que me atendeu era uma mulher, que não gostava de responder minhas perguntas e a cada consulta me inspecionava, fazendo-me sentir objeto de sua intervenção. Em uma de suas respostas, ela me disse: “na faculdade nós só aprendemos a fazer parto com a mulher na posição deitada [...], eu recomendo a cesariana, porque o parto normal é uma caixinha de surpresas, você nunca sabe o que pode acontecer”.

A indignação com este tipo de assistência e o grande desejo em planejar um parto domiciliar levaram-me a procurar um médico que apoiasse esta iniciativa. Foi quando conheci um médico, cujo consultório é em Florianópolis e que na época presidia a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - REHUNA. Foi, portanto, no quinto mês de gestação que me deparei com a humanização da assistência obstétrica, por meio das leituras que realizava e das consultas que eu e meu marido tínhamos com este médico. Sem dúvida, a minha escolha por este profissional foi consciente, pois precisava que minha opção pelo parto domiciliar planejado fosse ratificada por uma autoridade médica, o que me fazia sentir mais segura, além de reforçar meus argumentos ao falar de minha escolha aos meus familiares. A mulher que escolhe um parto domiciliar em um contexto em que 98%

dos partos no Brasil são hospitalares carece de segurança para manter sua decisão.

Uma diferença significativa deste médico, ele sempre respondia aos questionamentos da gestante e de seu companheiro. Ele afirmava que o pré-natal serve para sanar dúvidas. De modo que a relação dialógica entre profissional e cliente foi o primeiro impacto que senti da humanização da assistência obstétrica. Um segundo aspecto igualmente importante é a posição ocupada pela mulher e sua família nesta perspectiva de atendimento. Ao falar sobre tipos de parto com este profissional, ele disse: “você pode parir onde quiser e se sentir segura”. Ao perguntar sobre o parto domiciliar, ele indicou que eu fosse atendida por enfermeiras obstétricas. Então, perguntei: “mas e você, não vai participar?” O médico respondeu: “O parto é você quem faz, eu só vou ficar olhando. Se você quiser que eu vá, posso ir, mas não há necessidade, é você quem vai parir”. Neste atendimento houve preponderância das minhas decisões sobre o meu corpo, em relação ao poder de intervenção do médico, o que assegurava ainda mais minha opção.

Com o respaldo de uma autoridade médica, escolhi ser assistida por uma equipe de enfermeiras obstétricas, sendo que o médico ficaria de plantão caso fosse necessária a transferência para o hospital. Importante dizer que o médico era mestre em Saúde Coletiva e as enfermeiras obstétricas cursaram ou estavam cursando mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Além de profissionais engajados com a causa do parto humanizado, tinham experiência em pesquisa sobre esta temática.

A assistência da equipe de enfermagem obstétrica ocorreu da 36ª semana de gestação aos 40 dias após o parto, sempre em minha residência. Não cabe aqui descrever o nascimento de minha filha. Pari minha filha na sala de minha casa, com meu marido presente e ativo em todos os momentos. O parto e o nascimento de minha filha propiciaram-me uma alegria e satisfação indescritíveis. Como este modelo me propiciou tantos benefícios, fiquei intrigada com o porquê de ele constituir ainda uma forma alternativa, em que poucas mulheres têm acesso a este tipo de assistência. Pesquisar para mim se constituiu em uma forma de responder aos meus anseios de lutar por formas mais dignas e que respeitem as mulheres e suas singularidades em suas gestações e partos. Compreendo esta necessidade porque no ciclo reprodutivo a mulher sofre intervenções e violências legitimadas e autorizadas pela sociedade. A resistência torna-se difícil devido aos

poderes disciplinares que atravessam as instituições e profissionais e em razão da cultura misógena.

A humanização do parto e nascimento como resistência ao modelo tradicional é um discurso que permeia e se dispersa em movimentos de profissionais e mulheres, políticas públicas, publicações científicas, documentos e ações de organismos supranacionais. A dispersão desse discurso, ao mesmo tempo em que caracteriza o movimento de humanização do parto e nascimento no Brasil, também corrobora para dificultar o entendimento sobre o que significa humanizar a assistência obstétrica. É possível encontrar defesas de que humanizar é garantir ao menos seis consultas de pré-natal, acesso à analgesia, respeitar a opção da gestante pela cesariana, propiciar um parto com menor nível de intervenção possível, garantir o direito a acompanhante, melhorar as relações entre profissionais e clientes.

Todas essas constatações foram novamente postas a prova no meio da minha pesquisa, quando engravidei pela segunda vez. O final da minha gestação e o parto aconteceram em outro país, em Portugal. Um lugar em que as práticas denominadas aqui como humanizadas também são raras. Conseguimos, com dificuldade, o acesso ao serviço público de saúde para atenção pré-natal. O parto também aconteceu em casa, acompanhado por uma doula, duas enfermeiras obstétricas e uma obstetrix francesa. Consegui um parto feliz e ainda mais fisiológico do que o de minha primeira filha. Vale mencionar também que realizei um curso de formação de doula, oportunidade em que pude conhecer melhor a realidade portuguesa e me colocar na posição de quem presta um serviço para casais grávidos.

Em minha trajetória, a humanização do parto e nascimento é experimentada do ponto de vista de mulher/gestante/parturiente. A experiência profissional acadêmica anterior estava centrada na área do Direito, de modo que eu tinha pouco conhecimento sobre a assistência obstétrica no Brasil em termos de publicações científicas, centros de pesquisa, livros, pesquisadoras e pesquisadores de referência, históricos, etc. Para ingressar tanto como advogada na seara de defesa dos direitos de gestantes e parturientes a melhores condições de assistência, quanto como pesquisadora neste campo de investigações, tenho estudado formalmente a temática desde o curso de especialização em Gestão Pública que realizei na Universidade Estadual de Ponta Grossa em 2010. Foi no curso de mestrado em Sociologia Política que o tema da saúde da mulher e do recém-nascido consolidou-se como interesse de pesquisa e de trabalho, quando a humanização emerge como objeto central desta dissertação.

Embora minha experiência e trajetória demonstrem uma sensibilidade à humanização do parto e nascimento como uma bandeira de luta contra a violência obstétrica e a favor ao direito das mulheres ao seu próprio corpo e a optarem pelo tipo de assistência que quiserem, minha tarefa neste processo de pesquisa é sociologizar a temática. Nos termos defendidos por Combessie (2004), significa realizar constantemente a crítica das fontes utilizadas e do próprio exercício de pesquisa, colocando-me como parte dos resultados aqui expostos. Assim como é preciso olhar para as fontes procurando evidenciar seu modo de produção (FOUCAULT, 2005), como pesquisadora, cabe a mim demonstrar a pesquisa em seu aspecto de construção, a posição que ocupo neste discurso, partilhar com a leitora e o leitor as opções feitas, os caminhos e descaminhos desta investigação.

INTRODUÇÃO

A PESQUISA EM SEU ASPECTO DE CONSTRUÇÃO

Esta medicalización creciente del parto revestía a veces aspectos ambiguos; encubría conflictos de saber y de poder que enfrentaban a médicos y parteras. [...] El parto – en principio cosa de mujer practicado en la casa, por una matrona o una partera, entre mujeres, separadas de los hombres, casi ajenos al acontecimiento y a la escena – se medicalizó, se masculinizó, se hospitalizó (PERROT, 2009, p. 95).

Esse estudo apresenta como o discurso da humanização do parto e nascimento se institucionaliza nas teses e dissertações produzidas nas pós-graduações brasileiras. Entendemos que estas pesquisas constituem um saber que se ampara na ciência para legitimar e validar conceitos e práticas que pretendem redefinir e remodelar a assistência obstétrica¹ e neonatal² no Brasil. Realizamos uma pesquisa exploratória e de revisão bibliográfica tendo por base o método arqueológico proposto por Michel Foucault em *A Arqueologia do Saber* (2005). A dissertação é resultado do estudo tanto quantitativo quanto qualitativo das teses e dissertações produzidas de 1987 a 2012 disponíveis no Banco de Teses da Capes que tematizam a humanização do parto e nascimento.

Para realizar este intento, inventariamos as teses e dissertações que utilizam no resumo, no título ou nas palavras-chaves o termo “humanização” ou expressões correlatas (ex.: “humanizado”) para qualificar a assistência obstétrica. O levantamento compõe-se de 379 trabalhos analisados por meio do SPSS 17.0. O resultado desse processo é uma espécie de mapa da produção sobre humanização do parto e nascimento no país, com a identificação dos principais centros de referência sobre o assunto, o que se pesquisa, quem pesquisa a temática e quando começaram os esforços nesse sentido. Deste banco,

¹ Utilizamos o termo assistência obstétrica para designar os cuidados profissionais (seja na área de Medicina, Enfermagem, Psicologia, etc) ao ciclo reprodutivo feminino, englobando as fases de: concepção, gestação, parto e puerpério; bem como os cuidados relativos ao desenvolvimento fetal.

² O período neonatal compreende o dia do nascimento até o 28º dia de vida do bebê. E a assistência neonatal nomeia os cuidados profissionais dedicados ao bebê nesse período.

selecionamos 11 teses e dissertações para uma análise qualitativa das questões decorrentes da temática.

Partimos do pressuposto de que o discurso de humanização do parto e nascimento evidencia disputas por quem deve deter o saber e o poder sobre o parto e o nascimento, trazendo à tona conflitos de ordem sociopolítica. A humanização do parto e nascimento no Brasil é um movimento multifacetário que ocorre no interior dos hospitais e também em resistência à hospitalização e à medicalização da assistência obstétrica. Trata-se de um discurso que se materializa em políticas públicas, em práticas hospitalares, em movimentos de mulheres e de profissionais de saúde e em pesquisas científicas.

As teses e dissertações são produtos de enunciação do discurso de humanização do parto e nascimento e dispositivos de análise, pois permitem investigarmos como esse discurso delimita seu domínio; toma o parto e nascimento como objetos; organiza, classifica, redefine, opõe conceitos e práticas da obstetrícia; reposiciona os sujeitos na assistência (mulheres, famílias, profissionais de saúde); estabelece estratégias, constrói uma narrativa histórica para o movimento, legitima e deslegitima saberes e práticas.

Tal enfoque analítico instaura o **problema** que baliza nossa dissertação: quais concepções de humanização da assistência obstétrica estão presentes nas teses e dissertações brasileiras? Nossa pesquisa atenta para a tensão que se instaura no campo científico, isto é, da produção de conceitos e categorias no campo da assistência obstétrica, diante da emergência das expressões “humanização do parto e nascimento”, “parto humanizado”, “maternidade humanizada”, etc.

Diferentemente de artigos ou outras publicações científicas, 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 a grupos de pesquisa. O ensino e a pesquisa estão muito mais relacionados na produção das teses e dissertações do que nos artigos. As teses e dissertações são também produtos de propostas pedagógicas e linhas teóricas do curso realizado e do grupo de pesquisa ao qual se pertence, podendo se notar nos trabalhos ordens de discurso. Por isso, esses trabalhos trazem em sua superfície a vinculação institucional e os lugares de fala a que tais produtos constantemente remetem, ecoam e reforçam. 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. Esses

sujeitos também são aqueles que “professam” muitos dos conceitos aprendidos, reproduzidos e reconstituídos nas teses e dissertações, estabelecendo novas linhas de pesquisa e materializando institucionalmente e conceitualmente um discurso que ainda é tão recente na academia.

A partir do problema exposto acima, descrevemos as teses e dissertações selecionadas para identificar como pesquisadoras e pesquisadores detectam a emergência da concepção de humanização para o parto e nascimento. Como, a partir disso, dividem historicamente o que era a assistência ao parto e nascimento antes e após as mudanças propostas pela humanização. Quais as justificativas dispostas nesses trabalhos para a defesa da humanização do parto (por exemplo: alto índice de cesáreas, alta taxa de mortalidade materna, etc.)? Quais posições discursivas são conferidas à mulher e aos respectivos profissionais de saúde na cena do parto? Quais os status institucionais de saber das diferentes profissões envolvidas? Quais os conceitos trabalhados? Que argumentos relacionam tipo de parto, com status dos sujeitos e conceitos? Essas questões permitem constatar como a parte da academia selecionada projeta determinados discursos para a sociedade, dotando as políticas de argumentos que as embasam ou transformam. Ou mesmo como esses trabalhos repercutem conceitos que surgem no âmbito das políticas de saúde e dos movimentos sociais.

Para responder a essa problemática, temos como **objetivo geral**: *Descrever* como as concepções de “humanização” da assistência obstétrica e neonatal presentes em trabalhos de pós-graduação *stricto sensu* brasileiros estão estruturadas em um discurso que articula posições de enunciação, formação de objetos e conceitos específicos que visam alterar o saber e as práticas sobre o parto no Brasil. Tomamos “descrição” como a atividade pertinente ao exercício arqueológico conforme disposto por Foucault (2005). De acordo com Paul Veyne (1982) cada fato ou discurso deve ser descrito nas condições em que aparece, sem procurar um sentido ou interpretação que esteja além ou aquém do próprio ato estudado. É o exercício de transformação do documento em monumento, como evidencia Le Goff (2003).

Temos por **objetivos específicos** identificar os centros de pesquisa sobre a humanização do parto e nascimento no Brasil e as pesquisadoras que estudam, orientam e participam de bancas de teses e dissertações sobre humanização da assistência ao parto e nascimento, verificando os sujeitos e instituições com mais autoridade para responder por esse discurso na academia. Ademais, problematizar algumas das disputas em torno do tema humanização do parto e

nascimento nas teses e dissertações e como são projetados nesses trabalhos tensões presentes nos embates profissionais, em políticas públicas e movimentos sociais.

A relevância teórica desta proposta está na centralidade que o tema da humanização do parto e nascimento toma como objeto de pesquisa ao estar circunscrito em um debate que atravessa movimentos sociais, políticas públicas de saúde e academia. Embora haja estudos que tratem sobre a necessidade de humanizar a atenção ao parto e nascimento, evidenciando situações de sujeição que as mulheres vivem nas maternidades, propondo novos modelos de atenção ao parto, discutindo o impacto da gestão na assistência às parturientes e aos recém-nascidos, historicizando o movimento no país, há poucas pesquisas com o foco na construção do discurso científico sobre o parto humanizado.

Registramos um artigo, de autoria de Pereira et al (2007) e intitulado “Pesquisa Acadêmica sobre Humanização do Parto no Brasil: tendências e contribuições”, que explora informações de 30 dissertações e teses realizadas de 1987 a 2004. Além do esforço estar sintetizado sob a forma de um artigo, a quantidade de teses e dissertações encontradas por Pereira et al (2007) para o período de 1987 a 2004 é menor do que os 108 trabalhos sobre humanização do parto e nascimento presentes em nosso levantamento para o mesmo período.

Gomes e Moura (2012), em artigo de revisão, analisam as tendências da produção científica sobre “a perspectiva da humanização do parto”, com busca realizada na base Scielo e Base de Dados de Enfermagem, o que resultou em 87 artigos, dos quais foram analisados 34. Vasconcelos (2012), por sua vez, realiza uma revisão integrativa de 32 artigos que tratam do parto humanizado em 10 anos (2002 a 2011), o que complementa o esforço empreendido em nossa pesquisa. Da mesma forma, a tese de Oliveira (1992) revisa a produção científica em enfermagem obstétrica de 1956 a 1986 em 10 periódicos brasileiros, explorando temáticas como: planejamento familiar, gestação, parto, pós-parto, aborto, formação e atuação profissional. Roman (1997), em sua dissertação, estuda a descrição de trabalhos realizados de 1990 a 1995 que tematizam efeitos de programas e ações educativas no pré-natal. E Costa (2009, p. 38-52), em seu trabalho de doutoramento, faz uma reflexão sobre o estado da arte do cuidado de Enfermagem ao recém-nascido em UTI Neonatal, a partir de teses e dissertações defendidas de 1981 a 2006 e considerando a assistência neonatal sob a perspectiva da humanização.

Os trabalhos mencionados reforçam o objetivo aqui disposto de descrever o que os centros de pesquisa e suas pesquisadoras entendem por humanização do parto e nascimento. A reconstituição do discurso científico do ponto de vista das teses e dissertações possibilita, inclusive, mapear outros produtos da academia como livros, artigos, documentos e teses e dissertações do nosso país. Por conseguinte, outras variáveis surgem, como o histórico do parto e nascimento, concepções e procedimentos no cuidado ao ciclo gravídico-puerperal e as especificidades de cada profissão relacionada, bem como questões de gênero envolvidas.

Ademais, a constituição de um banco de teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento contribui para que esse segmento de pesquisa possa consultar dados da produção acadêmica nacional acerca do tema, bem como, realizar buscas por subtemas, como: aborto, pré-natal, parto, puerpério e amamentação, atenção ao recém-nascido, acompanhante, morbimortalidade materna e neonatal, etc. Na sequência apresentamos o processo de constituição desse banco de dados e como selecionamos os 11 trabalhos para análise qualitativa.

METODOLOGIA PARA CONSTITUIÇÃO DO BANCO DE TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

A constituição do objeto desta pesquisa ocorreu de maneira gradual, à medida que procurava no sítio da Capes por teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento. O processo foi iniciado logo no primeiro semestre de 2012 até julho de 2013, com a intenção de revisar a bibliografia pertinente e dar subsídios para o desenvolvimento da dissertação. O projeto de pesquisa manteve-se em constante atualização, pois, a cada busca na base de dados da Capes, com palavras-chave diferentes, aumentava o número de trabalhos sobre o assunto. De modo que o estudo de teses e dissertações - que em princípio comporia uma etapa da pesquisa - passou a constituir o escopo da primeira fase de nosso trabalho.

A investigação feita predominantemente no portal Capes justifica-se porque este órgão tem por função expandir e consolidar a pós-graduação *stricto sensu* em todos os estados da federação. A Capes é uma fundação do Ministério da Educação do Brasil que desempenha as seguintes atividades: “[...] avaliação da pós-graduação *stricto sensu*; acesso e divulgação da produção científica; investimentos na formação

de recursos de alto nível no país e exterior; promoção da cooperação científica internacional; indução e fomento da formação inicial e continuada de professores para a educação básica nos formatos presencial e a distância” (CAPES, 2013b). A divulgação da produção científica é feita por meio do Banco de Teses, do Portal de Periódicos e da Revista Brasileira de Pós-Graduação. No Banco de Teses, estão disponíveis resumos de dissertações de mestrado acadêmico, dissertações de mestrado profissional e teses de doutorado defendidas a partir de 1987 até dezembro de 2012. Juntamente com os resumos, constam informações como instituição de origem, orientador(a); banca examinadora. Os programas de pós-graduação enviam para a Capes os resumos e informações bibliográficas dos trabalhos. Até julho de 2013, estavam disponíveis no Portal Capes teses e dissertações defendidas de 1987 a dezembro de 2012. A partir de outubro de 2013, a Capes iniciou uma revisão do conteúdo do Banco de Teses. Atualmente estão disponíveis apenas os trabalhos de 2011 e 2012 (CAPES, 2014³).

A inquietação quanto aos significados atribuídos à humanização do parto, na primeira fase de contato com os resumos disponíveis na Capes, levou à pesquisa por palavras-chave: “parto humanizado”, “parto domiciliar”, “humanização da assistência ao parto” e “humanização do parto”. Utilizamos o filtro “expressão exata”, no qual “Os documentos recuperados devem conter a expressão exatamente como informada. Esta opção produz resultados precisos, porém reduz o número de documentos recuperados” (CAPES, 2013a). Dos resumos lidos, selecionamos 22 teses e 84 dissertações, dos quais 49% aglutinavam-se na área de Enfermagem. Todavia, os critérios de busca foram insuficientes porque não captaram toda a produção sobre o tema e as pesquisas estavam concentradas no século XXI (o que exigia melhor comprovação). Além de que, por focar apenas o parto, não foi possível detectar a produção sobre assistência ao ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido que não utiliza as palavras-chave enunciadas.

A segunda fase objetivou ampliar o espectro da pesquisa, por meio da busca por “todas as palavras” relacionadas à “gestação parto”, pois com este filtro “Os documentos recuperados devem conter todas as palavras-chaves informadas” (CAPES, 2013a). Procedemos a uma leitura qualitativa dos trabalhos ano a ano, dos quais foram coletados 168 trabalhos de 1987 a 1998. A experiência possibilitou identificar a

³ Para mais informações, consultar <http://capesdw.capes.gov.br/noticia/view/id/1>.

produção na área de Medicina e, principalmente, o quão diferente ela é em relação à Enfermagem. Em Medicina, as pesquisas preocupam-se com aspectos específicos da gestação e do parto, estudando um objeto determinado sem discutir a atenção a este ciclo vital. Para ilustrar, trazemos alguns títulos: “Doença hipertensiva específica da gestação: Correlação entre os diagnósticos clínico e histopatológico renal e estudo da reversibilidade da lesão glomerular” (1987); “Estudo ultrassonográfico dos centros de ossificação epifisários do feto para a estimativa da idade gestacional no terceiro trimestre” (1998); “Curva de normalidade da alfa-fetoproteína, da gonadotrofina coriônica e do estriol livre no soro materno em gestações entre 15 a 19 semanas” (1998). Na Enfermagem, percebemos que as pesquisas tendem a focar mais aspectos culturais, intersubjetivos, educacionais, como vemos nos exemplos a seguir: “Sexualidade da mulher no ciclo gravídico-puerperal e valores culturais” (1997); “Conhecimentos e expectativas de gestantes nulíparas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto” (1998); “Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestante de alto risco e seus acompanhantes” (1998).

O recorte amplo possibilitou reconhecer discursos de produção de saber distintos, fronteiras profissionais e abordagens diferentes sobre assistência obstétrica. Os dados denotam que o modo como cada profissão (Enfermagem e Medicina) compreende a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e as suas atribuições ao atendê-la envolve a história de cada área de saber, o tipo de formação de cada profissão e as identidades profissionais.

Dos resumos lidos de 1987 a 1998, foram selecionados 168, sem necessariamente haver referência à humanização ou termos correlatos. Porém, considerando que foram listados 2440 trabalhos contendo em seus resumos as palavras “gestação/parto”, a pesquisa tornou-se exaustiva, pois no portal Capes não era possível restringir por áreas de conhecimento a busca por assunto. Fato que tornou a leitura dos resumos ineficiente por causa dos trabalhos em Veterinária. Ademais, dentre aqueles cujo tema era a assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, praticamente não houve menção à “humanização” em trabalhos do período, uma comprovação de que até 1998 praticamente inexistia em dissertações e teses o conceito “humanização” e expressões derivadas deste. Por essa razão, optamos por abrir outra frente de pesquisa.

Na terceira fase, procuramos trabalhos com a palavra-chave “assistência obstétrica”, com o filtro “todas as palavras”, ano a ano de 1987 a 2012 e por tipo (mestrado e doutorado). Dos resumos lidos,

foram excluídos apenas os que tratavam de Veterinária ou que apenas tangenciavam a assistência obstétrica (por exemplo, dissertação sobre o SAMU que relatava, dentre outras situações, partos atendidos por este serviço). Coletados os trabalhos, consolidamos o banco de teses e dissertações adicionando os trabalhos pertinentes da fase 2 e todos da fase 1. Resultado: um banco de dados contendo 466 trabalhos, sendo 360 de mestrado e 106 de doutorado. As variáveis utilizadas para preenchimento da planilha em Microsoft Excel 2010 foram: ano defesa; autoria; sexo; universidade; tipo (mestrado, doutorado); programa; área de concentração; linha de pesquisa; grande área (conforme Capes); título; presença da palavra humanização e expressões correlatas; orientação; banca; categoria (por exemplo: aborto, gestação na adolescência, morbimortalidade materna e infantil, pré-natal, parto, puerpério, aleitamento materno, produção científica, etc.).

Tendo em vista que o objetivo da pesquisa é descrever as concepções de humanização presentes nas teses e dissertações sobre assistência ao parto e nascimento, dentre os trabalhos coletados, separamos apenas aqueles que contêm no título, palavras-chave e/ou resumo a palavra humanização e/ou expressões correlatas, tais como: “humanização”, “humanizada”, “humanística”, “humanista”, “humanizar”, “humanidade”, “humanizando”, “mais humana”, “cuidado humano”, “cuidado humanizado”, “parto humanizado”. Ou seja, dos 466 trabalhos que compõem o banco de dados, pinçamos 146 trabalhos (118 dissertações e 28 teses) que integraram um banco à parte e que constituem o objeto central da presente dissertação, com teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento. Utilizamos o SPSS 17.0 como ferramenta para análise quantitativa destes dados.

Quando já estávamos cotejando os resultados da pesquisa com informações presentes nos currículos *lattes* das pesquisadoras, deparamo-nos com o artigo intitulado “Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições”, publicado no periódico Acta Paulista de Enfermagem, por Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Maria Aparecida Vasconcelos Moura, Ivis Emília de Oliveira Souza, Maria Antonieta Rubio Tyrrel e Marléa Chagas Moreira (2007). Estas pesquisadoras destacam-se na produção sobre a temática no programa de pós-graduação da Escola Anna Nery de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O referido artigo resulta de pesquisa realizada em junho de 2005 no banco de teses da Capes e na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde), com as palavras-chave combinadas: “parto-humanizado, humanização-parto, nascimento humanizado e

humanização nascimento”. As autoras empreenderam uma análise estatística e descritiva dos dados de 30 resumos, sendo 26 dissertações de mestrado e quatro teses, os quais foram classificados de acordo com o sentido de humanização expressos neles, de ordem técnica e de ordem ético-política.

Após a leitura do artigo, constatamos que nossa pesquisa não havia identificado alguns resumos, o que demonstrou falhas em nossa investigação. A tese “Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico” de Ruth Hitomi Osava (1997), citado no referido artigo, não está disponível na base de dados da Capes. Mesmo assim incluímos a tese em nossa lista, por conter a expressão “parto humanizado”. Por outro lado, a dissertação de Mojgan Sabeti Hooshmand (2004) intitulada “Parteiras de Regência, ES: os múltiplos sentidos do ato de partejar”, que figura entre as 30 selecionadas por Pereira et al (2007) não foi inserida em nosso quadro de teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento, porque não contém “humanização” ou expressões correlatas no título, resumo e/ou palavras-chave.

Por haver vários trabalhos ausentes em nosso banco de dados, mesmo tendo número de trabalhos superior para o mesmo período, 108 teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento, empreendemos uma nova busca no portal da Capes, agora apenas com o descritor “humanização” e utilizando o filtro “todas as palavras”, o que constituiu a quarta fase da pesquisa. Com a leitura dos resumos, selecionamos aqueles relacionados aos seguintes assuntos: aborto, gestação, parto, puerpério, amamentação, cuidados com o recém-nascido, morbimortalidade materna e infantil, doenças maternas e do recém-nascido. Assim, nosso banco de dados sobre humanização do parto e nascimento foi ampliado de 146 para 380 teses e dissertações, isto é, 232 trabalhos a mais.

Esse percurso demonstra que a construção de um banco de teses e dissertações acerca do assunto está em permanente revisão e atualização. Revisão, pois ao checarmos as informações disponíveis no portal Capes com os currículos *lattes* (CNPq) das respectivas pesquisadoras, alguns dados às vezes precisam de correção. E atualização, porque há teses e dissertações que não constam no portal Capes. Como também é o caso da tese de Dionice Furlani (2004), defendida no programa de pós-graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo título é “Fios de poder e suas repercussões no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade”.

Após a constituição do banco de dados, relemos novamente todos os 381 resumos com vistas a classificá-los em categorias realizando o

saneamento da base em simultâneo. Nesse momento, foram excluídos três trabalhos (que não tratavam do ciclo gravídico-puerperal e do nascimento ou que não traziam as palavras vinculadas à humanização) e foi adicionado mais um, encontrado na lista de teses e dissertações em Enfermagem da UFSC disponível na página do programa.

Em suma, esse inventário nos possibilitou a identificação e coleta de dados de **379 teses e dissertações** defendidas no Brasil de 1987 a 2012 sobre humanização da assistência ao parto e nascimento. Além de um banco das teses e dissertações sobre assistência obstétrica que não mencionam “humanização” ou seus correlatos, cuja planilha contém 320 itens que não receberam tratamento para análise estatística. A leitura dos resumos e seleção do *corpus* da pesquisa foi realizada em julho de 2012, e de fevereiro a julho de 2013, num exercício permanente de consolidação. A leitura atenta dos resumos possibilitou (re)conhecer termos técnicos, diferentes abordagens por área de conhecimento, problemas de pesquisa recorrentes e, ainda, as transformações ao longo desses 26 anos de produção na caracterização da assistência obstétrica.

As **variáveis** que emergiram com o estudo dos resumos e a consolidação do banco de dados foram: ano de defesa; autoria; sexo; universidade; tipo (mestrado, doutorado, profissionalizante); programa; área de concentração; linha de pesquisa; área de avaliação (áreas de conhecimento das pós-graduações); grande área (conforme Capes); orientação; banca; estado e região do país.

Com base nessas variáveis, perscrutamos o termo humanização em sua construção histórica e conceitual com a releitura dos 379 resumos de teses e dissertações. A primeira seletiva resultou em **60 trabalhos** (19 teses, 40 dissertações e uma dissertação de mestrado profissionalizante) dos 379 listados (Apêndice B). O critério para esta escolha foi bastante simples. Se o resumo questiona o termo humanização, o conceitua, estabelece teorias que o fundamentam, justifica práticas, opõe modelos de assistência, demarca profissões ou revisa a literatura, o trabalho foi selecionado. Pois a ideia foi a de constituir uma amostra de trabalhos que problematizam, historicizam ou definem a humanização do parto e nascimento. Excluímos os resumos que apenas mencionam a humanização, portanto, 319 trabalhos. Muitos entre estes se fundamentam nas políticas de saúde e, destes, uma parte considerável apenas cita “humanização” porque esse termo intitula determinados programas de governo. Em grande parte dos casos, a preocupação dessas pesquisadoras é a implantação da política de saúde, razão que justifica o aumento da quantidade de teses e dissertações

sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal após iniciativas do poder público (a partir do ano 2000).

Evidenciamos que essa primeira amostra de 60 teses e dissertações selecionadas constitui o *corpus* ideal de análise, mas mediante a nossa realidade de pesquisa, representou um ensejo impossível no tempo que dispúnhamos. Por isso, com base nas variáveis que compõem o inventário de teses e dissertações e dos resultados obtidos por meio do SPSS 17.0, criamos nove critérios para eleger as teses e dissertações dentre os 60 trabalhos pré-selecionados. Após essa análise, **11 foram escolhidos** por atenderem a cinco ou mais dos critérios abaixo:

1) A **instituição universitária** de origem do trabalho constar entre os cinco principais centros de pesquisa do país sobre humanização do parto e nascimento (UFRJ, UFSC, FIOCRUZ, UERJ e USP).

2) O **programa de pós-graduação** onde o trabalho foi desenvolvido figurar entre os cinco principais do país (Enfermagem da UFSC, da UFRJ, da UERJ e da USP e Saúde da Mulher e da Criança da FIOCRUZ).

3) O programa de pós-graduação de origem integrar uma das cinco principais **áreas de conhecimento**, nas quais encontramos maior número de pesquisas sobre humanização do parto e nascimento (Enfermagem, Saúde Coletiva, Interdisciplinar, Psicologia, Medicina II e III).

4) O trabalho resultar de pesquisa de **doutoramento**.

5) A **orientadora/orientador** constar na lista de pesquisadoras que mais orientaram trabalhos sobre humanização da assistência obstétrica.

6) A autora ou autor aparecer na lista daquelas pesquisadoras que realizaram **dissertação e tese** sobre “humanização do parto e nascimento”.

7) A autora ou autor ter sido identificado entre aquelas que participam de **bancas de defesa** de dissertações e teses sobre “humanização do parto e nascimento”.

8) **Ano de defesa anterior a 2000**, pois em 1987 e com mais ênfase a partir de 1995 constatamos os primeiros registros sistemáticos de dissertações e teses com a expressão “humanização” no título e no corpo dos resumos.

9) O(a) autor(a) apresentar **trajetória pública** de vinculação à promoção da assistência “humanizada” ao parto e nascimento. Esta pesquisa foi realizada por meio do currículo lattes (CNPQ, 2013) e informações disponíveis nas redes sociais.

Classificamos os 11 trabalhos por ordem decrescente de critérios atendidos. No topo do quadro a seguir, temos a tese que atingiu sete critérios, seguida de quatro trabalhos com seis critérios e os demais com cinco critérios.

Quadro 1: Teses e dissertações selecionadas para análise qualitativa

A N O	AUTORIA	PROGRAMA/ UNIV.	T I P O	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
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
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
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
1997	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
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

Quadro 1: Teses e dissertações selecionadas para análise qualitativa (continuação)

A N O	AUTORIA	PROGRAMA/ UNIV.	T I P O	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
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
1997	KATIA MARIA RATTO DE LIMA	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 BRÜGGE-MANN	ENFERMAGEM/ UFSC	M	A ENFERMAGEM COMO DIÁLOGO VIVO: UMA PROPOSTA HUMANÍSTICA NO CUIDADO À MULHER DURANTE O PROCESSO DO NASCIMENTO	INGRID ELSÉN
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

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

O resultado dos 11 trabalhos selecionados advém de um exame prévio dos resumos das 379 teses e dissertações, o qual exporemos com mais detalhes ao longo dos capítulos. A leitura sistemática dos resumos e das 11 teses e dissertações, durante o processo de estudo, nos possibilitou realizar uma seleção com critérios que expressam nas pesquisas uma problematização e o esforço de conceitualização da palavra humanização para designar a assistência ao parto e nascimento. O quadro evidenciado até aqui serve como fundamento e horizonte para a pesquisa que empreendemos.

A dissertação está estruturada diferenciando o percurso da pesquisa da sua forma de apresentação. O percurso da pesquisa ocorreu em dois momentos estanques: primeiramente, a consolidação e apresentação dos dados depreendidos do inventário de teses e

dissertações sobre humanização do parto e nascimento. Posteriormente, o estudo arqueológico das **11 teses e dissertações selecionadas**, com ênfase nas formações discursivas estabelecidas por Foucault (2005). Na apresentação dos resultados de nossos estudos, realizamos o movimento coerente de agregar dados e análise qualitativa, consolidando reciprocamente os dados empíricos coletados junto as 379 teses e dissertações e o estudo dos trabalhos escolhidos.

O resultado desse processo de estudo foi subdividido em quatro capítulos, sendo que o primeiro expõe o referencial teórico que nos embasa – a análise arqueológica dos discursos de Foucault (2005); o segundo capítulo apresenta o estudo da formação discursiva das modalidades enunciativas, perscrutando quem fala e quais profissões disputam espaço sob esse novo regime discursivo; o terceiro capítulo enfatiza a formação discursiva dos objetos, apontando as condições de emergência dessas teses e dissertações, o que se pesquisa quando o assunto é humanização do parto e nascimento, como elas pretendem redefinir o parto e o nascimento, instituir novas práticas, instaurar novas ambiências, etc.; o quarto capítulo apresenta as concepções do termo humanização e os conceitos remetidos pelas pesquisadoras para sustentarem essas novas práticas nos arcabouços científicos (ou não) disponíveis. Em cada um desses capítulos depreendemos apoios e confrontos que esses trabalhos estabelecem e remetem frente a políticas públicas, organizações profissionais e movimentos sociais.

CAPÍTULO 1

PARA UM EXERCÍCIO ARQUEOLÓGICO DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: NOÇÕES PRELIMINARES

Jorge de Rezende, médico obstetra brasileiro e autor do livro clássico “Obstetrícia”, conta a história desta “ciência e arte dos partos” indicando os precursores de uma série de descobertas “memoráveis” que modelaram a obstetrícia contemporânea e que contribuíram para o progresso dessa especialidade, como a invenção de instrumentos (fórcipe, por exemplo), técnicas (amniotomia, episiotomia, assepsia, operação cesariana, anestesia, antisepsia, etc.) e a inclusão dos médicos nas salas de parto. Para ilustrar, trazemos um trecho da narrativa do autor:

Daí por diante é toda uma sucessão de episódios memoráveis de tocólogos ilustres, assim estreitamente vinculados à evolução da Obstetrícia [...]. Não é, todavia, possível omitir, sem marear a exposição, no estágio transicional que marca os primórdios do século XVIII, e no florescimento dele: Gregóire, o velho, fundando em 1720, no *Hôtel Dieu*, a primeira clínica de Obstetrícia, com objetivos didáticos; o irlandês Fielding Ould (1720-1789), o *man-midwife* preconizador da episiotomia; Nicolau Puzos (1686-1753), aluno de Clément, precursor dos professores de Obstetrícia [...] (REZENDE, 1982, p. 14).

Em uma perspectiva crítica da história da medicina da mulher, Ana Paula Martins (2004) narra como o processo de medicalização da sociedade aproximou a medicina de assuntos antes restritos aos círculos femininos, retirando-os do ambiente familiar e íntimo da casa para ambientes públicos como os hospitais, possibilitando à obstetrícia apropriar-se da gestação, do parto e do nascimento. A “ciência dos partos” ou obstetrícia substituiu a “antiga arte do parto” realizada por parteiras não-profissionais; o médico transformou-se em autoridade sobre os corpos femininos; instrumentos e tecnologias passaram a ser empregadas para dominar a natureza feminina, por conseguinte, houve um aumento das intervenções no ciclo reprodutivo da mulher amparado por pesquisas que moldavam essa nascente ciência.

Mas o significado da ciência obstétrica não se resume à conquista profissional dos médicos no atendimento aos partos e recém-nascidos. Os obstetras foram os primeiros a levar adiante o modelo biológico das diferenças sexuais estabelecido no século XVIII pelos anatomistas e fisiologistas. Seu foco de análise se fechou sobre as estruturas e os processos que eles consideravam ser a explicação para a natureza feminina e a justificação materialista dos papéis sociais das mulheres. Uma consequência importante desse processo de conhecimento foi a crescente intervenção com o uso de tecnologias médicas e farmacêuticas seguido pelo gerenciamento dos corpos femininos, cada vez mais passivos e alienados à medida que os saberes se especializaram e que a gravidez, o parto e puerpério passaram a ser gerenciados pelo médico e, posteriormente, pela equipe hospitalar (MARTINS, 2004, p. 100).

As análises de Rezende e de Martins sobre surgimento e desenvolvimento da obstetrícia trazem elementos estruturantes que se entrecrocaram em diferentes estratégias discursivas. Trata-se de um saber técnico – obstetrícia - que emerge em um período específico da história para tomar como objeto o corpo feminino e seu ciclo reprodutivo, em um ambiente novo – o hospital – com rotinas para controlar as dores e os pudores, com traços de uma profissão emergente – os médicos obstetras e a equipe hospitalar -, com conceitos para nomear, delimitar e aplicar aos diversos procedimentos inventados e testados. O inventário de nomes e feitos de sujeitos ilustres da medicina em Rezende é contraposto por Martins em seus mesmos nomes e feitos para indicar a perda da essência do parir.

O primeiro discurso demarca o espaço ocupado pelos médicos obstetras, o modelo profissional com maior legitimidade no interior das maternidades. O segundo discurso exemplifica um esforço crítico que tem ganhado força no Brasil nas últimas décadas. A crítica é proveniente de segmentos alternativos na Medicina, mas, sobretudo, da Enfermagem e da Saúde Coletiva, bem como de movimentos sociais. Esse discurso de contestação ao saber médico obstétrico é comumente denominado no Brasil de movimento pela humanização do parto e nascimento.

O processo de reconstituição da história e o estabelecimento de acontecimentos e nomes para “resgatar” a “arte de parir” e devolver o poder às mulheres permeiam as narrativas realizadas pela academia,

argumentos presentes, portanto, nas teses e dissertações aqui estudadas. Esses trabalhos assemelham-se ao de Martins (também resultado de uma tese) ao criticarem o modo de apropriação da gestação, do parto e do nascimento pela obstetrícia moderna, principalmente o seu caráter intervencionista e de assujeitamento das mulheres.

Ainda que tenhamos por objeto de estudo teses e dissertações, consideramos que a análise do conjunto desses documentos nos permite visualizar certas regras de formação de um discurso não exclusivo ao meio acadêmico, mas que encontra ressonância em outros espaços, tais como a política, movimentos de mulheres, organizações profissionais, etc. Encontramos certas unidades entre os enunciados inscritos no corpus de análise, bem como descontinuidades próprias de um discurso, cujo feixe de relações caracteriza sua dispersão. Em outras palavras, consideramos que a humanização do parto e nascimento não encerra uma “disciplina” acadêmica, isto é, um conjunto de enunciados sistematicamente organizado e passível de ser demonstrado, ensinado e institucionalizado (FOUCAULT, 2005, p. 200).

Mesmo não sendo uma disciplina, vimos no capítulo anterior, que muitas teses e dissertações constroem e repercutem conceitos alinhados ao que tem se denominado de “modelo” ou “paradigma” da humanização do parto e nascimento. São trabalhos provenientes de várias áreas de conhecimento, com preponderância da Enfermagem e da Saúde Coletiva, que definem características e conceitos visando constituir e ou avaliar certas práticas de saúde à luz de determinados enunciados que compõem o referencial da humanização da assistência obstétrica e neonatal. A análise qualitativa e quantitativa das teses e dissertações, cujos resultados exporemos no decorrer dos próximos capítulos, nos mostrou que as pesquisas que têm como fundamento ou escopo a humanização do parto e nascimento ganham sistematicidade somente a partir da segunda metade da década de 1990, quando no mesmo período políticas de saúde sobre o tema passam a ser editadas pelo governo federal e por alguns governos municipais, a exemplo das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. Portanto, trata-se de um esforço recente, mas cujo volume de trabalhos indica haver uma “vontade de saber”, de forjar conceitos, de nomear certas práticas obstétricas, de redefinir condutas profissionais, reposicionar sujeitos no processo do parto e nascimento, estabelecer oposições e afinidades quanto ao referencial dominante na obstetrícia hodierna, recontar a história da obstetrícia, questionar e propor novos modelos de formação dos profissionais que assistem partos e nascimentos.

A humanização da assistência obstétrica e neonatal, como já exposto, não se restringe ao círculo acadêmico. As teses e dissertações demonstram como os enunciados vinculados a esse discurso atravessam o cotidiano. De modo que, em nossa perspectiva, a humanização do parto e nascimento não encerra um paradigma, uma ciência, uma disciplina. Mas, configura-se em um *saber* que, nos termos definidos por Foucault (2005, p. 204), reúne um conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva, que são indispensáveis à constituição de uma ciência, mas que podem ou não vir a ter um status de científico. Um *saber* que autoriza certos sujeitos a falarem e a tomarem posição quanto aos objetos desse discurso (ex.: a enfermeira-obstétrica como a profissional que deve assistir aos partos normais, o médico obstetra como o responsável por partos de alto risco). Um *saber* constituído por relações de enunciados, ou seja, “[...] um campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...]” (ex.: concepção de gestação e parto como processos fisiológicos em oposição às noções que os consideram patológicos). *Saber* utilizado e apropriado por sujeitos e instituições para justificar mudanças nas concepções e práticas obstétricas, bem como da legislação e das políticas governamentais para o setor, onde o discursivo e o não-discursivo interagem.

Consideramos que a humanização da assistência obstétrica e neonatal corresponde a um *saber* que se apoia e se reforça por meio de várias áreas do conhecimento e pretende construir um arcabouço conceitual fundamentado em pesquisas científicas e que, por conseguinte, pretende um estatuto científico às práticas que advoga. Para analisarmos as positivities que formam esse saber, ou seja, “[...] mostrar segundo que regras uma prática discursiva pode formar grupos de objetos, conjuntos de enunciações, jogos de conceitos, séries de escolhas teóricas” (FOUCAULT, 2005, p. 203), recorremos ao método arqueológico foucaultiano como fonte de inspiração para o exercício crítico e analítico de desvendar a ordem do discurso que formata a humanização da assistência obstétrica e neonatal.

Esse método de análise arqueológica dos discursos é exposto por Michel Foucault em “Arqueologia do Saber” (2005) e em “A Ordem do Discurso” (2011). A arqueologia, com base em Foucault (2005, p. 157-158), é “a descrição sistemática de um discurso-objeto”, 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. Podemos afirmar, como

faz Castro (2009, p. 117-118), que a primeira etapa da arqueologia é negativa, pois é necessário destituir o método a ser empregado de um conjunto de categorias apriorísticas próprias de diferentes formas de investigação das ideais. Nessa primeira etapa, devemos negar as categorias que relacionam os discursos (noção de tradição, de influência, de desenvolvimento e evolução, mentalidade e espírito), negar as categorias que classificam os discursos (obra, livro, gênero) e negar as categorias que garantem infinidade ao discurso (noção de origem e interpretação).

A segunda etapa da arqueologia corresponde, conforme Foucault (2005, p. 30 – grifos do autor), a “[...] uma *descrição dos acontecimentos discursivos* como horizonte para a busca das unidades que aí se formam”. A questão que orienta este tipo de investigação é: “como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?”. Assim, a arqueologia toma o ato de dizer como acontecimento. O registro não como prova, mas como construção. Nesse aspecto, Foucault (2005, p. 7-8) considera que a pesquisa arqueológica deve ser empreendida pelo viés da “crítica do *documento*”. O *documento* não é algo que pode ser interpretado, por meio do qual se pode reconstituir o passado, o que as pessoas fizeram ou disseram, um instrumento para se atestar a verdade ou a falsidade. O *documento* constitui “[...] uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjuntos”.

Le Goff (2003, p. 525-541) discute a importância para o(a) pesquisador(a) em questionar os documentos em seu aspecto de construção. O documento resulta de disputas presentes em sua formação. Pensar no documento como *monumento*, ou seja, como objeto de disputa de verdade, corrobora para nossa proposta, uma vez que o *corpus* de pesquisa abrange teses e dissertações com temáticas sobre políticas públicas, movimentos sociais, conflitos profissionais, questões de gênero, de direitos humanos, em que se opõem formas de conceber e se praticar a assistência ao parto e nascimento. O discurso, como afirma Foucault (2005, p. 137), não é algo que se detém, mas “[...] um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política”. Nesse sentido, as teses e dissertações, como *monumentos*, são dispositivos que evidenciam relações de força no interior do discurso.

Consideramos que as proposições de Foucault justificam nossa intenção de problematizar a emergência de um conjunto de pesquisas sobre a assistência ao parto e nascimento e que visam justificar a incorporação de um novo modelo de cuidado obstétrico e neonatal, ao qual aparece atrelado a expressão “humanização”. Por isso, como

orienta Foucault, não é nosso interesse, nesse momento, verificar se humanização é ciência ou como passa de um discurso de não ciência para ciência. Mas descrever as disputas que permeiam as condições de emergência desse discurso de humanização tendo como dispositivo de análise as teses e dissertações selecionadas.

Portanto, a arqueologia *descreve* um discurso. A investigação arqueológica procura estabelecer as condições de possibilidade de um discurso, verificar o feixe de relações entre os enunciados que o compõem. A arqueologia investe na exterioridade discursiva, pois não busca desvendar o que está por trás do seu objeto, nem desvelar intenções. Não se pretende interpretar, ou dotar de sentido o vazio enunciativo, mas destacar a raridade do enunciado, seu aspecto lacunar, ao descrever relações de relações próprias do campo discursivo. A arqueologia também nega a noção de retorno, cujo mote é pesquisar um momento fundador, buscando na cadência da história raízes de um acontecimento discursivo. Ao invés disso, propõe evidenciar o acúmulo, o modo como acontecimentos e conceitos são reorganizados e redistribuídos em uma formação discursiva (FOUCAULT, 2005, p. 134-142).

Para descrever os enunciados, Foucault nega as unidades que predisõem a análise, como as noções de “tradição”, “influência”, “desenvolvimento e evolução”, “mentalidade ou espírito” (FOUCAULT, 2005, p. 23-25), com vistas a tornar possível perceber o enunciado em seu momento de emergência, como acontecimento discursivo. O objetivo é mostrar a *emergência* do enunciado, isto é, seu aspecto singular, a descontinuidade como algo que lhe é inerente. A ferramenta da análise arqueológica dos discursos é o exercício sistemático da descrição. Essa descrição deve isolar o acontecimento discursivo, mas, “[...] tornar-se livre para descrever, nele e fora dele, jogos de relações”. As relações não estão aprioristicamente definidas, mas aparecem na própria produção do que é dito. Nesta perspectiva, é possível relacionar enunciados, mesmo que de autoras(es) diferentes, de áreas de conhecimento distintas e de ordem diversa (técnica, econômica, social e política) (FOUCAULT, 2005, p. 32).

A análise do campo discursivo é orientada de forma inteiramente diferente: trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação: de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar

ligado, de mostrar que outras formas de enunciado exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (FOUCAULT, 2005, p. 31).

O *enunciado* é o elemento do discurso e possui quatro características: a) tem existência em um tempo e espaço determinados; b) ele não se remete a um sujeito, mas à *posição* ocupada por um sujeito ou por um conjunto de sujeitos; c) o enunciado está localizado em um “campo adjacente”, colateral, pois o enunciado não existe isoladamente, ele se relaciona com outros enunciados, apoia-se neles e distingue-se deles; d) a materialidade repetível do enunciado, pois sempre depende da localização em um campo institucional. Machado (1988, p. 169-170) explica que essa materialidade é de ordem institucional e que, por isso, depende da localização do enunciado dentro de um campo institucional. “Uma [mesma] frase dita na vida cotidiana, escrita em um romance, fazendo parte de um texto de uma constituição ou integrando uma liturgia religiosa não constitui um mesmo enunciado”.

Diante de tais premissas, Foucault assevera que o enunciado exerce uma função no discurso, a função enunciativa, aquilo que permite a existência de um feixe de relações que consubstancia um discurso. “Chamaremos de *discurso* um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva [...] é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência” (FOUCAULT, 2005, p. 132-133). Para nossa dissertação, por exemplo, importa investigar como se articulam os enunciados “desmedicalização” e “feminino” no regime discursivo da humanização. Há vários outros enunciados a serem evidenciados, podendo ser indicados alguns como ilustração: “fisiologia do parto”, “tecnologia apropriada”, “modelo tecnocrático”, “mulher protagonista”, etc. Ou mesmo, destacando as conjugações de vários termos que se relacionam semanticamente à humanização como “mais humano”, “desumano”, “humanizado”, “humanística”, “humanidade”, “humanista”, “cuidado humano”, etc. Por outro lado, continuando em nossos exemplos, é possível notar como “humanização” para a

REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento)⁴ difere do enunciado “humanização” para outros setores da medicina obstétrica brasileira (cf. JONES, 2013).

Ainda que nossa opção seja por estudar teses e dissertações que tenham como objeto a humanização do parto e nascimento, restringindo a análise ao âmbito acadêmico, o discurso de humanização que procuramos caracterizar, sob o arcabouço arqueológico, constitui uma dispersão, uma vez que os enunciados que o compõem não se limitam à academia. Tais enunciados, como demonstraremos a seguir, fazem remissões, excluem e ecoam enunciados produzidos em outras searas. A descrição dos enunciados que compõem o discurso de humanização presentes nas teses e dissertações possibilita vislumbrar relações com outras instâncias de saber. Optamos pelo recorte das teses e dissertações, entendendo que esta investigação nos permite explorar as nuances do discurso de humanização do parto e nascimento, o que poderá ser aprofundado em pesquisas posteriores. Como recomenda Foucault (2005, p. 33), “[...] é preciso numa primeira aproximação aceitar um recorte provisório: uma região inicial que a análise revolucionará e reorganizará se houver necessidade”. Para circunscrever este recorte,

[...] é preciso empiricamente escolher um domínio em que as relações corram o risco de ser numerosas, densas e relativamente fáceis de descrever: e em que outra região os acontecimentos discursivos parecem estar mais ligados uns aos outros e segundo relações mais decifráveis, senão

⁴ “A ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - é uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil. Nosso objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização do parto/nascimento”. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. A ReHuNa apóia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade MãeBebê e da medicina baseada em evidências científicas. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupadas(os) com a melhoria da qualidade de vida, o bem estar e bem nascer” (REHUNA, 2014).

nesta que se designa, em geral, pelo termo ciência? (FOUCAULT, 2005, p. 33).

A humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações, nesses termos, constitui um discurso possível de ser analisado pelo método arqueológico. Sendo o discurso uma dispersão, a humanização do parto constitui-se como *saber*, institucionalizado em pesquisas, em práticas obstétricas, em normas do Estado brasileiro, materializado em mobilizações sociais. E não se restringe a um domínio específico de saber, mas é objeto da Enfermagem, da Medicina, da Psicologia, da Saúde Coletiva, da Gestão Pública, das Ciências Sociais. No entanto, essa dispersão do discurso aparece em determinadas regularidades, em formações discursivas que possibilitam a descrição arqueológica das características dessa dispersão.

Os discursos são uma dispersão. Eles são aceitos como sendo formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de unidade [...]. E então já é possível precisar mais o ponto de partida de *L' archeologie du savoir*: a análise dos discursos será a descrição de uma dispersão. Mas com que objetivo? A descrição procurará estabelecer regularidades que funcionem como lei da dispersão. Investiga-se a possibilidade de estabelecer sistemas de dispersão entre os elementos do discurso, o que significa buscar uma forma de regularidade. Em outras palavras, se trata de formular regras capazes de reger a formação dos discursos. A essas regras, que são as condições de existência de um discurso, Foucault chama de “regras de formação”. Elas devem explicar como os discursos aparecem e se distribuem no interior de um conjunto (MACHADO, 1988, p. 162).

Por convenção, Foucault (2005) denomina as regularidades que permitem a descrição de um dado discurso como *formação discursiva*. Essas regularidades ou regras de formação permitem descrever relações entre enunciados, que, agrupados, nos apontam quatro formas de manifestação dessas regularidades ou quatro formações de um discurso: modalidades enunciativas; objetos; conceitos; estratégias. É com base nessas quatro formações que pretendemos estudar o discurso de humanização do parto e nascimento.

As modalidades enunciativas dizem respeito à forma e ao encadeamento com que determinado discurso é proferido, defendido e

cristalizado. Trata-se de descrever o sistema de coexistência dos enunciados que confere poder a quem fala a partir da posição em que o sujeito ocupa no discurso, bem como descrever os lugares institucionais de onde esse sujeito encontra legitimidade para falar. Nesse aspecto, trata-se de compreender como os enunciados vinculados à humanização do parto e nascimento apontam para disputas por esses espaços de enunciação, dessa regularidade do que é dito com a finalidade de disciplinar como é dito, o que é dito e em que condições.

Por sua vez, os enunciados dispersos podem ser aglutinados quando se referem a um mesmo objeto (FOUCAULT, 2005, p. 36). Na História da Loucura, Foucault (2005b) assinala a emergência de um discurso sobre a loucura disperso na religião, na arte, na jurisprudência, na medicina, no cotidiano das pessoas e que em seu conjunto redefiniam o que era loucura, estabelecendo para certas condutas a necessidade de reposicionamento social, político, jurídico, artístico, religioso do sujeito que as praticava. No discurso de humanização da assistência obstétrica, verificamos como a gestação, o parto e o nascimento são eventos redefinidos por um conjunto de enunciados, tais como: “processo fisiológico”; “ciclo natural do parto normal”; “desmedicalização do parto e nascimento” que atravessam um conjunto de domínios de saber como a biologia, a medicina, a enfermagem, a antropologia, a religião, a moral, a política e também o cotidiano. Assim, pretendemos notar como o discurso de humanização transforma ou visa transformar a assistência obstétrica, o parto e o nascimento como objetos de discurso, diferenciando-se de outros discursos, principalmente do denominado “discurso tecnocrático hegemônico”.

O discurso também se consubstancia em um sistema de conceito. Segundo Foucault (2005, p. 62-70), a arqueologia não pretende desenvolver uma arquitetura conceitual, um sistema coerente que conceitua os significados de determinadas palavras e expressões e que formata o discurso para servir de modelo de recorrência para explicar as relações enunciativas. Isso implicaria em uma busca da origem de certas palavras, dos sentidos a elas conferidos. Mas, o mote desse método é olhar o discurso em sua espessura para verificar as continuidades e descontinuidades conceituais, como palavras e expressões empregadas em um discurso obedecem a uma ordem que correlaciona enunciados, os coloca em séries – sucessões de acontecimentos, emprega esquemas retóricos, utiliza procedimentos narrativos. Foucault alerta que no método arqueológico os discursos podem ser analisados de um ponto de vista “pré-conceitual”. Ou seja, que permite a coexistência de conceitos, por não delimitar *a priori* seu significado semântico e restringir seu

lugar de emergência. Tomar a formação dos conceitos em uma perspectiva “pré-conceitual” possibilita não encerrar os enunciados em um domínio específico de saber. Para o nosso interesse de pesquisa, descrevemos como as teses e dissertações conceituam humanização, como vinculam um conjunto de conceitos a essa definição e opõem outro conjunto. Daremos especial atenção às concepções vinculadas à chamada “medicina baseada em evidências” para o parto e nascimento.

A arqueologia possibilita, ainda, visualizarmos relações entre essas formações discursivas e domínios não discursivos (instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos), o que nos permite estudar o discurso com base nas formações das estratégias. De acordo com Foucault (2005, p. 182), a arqueologia é uma análise do discurso que não se restringe ao discurso objeto, pois o método de descrição arqueológico permite indicar as correlações do discursivo com o não discursivo. Esse método indica como as palavras são relacionadas às coisas e não como elas são traduções de coisas. Em outro aspecto, o jogo discursivo – não-discursivo é pertinente para demonstrar as relações complexas que se estabelecem entre o científico e o não-científico, a esfera da política, da mobilização social, e da institucionalização de certas práticas obstétricas com a produção pertinente à academia. No caso do discurso de humanização do parto e nascimento, a análise arqueológica corrobora para demonstrar como certos enunciados produzidos fora da academia repercutem nas teses e dissertações estudadas, ao mesmo tempo em que essas pesquisas validam, legitimam ou rejeitam práticas do âmbito da assistência obstétrica, além de servirem de justificativa para ações governamentais e mobilizações sociais. Não exploramos a formação discursiva das estratégias em um capítulo específico, mas entendemos que trazemos nuances desta formação em cada um dos capítulos apresentados.

Isso porque as pesquisas sobre humanização do parto e nascimento têm uma conotação estratégica, pois é por meio das investigações feitas nas pós-graduações brasileiras por docentes e discentes que o movimento social se institucionaliza, recebe financiamento, e suas proposições ganham o status de científico. O argumento de validade e legitimidade que a ciência confere às diretrizes do movimento constitui uma estratégia para resistir ao modelo adversário de assistência – também fortemente balizado na academia. Pois, possibilita que a humanização do parto e nascimento ampare-se em um regime de validade, fortalecendo as mobilizações e fornecendo dados e argumentos que possam balizar políticas de saúde, tanto na esfera federal, quanto estadual e municipal.

Descrever as relações entre a formação das modalidades enunciativas, a dos objetos, a formação dos conceitos e das estratégias discursivas configura o mote do método arqueológico proposto por Foucault. Vale mencionar que não fazemos da escolha desse método uma armadura, mas que o estudo do referencial teórico foucaultiano nos auxilia a desenvolvermos nossa própria reflexão sobre como a humanização do parto e nascimento torna-se objeto de tantas teses e dissertações no Brasil e como a academia insere-se em um movimento mais amplo de questionamento das concepções e práticas obstétricas dominantes no país.

CAPÍTULO 2

MODALIDADES ENUNCIATIVAS DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Mas, também dentro desses preceitos se encontrava a forma como eu aprendera a atender o recém-nascido... era a primeira pessoa a pegar o bebê e imediatamente o levava para a mesa de reanimação, onde quase que invariavelmente aspirava as vias aéreas superiores, oxigenava quando necessário, examinava, auscultava e só então, após agasalhar, mostrava a mãe e o levava para o berçário para o banho e para ficar em observação durante 12 horas. A recomendação de encaminhar para amamentar somente após esse período era o que vigorava então, na maioria das instituições. Em resumo, o bebê nascia e só iria estabelecer algum contato com a mãe praticamente no dia seguinte [...].

Estávamos em 1985... [...] Comecei a adquirir um novo olhar para essa questão e a partir daí, passei a vivenciar os primeiros partos sob essa nova perspectiva. [...] A transformação em minha vida foi enorme... [...] O profissional de saúde em mim mudou [...] aprendi que não era detentora de todo o saber... novas formas de parir, nova forma de receber o recém-nascido na sala de parto, tudo isso era possível. Uma de nossas gestantes do grupo encontrava-se em sua segunda gestação, após um parto cesáreo e desejava firmemente um parto vaginal de cócoras... nós havíamos dito no grupo que era possível. Ao entrar em trabalho de parto nos deslocamos para a maternidade e lá chegando passamos a acompanhar seu parto e o de outra gestante, uma primípara que lá se encontrava... as duas andando, fazendo movimentos, se agachando... volto ao meu antigo papel... pediatra na sala de parto, mas carregando uma nova bagagem, pois um novo aprendizado estava se incorporando em mim, fazendo volume, tornando-me grávida de consequências. Os dois bebês nasceram muito bem... os dois partos verticais e ambos filmados para o nosso vídeo, que mais tarde exhibe para mim uma pediatra sorridente, feliz, mas que me surpreende, com minha própria imagem segurando as mãos atrás do corpo. Certamente naquele momento, meu impulso era de pegar o recém-nascido e

eu precisava me conter... quem pegou o bebê foi a mãe – aquele primeiro momento era dela... de reconhecimento e descoberta de seu filho que acabara de nascer. A cena do olhar embevecido e da felicidade daquela mulher segurando e acariciando seu filho nunca mais sairia de minha retina e certamente foi o que me impulsionou e me fez acreditar mais ainda na possibilidade de outras formas para o parir e o nascer. Confesso que senti um misto de prazer e dor. Foi extremamente prazeroso poder perceber pela primeira vez uma mulher dar a luz de uma outra forma, pegando seu filho e levando-o imediatamente ao colo, reconhecendo a cria e transitando do filho sonhado para o filho real, podendo também permitir àquele bebê encontrar o olhar de sua mãe, agora olhando de fora para ele, logo após perder o aconchego do útero materno. Ao mesmo tempo, me perceber quase que desnecessária, precisando me conter, segurando as mãos atrás de meu corpo para não interferir naquela cena, foi extremamente doloroso. Hoje dispomos de referenciais teóricos de diversos autores e me sinto absolutamente segura de que este é o caminho, mas naquela época era como se fosse uma verdadeira aventura, abrindo mão de todo o meu aprendizado anterior, entrando num reino totalmente desconhecido. **Kátia Maria Ratto de Lima, pediatra (RATTO, 1997, p. 5-7)**

As mudanças de sentido, as reconfigurações de trajetórias são estruturadas e se estruturam nas malhas do discurso. O agir, o falar, o modo de ver o mundo se alteram nessas posições ocupadas pelos sujeitos. Posições que, ao mesmo tempo, se reforçam e demonstram sua existência por meio dos sujeitos, atravessando-os, existindo antes deles e para além deles em uma ordem de discurso (FOUCAULT, 2011). Estar em um lugar não é somente uma vontade, é também uma obediência, é se adequar ao estabelecido, socializar-se. Nesse sentido, a educação para a profissão e o exercício profissional são espaços de socialização, de posições, hierarquias, valores que estão pressupostos nos enunciados emitidos e internalizados pelos indivíduos. Assim acontece nos discursos presentes na academia e no espaço profissional. E os momentos de mudança, de reposicionamento dos enunciados, são considerados rupturas para as trajetórias individuais, ainda que o discurso permaneça, se alimentando desses diferentes significados para se reforçar e se opor a outros enunciados e a outros discursos.

O discurso de humanização do parto e nascimento por meio das modalidades enunciativas consubstancia-se na materialidade que confere ao discurso um lugar específico no tempo e no espaço, autorizando determinado sujeito e não outro a falar. Ao descrevermos as modalidades enunciativas do discurso, pretendemos especificar o lugar institucional de onde fala o sujeito (autora/autor de uma tese ou dissertação), que características são socialmente atribuídas a este sujeito para poder dizer o que diz e sua fala ser levada em consideração. Ainda, quais são as atribuições que os próprios sujeitos dão a si, estabelecendo a flexibilidade que conecta sujeitos e instituições nas tramas do discurso. Ou seja, quem fala? Qual o status do indivíduo que fala? Que posição o sujeito que fala ocupa no discurso de humanização do parto e nascimento? Qual ou quais os lugares institucionais de onde o sujeito é autorizado a enunciar seu discurso? Em que corpo disciplinar e profissional saber e poder relacionam-se nas manifestações das autoras das teses e dissertações? (FOUCAULT, 2005, p. 56)

Nesse momento, enfocamos nossa análise nas modalidades enunciativas, trabalhando com três aspectos da “divisão” paradigmática e de trajetória instaurada pela emergência do discurso da humanização presente nos trabalhos em tela. Primeiro, uma descrição qualitativa e quantitativa em todos os resumos de teses e dissertações selecionados para identificarmos quem são as pessoas que tratam da humanização nas pós-graduações brasileiras, quais as instituições e grupos de pesquisa que produzem sobre a temática. O segundo aspecto, em âmbito individual, expomos alguns pormenores da biografia das pesquisadoras com teses e dissertações selecionadas para leitura e análise qualitativa (11 trabalhos), com ênfase nas declarações que elas mesmas dão sobre suas posições. O terceiro aspecto centrará atenção nas disputas das profissões que realizam o atendimento ao parto e nascimento, quais sejam, os médicos obstetra e pediatra, a enfermeira obstétrica, a obstetrix e a parteira (principalmente as proposições realizadas pelas enfermeiras obstétricas, mais presentes nas teses e dissertações estudadas). Atentaremos, nesse nível, para as disputas enunciadas nas teses e dissertações, para “a vontade de poder e saber” presentes nas abordagens, em específico, para as defesas de qual profissão reúne os melhores conhecimentos e atributos para acompanhar o parto de baixo risco.

2.1 UM MAPA DOS DISCURSOS ACADÊMICOS SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Antes do estudo de caráter qualitativo, temos a tarefa de reconhecer como a academia brasileira se insere na produção sobre humanização da assistência ao parto e nascimento no Brasil. É necessário reconhecermos quais trabalhos tratam do tema, onde estão os principais centros de referência do país sobre o tema e quem são as autoras e orientadoras que mais produzem. Essa pré-condição nos permite focar nos principais centros de referência, bem como reconhecer as principais enunciatóricas, o que nos possibilitará, na sequência, realizar o estudo sobre como o tema é discutido e conceituado.

Para constituirmos esse mapa da produção sobre humanização do parto e nascimento no Brasil com base nas teses e dissertações, realizamos um estudo de caráter exploratório e quantitativo junto a 379 resumos, o que resultou em um levantamento amplo e inédito nesse segmento. Aqui apresentamos as variáveis: estado e região do país, universidade, programa e linha de pesquisa.

Iniciamos esse reconhecimento com a tabela abaixo, que mostra a distribuição por região do país e por estado. O Sudeste concentra mais de 53% da produção, tendo Rio de Janeiro e São Paulo 47,7% dos trabalhos no país. Dentre os estados localizados em outras regiões, Santa Catarina ganha relevo, seguido de Ceará e Rio Grande do Sul. Os cinco estados representam 72,6% da produção nacional. Demonstra-se a expansão gradual da produção para o Nordeste, mas a ainda inexpressiva produção de conhecimento sobre a temática na região Norte. A distribuição por regiões é, em grande medida, um espelho da distribuição de instituições de ensino e de programas de pós-graduação no país.

Tabela 1: Distribuição geográfica de teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)

Região	Estados	Dissertações e Teses	Frequência	Porcentagem
Sudeste	São Paulo	88 (23,2%)	202	53,3%
	Rio de Janeiro	93 (24,5%)		
	Minas Gerais	18 (4,7%)		
	Espírito Santo	03 (0,8%)		
Nordeste	Ceará	31 (8,2%)	78	20,6%
	Rio Grande do Norte	13 (3,4%)		
	Bahia	11 (2,9%)		
	Paraíba	07 (1,8%)		
	Piauí	03 (0,8%)		
	Maranhão	03 (0,8%)		
	Pernambuco	10 (2,6%)		
	Alagoas	00		
	Sergipe	00		
Sul	Santa Catarina	34 (9%)	68	17,9%
	Rio Grande do Sul	29 (7,7%)		
	Paraná	05 (1,3%)		
Centro-Oeste	Goiás	10 (2,6%)	27	7,1%
	Distrito Federal	10 (2,6%)		
	Mato Grosso	06 (1,6%)		
	Mato Grosso do Sul	01 (0,3%)		
Norte	Acre	01 (0,3%)	04	1,1%
	Amapá	00		
	Amazonas	00		
	Pará	02 (0,5%)		
	Rondônia	00		
	Roraima	00		
	Tocantins	01 (0,3%)		

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

A produção de alguns estados, como o de Santa Catarina e Ceará, tem motivos específicos. O estado nordestino tem uma tradição de pesquisa sobre novas formas de assistência ao parto e nascimento, em referência ao trabalho pioneiro do médico José Galba de Araújo que, como diretor da maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Ceará, trouxe nos anos 1970 e 1980 técnicas de parto utilizadas pelas parteiras para dentro da instituição. Fortaleza também sediou em 1985 “A Conferência Inter-regional sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento”, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que resultou na Carta de Fortaleza, documento muito citado para a alteração das práticas sobre parto e nascimento no mundo. A cidade também sediou, em 2000, a I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, em que houve o lançamento e discussão da Política Nacional para Humanização do Parto e Nascimento, do mesmo ano. Por sua vez, está em Florianópolis uma das primeiras maternidades humanizadas do sul do país, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, e o programa de Pós-Graduação em Enfermagem da instituição conta com docentes e obras de referência sobre humanização da assistência.

Os valores expostos no quadro 2 referem-se aos 379 trabalhos identificados, correspondentes a resumos de mestrado acadêmico, mestrado profissionalizante e doutorado. Os resultados indicam que as dissertações de mestrado acadêmico correspondem a 75,5% das pesquisas, as teses de doutorado 16,1% e as dissertações de mestrado profissional 8,4%. Comparando o tipo de produção com a variável “sexo”, respeitada a proporção de homens e mulheres, verifica-se que elas respondem por 90% dos trabalhos, sobrepondo-se ainda mais na produção de teses, com 95%. A proporcionalidade reduz apenas nos mestrados profissionalizantes, elas com 84% e eles, 16%.

Quadro 2: Divisão do tipo de trabalho por sexo

SEXO	Tipo de trabalho	Frequência	Porcentagem
F	D	57	16,5
	M	261	75,7
	MPRO	27	7,8
	Total	345	100,0
M	D	3	8,3
	M	28	77,8
	MPRO	5	13,9
	Total	36	100,0

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Além dessas informações, frisamos que entre os trabalhos realizados em nível de doutorado, um terço foi realizado em programas de São Paulo e outro terço no Rio de Janeiro. Isso demonstra que a produção está centralizada nos dois estados, com a formação de pesquisadores em nível de doutorado nesses centros. A exceção permanece Santa Catarina, que desponta como terceiro polo de localização das teses, com sete trabalhos (11,5%). Alguns aspectos da concentração de produção nesses três estados serão desdobrados na sequência do texto.

A pesquisa sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal está distribuída em 69 instituições de ensino superior, contudo metade está localizada em 10 universidades, todas públicas e preponderantemente federais. A exceção é a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), única estadual entre as dez com maior produção sobre humanização do parto. Entre as dez principais universidades que tratam o tema, há três instituições fluminenses, e todas elas estão entre as cinco principais universidades. A USP é a instituição que encentra os trabalhos no estado de São Paulo (nos campi de São Paulo e Ribeirão Preto). Em Santa Catarina, os trabalhos estão concentrados na UFSC. Situação um pouco diferente da UFC, que, a despeito da sua posição na

lista das principais universidades, compõe a quantidade de trabalhos do Ceará com UECE e UNIFOR. O aparecimento da UFMG e da UFRN entre as dez principais universidades tem explicação, uma vez que o sexto e o sétimo estado com maior quantidade de trabalhos sobre humanização são Minas Gerais e Rio Grande do Norte, respectivamente (conforme tabela 1). Quando analisada a tabela abaixo apenas com o olhar para as teses, identificamos a UFRJ e a USP como instituições formadoras de pesquisadoras. A UFSC e a Fiocruz seguem essas duas instituições em produção de teses.

Tabela 2: Universidades com maior produção de teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)

Univer- sidade	Dissertações (Mestrado)	Dissertações (Profissionalizante)	Teses	Total	Porcen- tagem
UFRJ	17	00	12	29	7,7%
UFSC	21	01	07	29	7,7%
FIOCRUZ	09	11	07	27	7,1%
UERJ	24	01	01	26	6,9%
USP	14	00	11	25	6,6%
UFC	14	00	02	16	4,2%
USP_RP	09	00	04	13	3,4%
UFRN	11	00	02	13	3,4%
UFMG	12	00	01	13	3,4%
UFRGS	09	00	03	12	3,2%

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

As teses e dissertações também foram classificadas conforme Tabela de Áreas de Conhecimento da Capes (2012). Essa classificação

está dividida no primeiro nível em oito grandes áreas, compostas cada uma pela “[...] aglomeração de diversas áreas do conhecimento em virtude da afinidade de seus objetos, métodos cognitivos e recursos instrumentais refletindo contextos sociopolíticos específicos.” (CAPES, 2012). Utilizando esta Tabela para classificar os trabalhos sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal, constatamos que a maior parte das teses e dissertações está circunscrita às Ciências da Saúde com 79% de toda a produção. Por sua vez, 11% está nas Ciências Humanas, 5% em programas Multidisciplinares e 3% em Ciências Sociais Aplicadas.

Segundo a Capes (2012), “[...] é a partir da configuração da Tabela de Áreas de Conhecimento que são organizadas as Áreas de Avaliação”. No âmbito da pós-graduação são 46 áreas de avaliação, as quais serviram de parâmetro para aferirmos a distribuição das teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento, como exposto abaixo. Merece atenção, na tabela 3, a concentração de trabalhos na área de Enfermagem, praticamente metade de toda a produção identificada. De acordo com o Documento de Área (CAPES, 2009), a Enfermagem possui cerca de 800 cursos de graduação, 35 programas de pós-graduação *stricto sensu*, sendo 15 em nível de doutorado, 32 com mestrado acadêmico e dois com mestrado profissional. Estão cadastrados no Diretório de Grupos de Pesquisas do CNPq 330 grupos e a área conta com 130 pesquisadoras com bolsa de produtividade em pesquisa. Conforme o Documento, a Enfermagem representa 60% dos profissionais da área de saúde do SUS, quase 1,3 milhões de trabalhadoras.

Tabela 3: Distribuição das teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal por áreas do conhecimento

Área	Total	Porcentagem
Enfermagem	185	48,8%
Saúde Coletiva	70	18,5%
Interdisciplinar	26	6,9%
Psicologia	25	6,6%

Tabela 3: Distribuição das teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal por áreas do conhecimento (continuação)

Área	Total	Porcentagem
Medicina II	22	5,8%
Medicina III	07	1,8%
Serviço Social	06	1,6%
Educação	06	1,6%
Medicina I	05	1,3%
Administração, Ciências Contábeis e Turismo	04	1%
Sociologia	04	1%

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.

Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Esse panorama levou-nos a verificar quais programas têm mais pesquisas sobre a humanização da assistência obstétrica e neonatal. Os principais programas são da Enfermagem, exceto o de Saúde da Mulher e da Criança e o de Saúde Pública, ambos da Fiocruz, pertencentes à área de avaliação de Saúde Coletiva. O realce na tabela a seguir é a posição que o Programa de Enfermagem da UFSC assume, mesmo que a região sudeste reúna metade da produção do país. Note-se também a presença dos cursos da UFC, UFRGS e UFRN entre aqueles que têm dez ou mais pesquisas sobre o tema. Afere-se, portanto, que a posição dos estados de maior produção e das universidades que concentram a maior quantidade de trabalhos corresponde à preponderância dos principais cursos que produzem sobre humanização do parto, especificando ainda mais os centros de produção sobre a temática do país.

Tabela 4: Principais programas de pós-graduação com pesquisas sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)

Programa/ Universidade	Dissertações	Dissertações (MPRO)	Teses	Total
Enfermagem (UFSC)	17	01	05	23
Enfermagem (UFRJ)	10	00	11	21
Enfermagem (UERJ)	20	00	00	20
Enfermagem (USP)	08	00	06	14
Saúde da Mulher e da Criança (FIOCRUZ)	05	04	05	14
Enfermagem (UFC)	11	00	02	13
Enfermagem em Saúde Pública (USP - RP)	08	00	04	12
Saúde Pública (FIOCRUZ)	04	07	01	12
Enfermagem (UFRGS)	08	00	02	10
Enfermagem (UFRN)	10	00	00	10
Enfermagem (UFMG)	09	00	00	09

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.

Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

A posição do Programa de Enfermagem da UFRJ (EEAN/UFRJ) pode ser explicada em razão do histórico da Escola de Enfermagem Anna Nery. Criada em 1923, a instituição foi a primeira escola de Enfermagem do Brasil, ganhando status de ensino superior em 1945 (EEAN/UFRJ, 2013). O mestrado acadêmico em Enfermagem, também o primeiro da área, foi criado em 1972 e o doutorado em 1990. Dentre os programas listados, essa Escola é a que possui maior número de teses defendidas. Diferente da UERJ, na qual a Faculdade de Enfermagem foi instituída em 1944, porém o Programa de Pós-Graduação começou em

1999 com mestrado acadêmico e somente em 2010 passou a oferecer doutorado. Por isso, todos os trabalhos desta universidade são dissertações. A produção de teses sobre humanização do parto e nascimento na UERJ só poderá ser avaliada a partir de 2014 (CAPES, 2010). Conforme veremos na sequência, parte das principais docentes do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ que trabalham o tema da humanização do parto e nascimento realizou seu doutoramento na UFRJ⁵, o que sugere, em um aspecto, a influência desta instituição sobre aquela. Porém, como a pesquisa qualitativa nos ajudou a notar, o inverso dessa proposição não deixa de ter sua importância. As professoras da UERJ que realizam suas pesquisas na UFRJ já possuíam uma trajetória profissional, de inserção nos movimentos sociais e de experiência em setores de gestão política que justificam essa tematização nos seus trabalhos no principal programa de doutorado em Enfermagem do Rio de Janeiro.

Ainda na região sudeste, o Programa de Enfermagem da USP começou em 1973 com mestrado e em 1989 com doutorado. Devido ao tempo em que oferta mestrado e doutorado, o número de trabalhos deste programa sobre humanização do parto e nascimento é significativamente menor que o do Programa de Enfermagem da UFRJ. Por sua vez, a trajetória da pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública da USP de Ribeirão Preto, cujo mestrado iniciou somente em 1991 e o doutorado em 1998, é similar ao Programa de Enfermagem da UFC, em que o mestrado foi instituído em 1993 e o doutorado em 1998 (CAPES, 2010). Os dois programas têm o mesmo número de trabalhos sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal.

No final da lista temos os Programas de Enfermagem mais recentes: UFMG, mestrado em 1994 e doutorado em 2005; UFRGS, mestrado em 1998 e doutorado em 2006; UFRN, mestrado em 2001 e sem doutorado. A produção desses programas é similar ao de Saúde da Mulher e da Criança da Fiocruz, cujos cursos de mestrado acadêmico e doutorado datam de 1988 e 1996 respectivamente (CAPES, 2010). Uma particularidade, metade das(os) pesquisadoras que realizaram tese e dissertação no programa da Fiocruz graduou-se em Medicina, as demais provêm da Enfermagem, Fonoaudiologia e Psicologia. Situação que demonstra um trânsito de profissionais da Medicina para programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e de Ciências da Saúde, e de

⁵ Jane Márcia Progianti, Maysa Luduvide Gomes e Adriana Lenho de Figueiredo Pereira são professoras da Faculdade de Enfermagem da UERJ e realizaram doutorado na UFRJ.

profissionais de Enfermagem para os programas *stricto sensu* da própria área.

Por fim, destacamos o Programa de Enfermagem da UFSC que, fora do eixo Rio-São Paulo, encontra-se no topo da lista de cursos com mais trabalhos sobre o tema em questão. O mestrado em Enfermagem iniciou em 1976, consolidando-se com o doutorado criado em 1993. O programa também está no topo dos melhores avaliados na área de Enfermagem, com nota 6 (apenas mais três programas do país recebem essa nota na área de Enfermagem) (CAPES, 2010).

Como é possível notar na tabela 5, a distribuição dos trabalhos em linhas de pesquisa é difusa. Somente seis linhas de pesquisa têm cinco ou mais trabalhos, o que representa cerca de 14% do total de trabalhos (se somadas as frequências das seis linhas de pesquisa). Evidenciamos que os trabalhos produzidos na Escola de Enfermagem da UFRJ aglutinam-se na linha de pesquisa “Enfermagem em saúde da mulher” (18 de 21 trabalhos). Constata-se ainda que os principais programas mencionados na tabela 4 continuam neste recorte. O diferencial é a presença da linha “Mulher, gênero e saúde” da UFBA, que agrega todos os trabalhos produzidos por esta universidade acerca da humanização do parto e nascimento.

Tabela 5: Principais Linhas de Pesquisa com teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)

Linha de Pesquisa	Programa/Universidade	Total	Porcentagem
Enfermagem em saúde da mulher	Enfermagem/ UFRJ	18	4,7%
O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer	Enfermagem/ UFSC	09	2,4%
Atenção à Saúde	Enfermagem/ UFRN	08	2,1%
Assistência à saúde da mulher no ciclo vital	Enfermagem em Saúde Pública/ USP_RP	07	1,8%
Mulher, gênero e saúde	Enfermagem/UFBA	07	1,8%
O cuidar em saúde e enfermagem	Enfermagem/UERJ	05	1,3%

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Portanto, diante desses dados é possível realizar uma avaliação parcial. Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina são os estados em que se produz conhecimento sobre a humanização do parto e nascimento, em especial para a orientação de teses. Nesses estados, as universidades UFRJ, USP, UFSC e Fiocruz são as principais, com ênfase para os cursos de Enfermagem das três primeiras, Saúde da Mulher e da Criança e Saúde Pública da última. As demais instituições, especialmente UERJ, devem assumir maior preponderância na produção sobre a temática devido à quantidade de dissertações defendidas e se mantidas as linhas e grupos de pesquisa na consolidação de seus doutorados.

Depois de localizarmos quais são os centros de produção de teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento, o próximo item enfoca quem são as cientistas de referência quanto à humanização da assistência obstétrica e neonatal. É possível afirmar que nove em cada 10 pesquisadoras são mulheres no que concerne a produção de teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal. Este dado, se confrontado com as áreas de conhecimento predominantes, aponta para a constituição histórica da Enfermagem como campo profissional, uma vez que surge como uma ocupação desempenhada inicialmente por mulheres (FREIDSON, 2009, p. 80-83; ESCOBAR, 2004). Outro aspecto que pode ser ponderado é a relação que as mulheres cientistas têm com a maternidade, e como o processo de se tornar mãe influencia suas trajetórias profissionais e acadêmicas. A preponderância de mulheres cientistas no banco de dados também tem reverberações nas variáveis orientação e banca.

Do total de trabalhos cadastrados, identificamos que há 10 pesquisadoras e dois pesquisadores que desenvolveram mestrado e doutorado sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal. A primeira pessoa que consolidou uma trajetória de pesquisa acerca do assunto é Carmen Simone Grilo Diniz, graduada em Medicina na UFRN e pós-graduada em Medicina Preventiva (pertencente à área de avaliação Saúde Coletiva) na USP. A autora aborda a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal na perspectiva de gênero (dissertação) e dos direitos humanos (tese). Diniz também é a pesquisadora que mais participa de bancas de defesa. Dentre as 13 participações apenas em uma foi convidada interna, isto é, do Programa de Saúde Coletiva da USP, ao qual pertence. Diniz, ainda que tenha mais participações em bancas, não figura entre as professoras que mais orientaram trabalhos utilizando essa

temática. Ressaltamos também que esta pesquisadora é membro da atual diretoria da REHUNA.

Outra pesquisadora de referência que consolidou mestrado e doutorado sobre o tema é Odaléa Maria Brüggemann, professora do Departamento de Enfermagem da UFSC, integrante da ABENFO e uma das principais referências da instituição sobre a temática em tela. Sua dissertação faz uma reflexão sobre o cuidado em Enfermagem Obstétrica e propõe um modelo de assistência em Enfermagem para a maternidade do Hospital Universitário da UFSC. A tese de Brüggemann (2005) avalia o apoio à mulher prestado pelo acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto. A professora tem sob sua orientação seis dissertações de mestrado defendidas com temas referentes à assistência obstétrica na área de Enfermagem (não necessariamente sobre humanização). As demais cientistas apresentadas na tabela 6 ainda não possuem número relevante de orientações e participações em bancas de trabalhos sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal, provavelmente porque a maior parte dos doutorados foi concluída recentemente.

Tabela 6: Cientistas com mestrado e doutorado sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal realizados no Brasil de 1987 a 2012

Nome	Programa	Ano Disser- tação	Programa	Ano Tese
Carmen Simone Grilo Diniz	Medicina Preventiva/ USP	1997	Medicina Preventiva/ USP	2001
Odaléa Maria Brüggemann	Tocoginecologia/ UNICAMP	1998	Enfermagem/ UFSC	2005
Thelma Malagutti Sodré	Enfermagem/ USP	2000	Enfermagem/ USP	2010
Adriana Lenho de Figueiredo Pereira	Enfermagem/ UFRJ	2001	Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde/UFRJ	2007
Marialda Martins	Enfermagem/ UFSC	2001	Enfermagem/ UFSC	2012

Tabela 6: Cientistas com mestrado e doutorado sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal realizados no Brasil de 1987 a 2012 (continuação)

Nome	Programa	Ano Disser tação	Programa	Ano Tese
Tadeu Coutinho	Saúde Coletiva/ UERJ	2002	Saúde Coletiva/ UERJ	2006
Jamile de Castro Bussadori	Enfermagem em Saúde Pública/ USP	2003	Enfermagem em Saúde Pública/ USP	2009
Carmen Lucia Miranda da Silva	Enfermagem/ UFRJ	2003	Enfermagem/ UFRJ	2011
Ana Lydia Soares de Menezes	Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/UFRJ	2005	Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social/UFRJ	2010
Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho	Ciências da Saúde/UFRN	2005	Enfermagem/ UFRN	2010
Márcia de Abreu e Silva Hennig	Saúde da Mulher e da Criança/ FIOCRUZ	2005	Saúde da Mulher e da Criança/ FIOCRUZ	2011
Tarcísio Laerte Gontijo	Ciências da Saúde/ UFMG	2006	Enfermagem/ UFMG	2012

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Na tabela 7, listamos as orientadoras com mais de três orientações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal. Todas estão lotadas em departamentos de Enfermagem e representantes de programas de pós-graduação que mais possuem produções sobre o assunto. Frisamos, entretanto, que as teses e dissertações desenvolvidas pelas pesquisadoras abaixo citadas não contêm em seus resumos, títulos e palavras-chave o termo “humanização” e/ou correlatos, embora os temas estudados estejam no âmbito da assistência obstétrica e neonatal.

Por exemplo, Jane Márcia Progianti graduou-se na UEL em Enfermagem e Obstetrícia em 1980, fez mestrado em Enfermagem pela UNIRIO (“Enfermeiras Obstetras, nem anjos nem bruxas: estratégias de resistência à opressão masculina”) e doutorou-se em Enfermagem pela UFRJ em 2001 [“Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro/ 1934-1951”)]. Atualmente trabalha no programa de Enfermagem da UERJ (CNPQ, 2013a).

Tabela 7: Pesquisadoras que mais orientaram trabalhos sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil (1987-2012)

Orientadora	Onde fez doutorado	Programa/ Universidade em que trabalha	Dissertações	Teses	Total
Jane Marcia Progianti	UFRJ (2001)	Enfermagem/ UERJ	10	00	10
Maria Aparecida Vasconcelos Moura	UFRJ (1997)	Enfermagem/ UFRJ	02	04	06
Maria Antonieta Rubio Tyrrel	UFRJ (1994)	Enfermagem/ UFRJ	02	04	06
Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	USP (1997)	Enfermagem/ UFRGS	05	01	06
Rosineide Santana de Brito	USP (2001)	Enfermagem/ UFRN	05	00	05
Ivis Emília de Oliveira Souza	UFRJ (1993)	Enfermagem/ UFRJ	01	03	04
Nalú Pereira da Costa Kerber	UFSC (2007)	Enfermagem/ FURG	04	00	04
Rosângela da Silva Santos	UFRJ (1996)	Enfermagem/ UFRJ	04	00	04

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Por seu turno, em quantidade de participações em bancas, Ivis Emília de Oliveira Souza está equiparada a Simone Grilo Diniz, todavia enquanto a primeira participou de bancas apenas da área da Enfermagem (em cinco como convidada interna e em oito como externa), a segunda circula na Saúde Pública, Tocoginecologia, Enfermagem e Saúde da Mulher e da Criança. A maior inserção de Ivis Emília de Oliveira Souza na Enfermagem justifica-se pela sua formação: graduou-se em 1974 em Enfermagem e Obstetrícia pela UFRJ, onde fez mestrado em 1988 e doutorado em 1993 no Programa de Enfermagem. Em toda carreira estudou assistência obstétrica. É professora da UFRJ desde 1999 e conta com orientação de quatro trabalhos sobre humanização do parto e nascimento (CNPQ, 2013a).

Tabela 8: Participantes em bancas de mestrado (ME) e doutorado (DO) sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal

Pesquisadora	Instituição de Origem	Convidada Externa		Convidada Interna		Total de bancas
		ME	DO	ME	DO	
Carmen Simone Grilo Diniz	Saúde Pública/USP	05	06	00	01	13
Ivis Emília de Oliveira Souza	Enfermagem/UFRJ	08	00	01	04	13
Jane Márcia Progianti	Enfermagem/UERJ	03	03	04	00	10
Janine Schirmer	Enfermagem/UNIFESP	03	05	00	00	08
Marli Villela Mamede	Enfermagem/USP	04	03	00	01	08
Marisa Monticelli	Enfermagem/UFSC	03	00	03	02	08
Rosângela da Silva Santos	Enfermagem/UFRJ	03	00	04	01	08
Maria Auxiliadora Mendes de Gomes	Saúde da Mulher e da Criança/FIOCRUZ	05	00	01	01	07
Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha	Enfermagem/UFRGS	04	00	03	00	07

Tabela 8: Participantes em bancas de mestrado (ME) e doutorado (DO) sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal (continuação)

Pesquisadora	Instituição de Origem	Convidada Externa		Convidada Interna		Total de bancas
		ME	DO	ME	DO	
Carmen Gracinda Silvan Scochi	Enfermagem/ USP_RP	04	01	01	00	06
Cleusa Alves Martins	Enfermagem/ UFG	04	00	02	00	06
Lucia Helena Garcia Penna	Enfermagem/ UERJ	02	01	03	00	06
Maria Alice Tsunechiro	Enfermagem/ USP	02	01	00	03	06
Maria Antonieta Rubio Tyrrel	Enfermagem/ UFRJ	02	02	01	01	06
Octavio Muniz da Costa Vargens	Enfermagem/ UERJ	01	02	03	00	06
Raimunda Magalhães da Silva	Enfermagem/ Unifor	05	01	00	00	06

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Um aspecto evidenciado pelos dados é a constituição de redes de pesquisa sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal. Traços desta rede podem ser percebidos pela combinação das variáveis orientação e banca. Ao focarmos nas bancas em que Jane Márcia Progianti participou, nota-se que em quatro delas Ivis Emília de Souza aparece e, em algumas vezes, ao lado de Maria Aparecida Vasconcelos Moura e Octávio Muniz da Costa Vargens, os quais em diferentes combinações se alternam nas posições de orientação e convidados de banca. Esse dado levou-nos ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq (2013b), por meio do qual constatamos que Souza e Moura são líderes do grupo “A qualidade da assistência à saúde da mulher” formado em 1997 com vinculação ao Programa de Enfermagem da UFRJ. Por sua vez, Vargens e Progianti coordenam o “Grupo de pesquisas sobre gênero e violência em saúde e Enfermagem” ligado ao programa de Enfermagem da UERJ desde 1988.

Outro caso de rede de pesquisa é o grupo instituído em 2011 e denominado “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, vinculado à Fiocruz, que teve início em 2009, sob liderança de Maria do Carmo Leal⁶. Este grupo é bastante heterogêneo, possuindo 45 pesquisadoras(es) membros, entre os quais citamos: Carmen Simone Grilo Diniz, Daphne Rattner, Marcos Augusto Bastos Dias, Odaléa Maria Brüggemann e Zeni Carvalho Lamy (CNPQ, 2013b).

Tomando os resultados apresentados na busca pelas principais pesquisadoras e centros de pesquisa sobre humanização do parto e nascimento com base nas teses e dissertações sobre o tema de 1987 a 2012, apresentamos alguns resultados. Consideramos que uma trajetória pessoal não se identifica com um centro de pesquisa, caso de Carmen Simone Grilo Diniz, da Saúde Pública da USP. No entanto, essa pesquisadora avalia sua importância ao participar de bancas externas e ao ser uma das primeiras a realizar dissertação e tese sobre a temática. O grupo de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da UFRJ consolida a produção desse centro, com destaque para Ivis Emília de Oliveira Souza, Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Maria Aparecida Vasconcelos Moura. No programa de Enfermagem da UERJ, sobressai a trajetória de Jane Márcia Progianti. Por sua vez, no programa de Enfermagem da USP, a produção não está concentrada em algumas pesquisadoras, embora Marli Villela Mamede tenha grande número de participações em bancas externas. Nos programas de Saúde da Mulher e da Criança da Fiocruz e de Enfermagem da UFSC não há pesquisadoras em grande evidência, o que demonstra tratar-se de projetos mais institucionais do que de trajetórias pessoais. No curso de enfermagem da UFSC, Marisa Monticelli já participou de oito bancas, e Odaléa Maria Brüggemann realizou mestrado e doutorado sobre a temática em tela. Porém, observamos um conjunto de pesquisadoras desta pós-graduação orientando sobre humanização do parto e nascimento.

⁶ Maria do Carmo Leal é professora e pesquisadora da Fiocruz desde 1976. Graduada em Medicina pela UFBA, mestre e doutora em Saúde Pública pela Fiocruz (1981 e 1997). Em seu doutorado, estudou mortalidade infantil, sem menção à palavra “humanização” ou a seus correlatos. Coordenou diversas linhas de pesquisa que tematizam parto, pós-parto e neonatalidade (CNPQ, 2013a).

2.2 PEQUENAS HISTÓRIAS DE QUEM FALA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

De modo geral, os sujeitos, em suas teses ou dissertações, procuram justificar a escolha pelo objeto de pesquisa por meio de suas trajetórias. No texto de abertura dos trabalhos, há relatos de experiências profissionais, acadêmicas e políticas que indicam lugares institucionais ocupados. Portanto, ao enunciarem as posições que ocuparam, as pesquisadoras querem também evidenciá-las; num duplo sentido de quem justifica o trabalho e pretende autorização para o que fala. Ainda, cada trabalho traz testemunhos de histórias de vida que se concatenam no desenvolvimento do campo de pesquisas sobre humanização do parto e nascimento no Brasil, bem como na implementação de políticas de saúde em suas respectivas regiões. De modo geral, as pesquisadoras preocupam-se em justificar a necessidade de estudar e investigar a assistência ao parto e nascimento tomando por base dilemas que enfrentaram em suas práticas profissionais. Elas relatam sentimentos de “angústia” ao assistirem partos de acordo com o “modelo tradicional”, dentro do qual foram formadas.

Os onze trabalhos selecionados para descrição qualitativa têm em comum o fato de testemunharem momentos de transição na vida das pesquisadoras, em que o projeto de construção de outro modelo de cuidado obstétrico tornou-as referência, portanto, reconhecidas publicamente em suas áreas de atuação. A própria posição que essas pesquisadoras ocupam no discurso de humanização da assistência obstétrica e neonatal orientou nosso recorte de teses e dissertações. Pois, como nossa intenção é descrever, caracterizar, delimitar quais enunciados estão subjacentes ao arcabouço denominado de discurso de humanização do parto e nascimento, priorizamos aquelas pessoas que têm uma trajetória pública reconhecida vinculada ao movimento que discute mudanças na assistência ao parto e nascimento no Brasil.

A escolha pelas 11 teses e dissertações enfatizou a realidade de três centros de pesquisa sobre humanização (Quadro 1), Rio de Janeiro, São Paulo e Florianópolis. Seis pesquisadoras do Rio de Janeiro (Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, Heloísa Lessa, Katia Ratto de Lima, Leila Gomes Ferreira de Azevedo, Marcos Augusto Bastos Dias, Maysa Ludovice Gomes), duas pesquisadoras de São Paulo (Carmem Simone Grilo Diniz e Ruth Hitomi Osava) e duas de Florianópolis (Odaléa Maria Brüggemann e Maria de Fátima Motta Zampieri). São três médicas (Katia Ratto é pediatra, Marcos Dias é obstetra e Simone Grilo Diniz é especialista em Saúde Pública) e nove enfermeiras. Além

das teses e dissertações, realizamos como apoio cinco entrevistas: com Marcos Augusto Bastos Dias, Simone Grilo Diniz, Ruth Hitomi Osava, e com os professores da Faculdade de Enfermagem da UERJ: Jane Márcia Progianti e Octavio Muniz da Costa Vargens.

Grande parte das pesquisadoras selecionadas tem em comum a graduação no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, uma primeira experiência no serviço público tradicional e, depois, uma transformação de suas posições a partir de inquietações que emergem de suas práticas. É assim que elas costumam relacionar suas pesquisas na academia, a busca por respostas aos questionamentos da prática cotidiana na assistência obstétrica e referências para pensar novas práticas. Cada pesquisadora relaciona sua trajetória ao processo de implantação e desenvolvimento das políticas e movimentos sociais de humanização nas cidades em que atuam (Rio de Janeiro, São Paulo e Florianópolis), o que entremeia biografia e história do desenvolvimento dessa modalidade de assistência.

No contexto da década de 1990 no Rio de Janeiro, ocorre a implantação da primeira maternidade “humanizada” do país, a Maternidade Leila Diniz, no ano de 1994, considerada pioneira por suas concepções e práticas desmedicalizadas e com a inclusão de enfermeiras-obstétricas na assistência ao parto. Uma situação peculiar no município do Rio de Janeiro, onde houve a articulação, a partir de 1992, entre a Secretaria Municipal de Saúde, as escolas que ministravam cursos de enfermagem obstétrica (em especial a UERJ) e o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM). A Secretaria Municipal de Saúde passou a ser gerenciada por um grupo de feministas que, entre outras pessoas, contava com a médica pediatra Katia Maria Ratto de Lima (que fez dissertação sobre o tema em 1997) e a enfermeira obstétrica, chefe do serviço de enfermagem do IMMFM e professora da Faculdade de Enfermagem da UERJ Maysa Ludovice Gomes (com tese defendida em 2012 sobre humanização do parto). Em 1996, a Secretaria Municipal convida Marcos Augusto Bastos Dias (com tese sobre humanização da assistência defendida na Fiocruz em 2005) para assumir a direção da Maternidade Leila Diniz.

Essa vinculação de três autores selecionados para a nossa pesquisa é confirmada em entrevista por Jane Progianti. Principal orientadora na temática da humanização do parto, a professora da UERJ foi chefe do serviço de enfermagem do IMMFM de 1986 a 1992 (período que precede ao de Maysa Ludovice Gomes na direção), oportunidade em que implanta o serviço de enfermagem na sala de parto, primeira experiência nesse sentido no Rio de Janeiro.

Progianti (2013): *Por quatro anos [segundo o currículo da professora, são seis] eu fui chefe de serviço. E como chefe de serviço, eu tive condições, naquele contexto, de implementar a assistência de enfermagem na sala de parto de lá. Não tinha. Aqui no Rio de Janeiro, enfermeiras não trabalhavam na assistência ao parto e aí, eu, como chefe da enfermagem, montei uma equipe, negociamos com os médicos e fomos trabalhar na sala de parto. No entanto, eu chamo esse momento de “pré-humanização”, porque ainda não se falava de humanização como se fala hoje.*

É interessante indicar como a autora estabelece marcos para indicar quando se trata de “humanização” e quando ainda se está no processo de “pré-humanização”. A humanização para ela começa a partir de 1992, quando ocorre a efetiva parceria da Secretaria Municipal de Saúde, o IMMFM e a UERJ, tendo como marco principal no país a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento⁷, em 1993. *“Mas foi possível se falar de humanização do parto e nascimento nessa época, de 1992 para cá, tanto que o movimento de humanização do parto e nascimento acontece e eu dou como marco a criação da REHUNA”*. As feministas que integravam a secretaria municipal, de acordo com entrevista de Leila Gomes Ferreira de Azevedo (com dissertação selecionada defendida em 2008) a Aline Bastos Porfírio (2011), participavam da REHUNA.

A dissertação de Porfírio (2011) oferece um quadro em detalhes do contexto carioca para o discurso de humanização. Dessa parceria entre serviço público, academia e poder público emerge um conjunto de ações e enunciados que visavam alterar as práticas e os discursos sobre assistência obstétrica. Katia Ratto de Lima e Maysa Ludovice Gomes participaram ativamente desse processo, tendo Marcos Augusto Bastos Dias se integrado a partir do momento em que assume como diretor da Maternidade Leila Diniz em 1996. O médico nomeou, em 1998, Leila Gomes Ferreira de Azevedo como chefe do serviço de enfermagem da maternidade. De acordo com Porfírio (2011, p. 87-90), Azevedo participa também de um curso de capacitação nas casas de parto do Japão, promovido pela JICA (*Japan International Cooperation Agency*) em acordo com o Ministério da Saúde, e, ao retornar, assume a coordenação da Casa de Parto David Capistrano Filho, a primeira casa de parto pública da cidade do Rio de Janeiro, fundada em 2004. Já como coordenadora deste centro de parto normal, Leila Azevedo ingressa no

⁷ Para mais detalhes sobre a REHUNA, ver Tornquist (2004, p. 141-192).

curso de mestrado em Enfermagem na UERJ, onde estuda em sua dissertação o processo de implantação da referida Casa de Parto e as estratégias das enfermeiras obstétricas para manutenção do modelo humanizado de assistência obstétrica e neonatal, sob orientação de Jane Márcia Progianti.

Tanto Leila Azevedo como Adriana Lenho de Figueiredo Pereira e Heloísa Ferreira Lessa (com teses selecionadas para a nossa análise) são enfermeiras obstétricas e têm suas trajetórias profissionais ligadas a Faculdade de Enfermagem da UERJ, onde se diplomaram Especialistas. Os três trabalhos tratam do parto e nascimento fora do ambiente hospitalar. Pereira é professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ desde 2003. Antes disso, trabalhou como enfermeira obstétrica no Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ (1994-2005) e no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (1989-1994) – período que coincide com as chefias de Jane Progianti e Maysa Luduvise Gomes. Em seu processo de doutoramento, estudou a luta das enfermeiras para implementação da Casa de Parto David Capistrano Filho no município do Rio de Janeiro.

Heloisa Lessa (2012, p. 19-22), por sua vez, tem uma inserção na assistência obstétrica domiciliar. Diferente dos sujeitos até aqui apresentados, cujas trajetórias profissionais desenvolvem-se nos serviços de saúde, Lessa tem atuado desde a sua graduação como profissional autônoma na preparação de gestantes para o parto, na assistência ao trabalho de parto e parto e na atenção ao puerpério. Sobre sua iniciação profissional na enfermagem obstétrica, a autora relata: “Já tínhamos como ideologia, na prática profissional, o respeito ao desejo da mulher, a mulher no comando e no centro do processo”. Lessa afirma que após contato com o trabalho de Michel Odent⁸ passou a atender partos domiciliares em 1992. Em parceria com este obstetra francês, inclusive, ofertou o curso de atualização “Ecologia do Parto e Nascimento” na cidade do Rio de Janeiro. Esta pesquisadora é uma das referências no Brasil na divulgação do parto domiciliar planejado, tendo participado junto com Odent, por exemplo, do filme “O Renascimento do Parto” lançado em 2013. Atualmente, Lessa integra a diretoria da REHUNA triênio 2012-2015, ocupando cargo no Conselho Diretor.

Notamos no relato acima e na trajetória dos demais sujeitos de pesquisa que a relevância da experiência profissional tornou-se para

⁸ Famoso médico obstetra francês, com várias obras defendendo mudanças na forma de nascer publicadas no Brasil no final dos anos 1970, na década de 1980 até os dias atuais.

essas pessoas um dispositivo que potencializou a procura pela formação acadêmica em nível de pós-graduação e motivou mudanças nas concepções e práticas assistenciais por elas desenvolvidas. Esses sujeitos também fazem referências ao movimento feminista de saúde e direitos reprodutivos. De modo geral, os trabalhos selecionados indicam que o enfoque em direitos reprodutivos, numa perspectiva feminista, tem pautado o debate em prol da assistência obstétrica humanizada.

A dissertação e a tese de Carmen Simone Grilo Diniz, ambas defendidas no programa de pós-graduação em Medicina Preventiva da USP, enfatizam a assistência obstétrica humanizada sob o ponto de vista dos direitos reprodutivos. A trajetória desta pesquisadora, vinculada à Rede Feminista, também demonstra como o movimento feminista tem pautado as reivindicações da sociedade civil, incluída a academia, por qualidade na atenção à saúde da mulher.

Diniz (entrevista): *Quando eu entrei na faculdade, eu tinha uma atração pela obstetrícia, fiz maternidade, fiz o curso de obstetrícia. Mas meu estágio foi muito traumático. Até descrevi isso na introdução da minha dissertação. Um dia, quando eu estava no sexto ano, saindo de um plantão, véspera de inscrição para residência, eu entro na biblioteca lá em Natal (eu estudava em Natal) [UFRN] dou de cara com o Boletim da CLAP chamado “Las basis fisiológicas e psicológicas del manejo humanizado del parto natural” de Roberto Caldeyro-Barcia. É aquele negócio de o livro achar você e não você achar o livro. Ai eu desbaratinei tudo o que estava fazendo para ler isso e aí caíram todas as fichas ao mesmo tempo. Foi incrível! Eu desisti de fazer Ginecologia e Obstetrícia e fui fazer Saúde Coletiva. Você nunca sabe se foi a melhor escolha, mas foi a escolha daquela hora. Foi assim que eu entrei em contato. O fisiologista Roberto Caldeyro-Barcia foi o grande autor nisso e que dizia isso nessa versão de 1984 e que, na versão de 1979, já dizia tudo isso que dizemos agora. Muito bacana, muito radical, já usa o termo “humanizado”. Foi assim que entrou. Naquela ocasião, também fazíamos parto em casa, havia muitos conhecidos com essa visão. Era uma coisa meio hippie na verdade. Então, foi assim que começou. Quando eu estava na graduação. E eu estou completando 29 anos de formada. Isso já faz 29 anos.*

Com outra formação, mas também com doutorado na área de Saúde Pública, a enfermeira Ruth Hitomi Osava apresentou a tese mais antiga com a palavra “humanizado” no resumo. Com formação toda em São Paulo, Osava trabalhou por 15 anos no Espírito Santo, onde desenvolveu alterações nos protocolos de atendimento de uma

maternidade. Nos anos 1980 conheceu a parteira alemã Angela Gerhke⁹, que trabalhava em uma comunidade da capital paulista na atenção a mulheres gestantes e parturientes. Também travou contato com a JICA, conforme entrevista concedida para a nossa dissertação. Em 1996, retornou a São Paulo, onde planejou, implantou e dirigiu a Casa de Parto de Sapopemba (1998-2003). Nesse mesmo período, coordenou o serviço de enfermagem do centro de parto normal da Maternidade Filantrópica Amparo Maternal, local em que treinou mais de 120 mil enfermeiras e demais profissionais de saúde de todo país para assistência ao parto. Assim como as demais pesquisadoras, Osava destaca o mal estar que sentia ao assistir partos e a necessidade de buscar e pesquisar referenciais que respondessem a sua angústia.

Osava (entrevista): *Não sei se estão nessa sequência, mas são coisas que se encadearam em algum momento. 1980... No período da minha dissertação, eu observava o seguinte, eu fazia a pergunta: **por que esse parto que eu assisto no hospital me incomoda? Por que eu não gostaria de ter um parto assim? E aí eu fiz esta mesma pergunta na minha dissertação para as minhas colegas, para enfermeiras obstetras que trabalhavam em maternidade privada e em maternidade pública. [...] Aí eu fui perguntar para elas o que elas achavam do parto normal e se elas pudessem ter algum tipo de parto, qual elas prefeririam, por quê? Elas falavam quase uníssonas que todas queriam parto normal, porque era mais natural. Todas em relação ao paciente. “Eu sempre recomendo o parto normal, é melhor para a paciente”. “E se fosse para você?” Elas agiam diferente: “Eu não queria o parto normal”. Eram exceções as meninas que queriam parto normal. “Por que você não queria o parto normal para você?”. “Ah, porque a gente vê que pode não dar certo. A gente vê alguns partos com toda aquela dor e no final que virou cesariana. Eu acho que é mais prático, já***

⁹ “No Brasil, a primeira casa de parto foi a do ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA), que funcionou por 15 anos (1983 a 1998) numa comunidade carente na periferia da zona sula de São Paulo. De caráter filantrópico, não-governamental, esse serviço foi coordenado pela parteira alemã Ângela Gehrke da Silva. Considerava que o nascimento deveria ter um ambiente acolhedor, receptivo e de estímulo ao parto natural. Essa parteira teve muitas dificuldades de exercer seu trabalho por ser uma profissional que trabalhava à margem do sistema de saúde oficial. Enfrentou problemas relacionados à legalidade de sua atuação profissional. Seu serviço foi fechado em março de 1998 pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) por não estar devidamente registrada neste conselho. Quando a Congregação da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ aprovou a revalidação do seu diploma, Ângela já estava com câncer em estado muito avançado [...]” (PEREIRA, 2007, p. 33).

*que pode virar cesariana, que venha cesariana logo”. Elas não levavam muito em conta a qualidade da experiência. Outra coisa que elas falavam é que elas não queriam a violência do parto. **Todo mundo sabia que tinha violência.** Só que a gente achava que era no outro, que a violência era no outro. **E de alguma maneira a gente achava que era assim mesmo, que era parte do atendimento aquilo que a gente não dava o nome de violência.** Tinha até um nome de ajudar a mulher, de protegê-la, quando a mulher estava meio enlouquecida a gente tinha que trazer para a normalidade, para a razão, como se ela fosse uma paciente psiquiátrica. E que toda aquela loucura, aquele absurdo de amarrar, prender, empurrar a barriga fazia parte de alguém que estava lidando com bicho. Uma mulher enlouquecida pela dor, porque estava sozinha sem acompanhante... **A gente não tinha nome para as coisas, como hoje você tem categorias e conceitos tão claros.** Naquele tempo era muito confuso. Era assim: um sentimento. Eu falo do meio da década de 1980. Um sentimento que me incomoda. E o que me incomoda... Não sei se é o Érico Veríssimo que diz assim: “você se define por aquilo que não te causa estranhamento”. Então, aquilo me incomodava e eu comecei a procurar e a pesquisar. Não tinha muita coisa escrita não (grifos nossos).*

Por sua vez, o contexto das pesquisadoras de Florianópolis guarda direta relação com a implantação da Maternidade do Hospital Universitário da UFSC, inaugurada em 24 de outubro de 1995. Esta maternidade, segundo, Tornquist seguiu o exemplo da Maternidade Leila Diniz, fundada em 1994 na cidade do Rio de Janeiro, ao garantir para a gestante o direito de escolher o acompanhante para o seu processo de parto.

A experiência dessa Maternidade [Leila Diniz], na adoção de uma perspectiva humanizadora foi muito bem sucedida e serviu de exemplo para a Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis. A partir de contatos que, já à época, transitavam pela REHUNA, foram trazidos profissionais da Leila Diniz para assessorias e conferências com a equipe de saúde do HU, dentro da estratégia de convencimento dos profissionais mais arredios às inovações propostas pelo Grupo Interdisciplinar de Florianópolis, particularmente o parto de cócoras e a figura do acompanhante no parto (TORNQUIST, 2004, p. 169-170).

A dissertação de Odaléa Maria Brüggemann informa que o tema do acompanhante de escolha da gestante foi um ponto polêmico no processo de implantação da maternidade do Hospital Universitário da

UFSC. Motivo pelo qual os médicos Jean Ruffie da Maternidade Leila Diniz e Hugo Sabatino da Unicamp foram chamados “[...] na tentativa de sensibilizar os obstetras e desmistificar o receio sobre o acompanhante [...]” (BRÜGGEMANN, 1998, p. 17). Essa citação foi retirada do item de abertura da dissertação de Brüggemann, onde a pesquisadora destaca sua trajetória, relatando algo comum nos trabalhos analisados: o incomodo com o modo de atenção às gestantes e parturientes em uma dada fase da experiência profissional e sua transformação mediante o contato com a “humanização” da assistência obstétrica e da inserção na pesquisa acadêmica.

Em 1985, surgiu a oportunidade de trabalhar na Maternidade Carmela Dutra (MCD) em Florianópolis [...]. Foi quando iniciei minhas atividades assistenciais em obstetrícia, cuidando de mulheres gestantes/parturientes e famílias, e também assumindo a chefia do setor do Centro Obstétrico (C.O.). [...] **sentia-me muito angustiada com as manifestações de medo, sofrimento, angustia e ansiedade que as mulheres demonstravam durante a evolução do trabalho de parto e do parto propriamente dito.** Comecei a perceber que a minha ansiedade não era gerada apenas pela sensação de “impotência” diante de algumas situações que eram e são consideradas “fisiológicas”, numa visão biologicista, mas também pela falta de conhecimento e habilidade técnica para acompanhar os períodos clínicos do parto. [...] Cabe ressaltar que **quando iniciei minhas atividades na MCD, não havia enfermeira obstétrica no serviço**, sendo a assistência, durante o processo do nascimento, desenvolvida por médicos obstetras e neonatologistas, parteiras e demais membros da equipe de enfermagem, enfermeiras generalistas e acadêmicos de medicina e de enfermagem. [...] Em 1993, fui admitida como professora auxiliar na Universidade Federal de Santa Catarina, através de concurso público para a área de Enfermagem Obstétrica.[...] **Em março de 1994 iniciei minhas atividades no HU da UFSC, como representante do Departamento de Enfermagem na Comissão Multiprofissional de Assessoria para a Implantação da Maternidade, [...] tendo como parceiras a profª. Maria de Fátima Mota Zampieri e a profª. Maria Emilia de Oliveira.** [...] Buscando conhecer outras experiências e propostas de atendimento à mulher, que pudessem ser

adaptadas na maternidade, visitei a maternidade do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, a maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, e a casa de Partos Nove Luas Lua Nova em Niterói. Ainda participei de eventos, entre eles, o II Encontro de Parto Humanizado em Campinas – São Paulo, pois cada vez mais me interessava por experiências e estudos relacionados com a humanização da assistência obstétrica. Neste período, **também participava, de forma esporádica, das reuniões da Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA)** [...]. O trabalho e a dedicação de todos os profissionais integrantes da comissão, possibilitaram em 24 de outubro de 1995 a abertura da Maternidade do HU [...]. Desde então, desenvolvo minhas atividades de Ensino, Pesquisa e Extensão nessa unidade. A maternidade procura atender o binômio mãe-filho dentro da filosofia preconizada, tornando-se uma geradora de mudanças na assistência e no ensino de obstetria, nas diversas áreas profissionais, possuindo como princípios norteadores da sua filosofia a **Humanização e Interdisciplinaridade**. (BRÜGGEMANN, 1998, p. 14-18 – grifos nossos).

A enfermeira e docente Maria de Fátima Mota Zampieri, mencionada acima, defendeu sua tese em 2006 tendo como tema a assistência humanizada no pré-natal. A pesquisadora é professora do Departamento de Enfermagem da UFSC desde 1994, onde também cursou o mestrado e o doutorado. Antes de ingressar na carreira docente, atuou como enfermeira no Hospital Colônia Santana, quando passou a defender a reforma psiquiátrica e a humanização da assistência psiquiátrica. Também trabalhou como enfermeira obstétrica na Maternidade Darcy Vargas exercendo o cargo de Supervisora e Chefe de Seção de Enfermagem, ocasião em que cursou a Especialização em Enfermagem Obstétrica, Perinatal e Obstetria Social na UNIVALI. Participou do “[...] comitê estadual de maternidade materna, da comissão municipal de atenção à saúde da mulher para implantação de protocolos nesta área, da capacitação de funcionários da rede hospitalar e da atenção básica, articulando o ensino, a extensão e a pesquisa” (ZAMPIERI, 2006, p. 3). Posteriormente, já como docente da UFSC, publicou em 2001 o livro “A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento” em coautoria com as professoras da UFSC Odaléa Maria Brüggemann e Maria Emília de Oliveira.

Toda esta bagagem pessoal e profissional direcionou meus estudos para a humanização e para a atenção à saúde da mulher, sobretudo no pré-natal, dois temas apaixonantes que transito como muita dedicação, procurando desvelá-los.

A constatação durante essas vivências da existência de um movimento no âmbito da saúde que **valorizava as relações interpessoais e os seres humanos** e contrapunha-se à massificação e homogeneização das pessoas, à compartimentalização dos saberes, à violência social e pessoal e à marginalização também contribuiu para que meus conhecimentos sobre este tema fosse aprofundados (ZAMPIERI, 2006, p. 3 – grifos nossos)

Esses trabalhos, principalmente os pioneiros, estabelecem um corte epistemológico pelo novo paradigma de atendimento ao parto e nascimento. Os sujeitos relatam momentos de transição acadêmica e profissional, da formação em nível de graduação em um “modelo tradicional” de assistência obstétrica à necessidade de incorporação de outro modelo, que “resgate” as relações intersubjetivas entre profissionais de saúde e a mãe gestante/parturiente. Essas trajetórias também convergem para a constituição de referenciais críticos ao “modelo tradicional” por meio de pesquisas sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal. Palavras como “mudança”, “resgate”, “transição”, “inovações” permeiam os textos analisados. Essa divisão que estabelece marcos de quais posições discursivas os sujeitos ocupavam antes de travarem contato com a humanização (ou práticas humanizadas) e depois da humanização, reflete-se na alteração de concepção de um conjunto de práticas obstétricas, criando por isso enclaves de determinação de um objeto de discurso e, ainda, forjando uma “vontade de saber” que serve para a constituição de conceitos abstratos e operativos. Essa transição está presente também na caracterização paradigmática que esses sujeitos visam constituir, o que, por conseguinte, lança conceitos, objetos e trajetórias dentro da reconfiguração de um novo lugar de fala que se materializa entre outros lugares nas disputas acadêmicas e profissionais sobre que “modelo” é mais adequado para o parto e nascimento e qual profissional pode realizar o melhor acompanhamento à mulher, ao bebê e à família.

2.3 MÉDICOS OBSTETRAS, ENFERMEIRAS-OBSTÉTRICAS, OBSTETRIZES E PARTEIRAS

É razoável na pesquisa brasileira sobre parto e nascimento, o número de estudos históricos sobre as transformações das competências dos diferentes profissionais envolvidos nessa assistência (ROHDEN, 2001; PROGIANTI, 2004; TORNQUIST, 2004; MARTINS, 2004, etc.). De certa forma, todas as teses e dissertações que estudamos dedicam parte de seus esforços para historicizar como os médicos assumem a posição central de hierarquia no serviço obstétrico nacional.

Nos estudos históricos nas teses e dissertações há um embate de discursos científicos, um tentando se afigurar como mais legítimo e correto do que o outro, tornando as lutas por transformação na obstetria em conflitos de definições, de atribuições de papéis das profissões envolvidas. Porém, historicamente, esses conflitos não se dão apenas entre médicos e as demais profissionais, mas também entre enfermeiras obstetras e obstetrizes, obstetrizes e parteiras sem formação, enfermeiras e parteiras sem formação. Ao tratar das relações entre profissões que realizam a assistência obstétrica, está em jogo qual o lugar de discurso que garante um tipo de conhecimento para que um determinado grupo ocupacional detenha o monopólio das atribuições de determinadas práticas (RODRIGUES, 2012). Nesse sentido, saber e poder atravessam o discurso sobre humanização, servindo para determinar qual ocupação detém a competência para uma assistência mais humanizada.

Em uma sintética descrição do sistema de posições que vigora na maioria das maternidades brasileiras, o médico obstetra possui prevalência sobre os profissionais não-médicos - enfermeiras obstétricas, obstetrizes e parteiras, com maior autoridade para responder pelo pré-natal e conduzir o planejamento de parto. Na grande maioria dos partos, o médico é responsável pela tomada de decisões na assistência, sendo atribuição da equipe de parto (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem e obstetrizes) realizar a vigilância do trabalho de parto sob sua supervisão (ele, por exemplo, define a prescrição de medicamentos e práticas). O médico conduz o processo no período expulsivo, estando presente e coordenando a atividade dos demais profissionais envolvidos. Posteriormente, o trabalho se divide entre dois tipos de médicos: o pediatra neonatologista examina o bebê e realiza os procedimentos que visam determinar a qualidade da saúde do neonato; e o obstetra assiste a mulher na dequitação da placenta, sutura a incisão da cesariana, e realiza os demais atos considerados necessários por ele.

Essa separação da atribuição dos médicos costuma demarcar também a separação da mãe de seu bebê nas primeiras horas pós-parto.

O discurso de humanização do parto, por sua vez, defende a retirada do protagonismo do médico, favorecendo a atuação de outro profissional - um profissional não-médico – nos partos normais de baixo risco. Esses partos normais de baixo risco são aqueles em que não há intercorrências no período pré-natal e no qual o trabalho de parto se inicia de maneira espontânea, entre a 37^a e a 42^a semana de gestação, em posição cefálica e que transcorre sem qualquer intercorrência (OMS, 1996). O texto “*Care in Normal Birth: a practical guide*”, editado pela OMS em 1996, denomina tais profissionais como “*caregiver*”, o que foi traduzido no Brasil como “prestador de serviços no parto normal”. O documento traduzido para o português e disponibilizado pela ABENFO (Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras) referencia esse profissional por enfermeira-parteira, em tradução ao termo “*midwife*” (literalmente, “parteira”) (OMS, 2009). No entanto, o documento original indica não ser necessária a formação em Enfermagem, mas um treinamento legitimado pelo governo, com habilidades para reconhecer o processo do pré-natal, parto e puerpério e para antecipar possíveis riscos em qualquer fase desse processo. A tradução de *midwife* por enfermeira-parteira em alguns trechos acompanha o que preconiza o Ministério da Saúde, uma vez que, a partir de 1998, autoriza que as enfermeiras obstétricas atendam partos de baixo risco.

O argumento da OMS, que já vinha sendo desenvolvido desde a Conferência de Fortaleza em 1985, é de que o médico obstetra é formado para intervir e a assistência ao parto de baixo risco exige, ao contrário, uma conduta expectante, que literalmente “assista” ao desenvolvimento do trabalho de parto pela mulher. Porém, quem é esse profissional não-médico no Brasil, esse *caregiver*? O documento da OMS é para nós um dispositivo para compreendermos as disputas históricas que permeiam a atividade de partejar no país. Diferente de outros países como Holanda, Inglaterra, França e Alemanha, o Brasil não têm consolidado na assistência ao parto a figura da parteira formada em curso específico de graduação e independente das instituições médicas. Portanto, o não-médico que pode significar “*midwife*” (parteira) ou “*midwifery*” (o ato de partejar, *parteria* – em espanhol) em vários países, no Brasil carece de tradução. Esse problema de tradução gera duas consequências: ou se traduz o termo por enfermeira-parteira/enfermeira obstétrica (o que é compatível em inglês com a expressão *nurse midwife*) ou simplesmente por “parteira” (o que significa mais de

uma ocupação - as parteiras sem formação de nível superior, as obstetrias e as enfermeiras obstétricas). O professor de Enfermagem Octavio Muniz da Costa Vargens comentou esse problema de tradução em entrevista para nossa dissertação. Importante ressaltar que se trata de um epistemólogo da Enfermagem, o que caracteriza algumas das posições assumidas por ele no discurso.

Vargens (entrevista): *Acho que nós traduzimos de forma inadequada o termo “midwife”. “Midwife”, “midwifery”, “midwives”, nós traduzimos mal porque nós traduzimos pura e simplesmente como parteira. Só que a expressão “parteira” no Brasil não significa a mesma coisa. “Parteira” no Brasil significa aquela parteira leiga, do Galba Araújo, aquela parteira leiga do interior, que não tem formação acadêmica, que não tem formação profissional. Também não é obstetria, porque a obstetria lá na Inglaterra tem uma formação diferente da obstetria daqui. Então, quando nós traduzimos o termo do inglês “midwifery”, “midwife”, para parteira aqui, pusemos todo mundo no mesmo saco, nós tiramos as identidades ou tentamos desqualificar, acabar com as identidades do que é ser uma enfermeira ou enfermeiro obstétrica, do que é ser parteira no Brasil e do que é ser obstetria – que era antigamente formada pela escola médica até a década de 1950 [...]. Mas essas escolas eram formadas por médicos, em uma lógica médica, para serem práticos e não acadêmicos. Era uma obstetria prática e não acadêmica.*

Essa situação exposta pelo professor remonta à história do desenvolvimento das profissões, em específico a partir do *corpus* que selecionamos, como a enfermagem obstétrica toma para si a tarefa de ser a profissão que substitui o médico nos partos de baixo risco e, através de sua prática, pode humanizar a assistência. A Enfermagem Obstétrica devolveria à prática da assistência obstétrica a humanização que os médicos não podem oferecer. Podemos trabalhar esse projeto profissional e acadêmico da Enfermagem Obstétrica para ocupar o espaço do “não-médico” no discurso de humanização em três aspectos: a) o movimento de humanização é resultado das lutas das mulheres por uma assistência ao parto “dignificante” e a Enfermagem é a única que dispõe de profissionais competentes e com amparo legal para atender essa demanda no Brasil (BRÜGGEMANN, 1998; PEREIRA, 2007; AZEVEDO, 2008); b) a Enfermagem é, ao lado da Saúde Pública, a área que tem trabalhado e conquistado legitimidade para epistemologizar o termo “humanização”, transformando essas práticas em conceitos operacionais para o exercício da atividade, formação de profissionais (ensino) e desenvolvimento de pesquisas (BRÜGGEMANN, 1998; PROGIANTI, 2013); c) é a Enfermagem, entre as atividades de pesquisa

na área de saúde, que mais tem desenvolvido trabalhos sobre a humanização do parto, constituindo a história da assistência obstétrica no Brasil em oposição à história realizada por médicos, o que, por conseguinte, posiciona os “monumentos”, os marcos importantes que opõe a “Medicina Obstétrica” e o “não-médico” -, no caso destas pesquisas, as enfermeiras obstétricas.

Para compreendermos melhor a questão, torna-se importante percorrermos rapidamente a história da disputa pela assistência ao parto no Brasil e de como cada um dos segmentos profissionais de saúde estrutura um discurso que legitima a assistência prestada às parturientes. A base que utilizamos para apresentar os fatos serve como uma orientação, tendo em vista que nossas fontes são textos que defendem a humanização do parto e nascimento e se referenciam ao passado e à profissão médica de forma crítica. Nos trabalhos que descrevemos, como os de Ratto (1996), Diniz (1997), Brüggemann (1998), Zampieri (2006) e Dias (2007), há uma divisão indicando que antes da entrada dos médicos no cenário do parto, o atendimento era realizado entre mulheres, com base na confiança e na atenção singularizada. Posteriormente, o atendimento desloca-se para o hospital, sob a tutela dos médicos (profissão associada ao masculino) e sem autonomia para as parturientes.

A chegada das parteiras reconhecidas pelo governo no Brasil ocorre em 1808, visto que elas integravam a comitiva da família real portuguesa (BRÜGGEMANN, 1998, p. 26). Em 1832, passa-se a promover uma formação para as parteiras junto às escolas de Medicina. As parteiras eram formadas para auxiliar o médico obstetra e trabalhar sob sua supervisão (BRÜGGEMANN, 1998, p. 27). Porém a atuação delas era relativamente livre e a fiscalização quase não ocorria (OSAVA; TANAKA, 1997, p. 102). O Decreto n^o 3.902 de 12 de janeiro de 1901, que regulamenta a atuação das faculdades de Medicina no país, estabelece que o curso de Obstetrícia, que concede aos seus formandos o título de parteira, têm duração de dois anos, tendo essa profissional em sua formação e entre suas atribuições o atendimento ao parto normal e a realização de pequenas intervenções obstétricas (BRASIL, 1901). Em 1923, seguindo uma tendência mundial, o governo institui a profissão da Enfermagem no Brasil, prática que já estava presente na assistência à saúde brasileira, com forte teor católico em suas origens.

Tendo esse quadro profissional estabelecido, desde o início do século XX, como nos relata Progianti (2004, p. 303), médicos obstetras, parteiras formadas e, posteriormente, as enfermeiras, trabalharam conjuntamente para excluir paulatinamente as parteiras não formadas da

assistência obstétrica. O que ganha maior evidência com a intervenção de Getúlio Vargas na regulação das profissões e na implantação de um novo modelo de assistência obstétrica no Brasil. Esse modelo, proposto originariamente pelo médico obstetra e então deputado federal Fernando de Magalhães, preconiza a hospitalização de todos os partos ocorridos no Brasil e o controle pelo médico do campo obstétrico e do corpo feminino. Esse modelo é paulatinamente implantado, tendo se tornado crescentemente hegemônico no Brasil após a Segunda Guerra Mundial. O quadro de conseqüências e influências é ricamente descrito por Progianti, tendo por objeto de observação a cidade do Rio de Janeiro da década de 1930 a 1950.

Este modelo, a partir de 1934, foi gradativamente ganhando terreno e tornando-se o vencedor em nosso meio. Esta proposta era politicamente muito forte, pois atendia a interesses de diferentes grupos, dentro e fora do campo obstétrico: ela aumentava a oferta de empregos públicos, não só para médicos, mas também para parteiras, enfermeiras e funcionários de todas as categorias, inclusive pessoal não qualificado; incrementava o volume de obras públicas, do gosto tanto das autoridades governamentais quanto dos donos de empreiteiras de engenharia; aumentava os lucros dos proprietários de hospitais; dava às mulheres o benefício do descanso de alguns dias de suas atividades domésticas; ensejava a prática do clientelismo pelos políticos, mediante o favorecimento na concessão de empregos, vagas para internação, consultas fora da fila, autorização de fornecimento de remédios e exames. Mas acima de tudo, esta proposta vinha ao encontro da política populista de Vargas que, de um lado, incentivava a proteção à maternidade e à infância e, de outro, prometia a construção de leitos hospitalares.

Este modelo tinha ainda o apoio da Igreja Católica, que diante dos temores da realização do aborto pelos médicos e parteiras, e de seu objetivo de controlar a sexualidade da mulher, era contrária também à prática liberal desses agentes. A enfermeira, quando defendia o hospital como local de realização do parto, deixava transparecer a ideologia médica/católica que assimilou durante a aquisição e renovação de seu *habitus*.

Na realidade, a enfermeira, além de aliada da Igreja, ao defender que o parto fosse realizado no hospital o fazia também em causa própria, porque este era o local em que

ela se encontrava melhor posicionada, embora com menos poderes que o médico, mas com mais poderes que a parteira (PROGIANTI, 2004, p. 304).

O avanço da hospitalização do parto e nascimento patrocinada pelas três profissões que impediram crescentemente a atuação das parteiras sem formação no atendimento domiciliar guarda disputas internas acirradas pelas atribuições da assistência ao parto. Em 1931, passa a ser aceita a formação de enfermeira com especialidade em obstetrícia para o exercício de parteira. Assim, a concessão do título de enfermeira e, mais tarde, de enfermeira obstétrica, pelas escolas de medicina provocou divergências das duas categorias (parteiras formadas – as obstetrizes – e as enfermeiras).

A concessão do título de “enfermeira” por escolas médicas provocou uma celeuma entre enfermeiras e parteiras, as primeiras reivindicando que o curso de enfermagem fosse colocado como pré-requisito para o curso de parto, em discordância com as parteiras, que defendiam que a enfermagem e a obstetrícia eram profissões afins, porém distintas, e que o curso de partos deveria permanecer sob a tutela médica. A denominação “obstetrix” também serviu para designar as egressas das escolas de obstetrícia vinculadas às escolas médicas, usada em lugar de “parteira” (OSAVA; TANAKA, 1997, p. 103).

A disputa pelo espaço autorizado de profissão auxiliar do médico obstetra nos partos normais avança ao longo dos anos 1940 e 1950. Com a regulamentação do ensino de Enfermagem desvinculado da escola médica, a Lei nº 775 de 1949 recomenda a adaptação dos cursos para parteiras como especialidade da Enfermagem. Conforme Riesco e Tsunehiro (2002, p. 450) até 1949 toda a formação em Enfermagem e para parteiras estava na legislação que regulamentava o ensino de Medicina. Com a nova legislação, as escolas de Enfermagem passam a reivindicar a formação superior em Enfermagem como obrigatória para o exercício da atividade de enfermeira obstétrica. Por sua vez, as obstetrizes defendem a formação nas escolas de medicina. Brüggemann (1998, p. 29-30) relata os debates que se seguiram, com cada categoria buscando regulamentar sua atividade e seu modo de formação como exclusiva. Foram aceitos os dois cursos em paralelo. Porém, em 1972, o Conselho Federal de Educação fixou o novo

currículo mínimo para o curso de “Enfermagem e Obstetrícia”, seguindo os rumos da reforma universitária iniciada em 1968 sob a tutela do regime militar. Essa reforma previa o fim de cursos duplicados, ou seja, cursos diferentes que atendessem a mesma finalidade. A Enfermagem venceu a disputa, e a estudante poderia se habilitar em Obstetrícia durante a graduação após cursar um tronco comum em Enfermagem¹⁰. Esse sistema de habilitação no interior da graduação permanece até 1994, quando as habilitações são excluídas e permanecem apenas sob a forma de uma pós-graduação *lato sensu*, situação que vigora para a especialização de enfermagem obstétrica de todo o Brasil até a atualidade.

O curso de Obstetrícia somente retorna em 2005, com uma graduação de quatro anos na Escola de Artes e Ciências Humanas da USP. Um dos argumentos que embasam o surgimento do novo curso é o grande número de cesarianas e a necessidade de humanização do parto no país. A abertura deste curso e a presença destas novas obstetrias geraram vários entraves junto às entidades de Enfermagem, como Coren-SP (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo) e o Cofen (Conselho Federal de Enfermagem). Isso porque as formadas não tinham qualquer entidade legitimada para o reconhecimento da categoria como profissão, o que, por via de decisão judicial, passou a ser feito pelo Cofen. Além do registro da obstetria (que tem formação de quatro anos específicos em obstetrícia) estar submetida ao Conselho de Enfermagem, o Cofen determina quais atividades essa profissional pode desempenhar e, todas elas, devem ter a supervisão de uma enfermeira obstétrica (com um ano de especialização em obstetrícia e com quatro anos de formação generalista em Enfermagem).

As disputas para definir qual seria a categoria mais apta para auxiliar o médico obstetra serviram para fortalecer a Enfermagem, porém, como expressam os trabalhos analisados, sem alterar a hierarquia que coloca o médico como o profissional que determina o modo de atendimento da grande maioria dos partos que ocorre no país. Essa situação justifica-se, primeiramente devido a um dado material: há poucas enfermeiras obstétricas no país¹¹. Segundo, devido à ideologia da

¹⁰ Essa reforma também beneficiou a Enfermagem na pós-graduação, com a criação do primeiro mestrado na Escola Anna Nery (UFRJ).

¹¹ Não encontramos dados oficiais sobre o número atual de enfermeiras obstétricas no país. Em 2007, a REHUNA indicou a existência de 6 mil enfermeiras obstétricas (AMORIM, 2010, p. 36). Em entrevista para nossa

profissão que configurou sua identidade no interior dos hospitais, gestando o cuidado e o regime disciplinar nele implicado.

Essa alteração na hierarquia está intrinsecamente relacionada à proposta de humanização do parto e nascimento pela Enfermagem. Mouta e Progianti (2009, p. 732) destacam o processo de inserção das enfermeiras obstétricas nas salas de parto do IMMFM a partir de 1988 como momento desencadeador da formação destas profissionais, para elas assumirem o atendimento às parturientes de baixo risco. Entre as atividades realizadas em parceria pelo governo municipal do Rio de Janeiro e a UERJ, como nos relatou Progianti (2013), estava a formação de enfermeiras obstétricas e a implantação dessa profissional na rotina do atendimento obstétrico de baixo risco em algumas instituições geridas pela Secretaria Municipal de Saúde.

A reativação da ABENFO (Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras) também teve papel influente na reorganização das enfermeiras e no processo de diálogo com o Ministério da Saúde. A ABENFO foi originária da Associação Brasileira de Obstetrias (ABO), “[...] fundada em 04 de agosto de 1954, congrega Obstetrias, Enfermeiras (os) Obstetras, habilitadas ou especialistas na área da Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. Ela é definida como uma entidade de direito privado, técnico científico, política e sem fins lucrativos” (MOUTA; PROGIANTI, 2013, p. 114). A ABENFO teve influências do movimento feminista, da reforma sanitária, da Lei nº 7.498/1986 (que regulamenta o exercício da Enfermagem), do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Sistema Único de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (MOUTA; PROGIANTI, 2013, p. 115). Além de integrar e reorganizar as enfermeiras obstétricas em torno de uma identidade, a ABENFO constituiu-se como entidade consultiva do Ministério da Saúde (AMORIM, 2010).

Juntamente com a REHUNA e a ABEN (Associação Brasileira de Enfermeiros), a ABENFO influenciou a inclusão, pelo Ministério da Saúde, do procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra” com remuneração específica na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), conforme Portaria nº 2.815 de 1998 (BRASIL, 1998). Esse reconhecimento do Ministério da Saúde foi acompanhado, nos anos seguintes, de patrocínio governamental para a formação de enfermeiras obstétricas, tendo a ABENFO, muitas vezes, como entidade participante

dissertação, Ruth Osava mencionou a estimativa de 5 mil enfermeiras obstétricas no Brasil.

(AMORIM, 2010). Outro fator importante de intervenção do governo em favor da atuação das enfermeiras foi o reconhecimento das Casas de Parto e/ ou dos Centros de Parto Normal como locais mais propícios para a atuação da enfermeira sem a tutela do médico obstetra.

O médico pediatra Paulo Vicente Bonilha de Almeida, atual coordenador geral da área técnica de saúde da criança e aleitamento materno e representante do Ministério da Saúde, em conferência no VIII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), enfatizou que o Ministério da Saúde posiciona-se do lado mais fraco, contra as corporações médicas. Considerou ainda as enfermeiras obstétricas como as profissionais mais importantes para a humanização do parto no país (BONILHA, 2012). Tais afirmações atestam a posição que o Ministério da Saúde toma desde 1998, o que demonstra uma política duradoura, de Estado mais que de governo, para alterar as práticas na assistência obstétrica e neonatal.

Mesmo com ações pontuais e importantes e com o apoio do Ministério da Saúde, podemos afirmar que o número de enfermeiras obstétricas não cresceu com a mesma dimensão do que a necessidade impinge. As casas de parto, por seu turno, tiveram uma disseminação tímida, em muito devido às resistências das entidades médicas (como a Febrasgo – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia -, os conselhos estaduais e o Conselho Federal de Medicina) e por questões culturais dos gestores públicos. A tese de Pereira (2007) e a dissertação de Azevedo (2008) destacam as dificuldades que as enfermeiras obstétricas enfrentaram para fundar e manter em funcionamento a Casa de Parto David Capistrano Filho no Rio de Janeiro. Pereira (2007) trata da luta das enfermeiras contra a hegemonia dos médicos obstetras. Por sua vez Azevedo (2008) é um exemplo de como os trabalhos de enfermagem consideram a oposição entre enfermeiras obstétricas e médicos obstetras.

A orientação do cuidado [na Casa de Parto David Capistrano Filho] é pautada nos valores desse grupo, cujo capital cultural respeita a fisiologia do parto e a autonomia da mulher, diferente do capital cultural dos médicos, cuja história é marcada pelo reconhecimento da hegemonia da categoria, entendido como principal agente da prática e do conhecimento.

Uma evidência desse comportamento pode ser percebida no campo da saúde, no qual as enfermeiras obstétricas, como defensoras do modelo desmedicalizado ao parto e ao nascimento, mantêm como estratégia de luta a

diferenciação do cuidado no campo obstétrico. Como oponentes delas estão os médicos obstetras, defensores do paradigma tecnocrático invasivo (AZEVEDO, 2008, p. 37).

A atuação de enfermeiras nas casas de parto também representa para categoria uma dissociação do espaço hospitalar no qual o atendimento ao parto é convencionalmente realizado. Não se trata de um retorno para o domicílio, mas de um espaço intermediário no qual a enfermeira obstétrica dispõe do que é considerado necessário para a realização de um parto normal, com espaços que simulam o ambiente domiciliar e que podem ser adaptados a intervenção e estetização por parte das pacientes e de seus familiares. Os centros mantêm algumas das relações de controle e registro próprios de um hospital, porém sem o aceleração que é peculiar ao ambiente das maternidades. Esses espaços preconizam ainda o parto fisiológico, sem uso de fármacos e sem intervenções cirúrgicas de qualquer natureza – como a episiotomia de rotina.

Além do trabalho das enfermeiras nos Centros de Parto Normal, as pesquisadoras projetam a transformação do ambiente hospitalar pelas enfermeiras obstétricas. São elas as consideradas mais aptas para transformar as formas de cuidado, preconizando a humanização do atendimento pré-natal (ZAMPIERI, 2006), de trabalho de parto e parto (BRÜGGEMANN, 1998; LESSA, 2012; GOMES, 2012). A experiência junto às maternidades consideradas modelos de humanização como a Leila Diniz no Rio de Janeiro (RATTO, 1997; DIAS, 2005) e o Hospital Universitário da UFSC em Florianópolis (BRÜGGEMANN, 1998; ZAMPIERI, 2006) fazem com que tanto médicos envolvidos na humanização (Dias, Diniz e Ratto) quanto enfermeiras (Osava, Brüggemann, Zampieri, Pereira, Azevedo, Gomes e Lesa) reconheçam os elementos da humanização às características potenciais da profissão de Enfermagem Obstétrica.

Trata-se, portanto, de um movimento profissional chancelado por políticas públicas governamentais que visa ocupar o centro cirúrgico dos hospitais para a redução das intervenções médicas, retirada do médico obstetra da condução dos partos normais, bem como a criação de espaços alternativos aos hospitais-maternidade, em que os discursos das profissões de médico e de enfermeira já estão cristalizados em posições que se materializam em códigos e práticas que privilegiam a hierarquia médica. Nesse sentido, a Enfermagem assume o discurso de humanização como discurso da profissão, como aquele profissional mais

habilitado para substituir outro que perdeu as condições de altruísmo preconizadas para o atendimento de uma necessidade social (RODRIGUES, 2002). Para Brüggemann (1998), a enfermeira obstétrica é a profissional que potencialmente pode melhorar a qualidade do atendimento do trabalho de parto e parto. Para a médica Simone Grilo Diniz, as enfermeiras obstétricas se encontram diante de uma conjuntura favorável para ocupar um espaço profissional.

Estas profissionais têm sido muito valorizadas no novo modelo proposto, e encontram na atual conjuntura uma rica oportunidade de ocupação de um espaço profissional, antes relativamente restrito aos médicos. Esta revitalização da profissão de enfermeira obstetra se reflete também em sua organização como categoria, através da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras *sic* [Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras] (ABENFO) (DINIZ, 2001, p. 16-17).

Esse processo de disputa entre médicos e enfermeiros não é pacífica. Lessa (2012, p. 24-26), tratando do contexto carioca, destaca que estava prevista a construção de mais duas casas de parto no Rio de Janeiro além da Casa de Parto David Capistrano Filho, inaugurada em 2003, mas que não foram adiante por impedimento do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ). A Casa de Parto David Capistrano Filho chegou a ser fechada em 2009 após denúncia do CREMERJ junto à vigilância sanitária, o que foi revertido após manifestação de mulheres defensoras da causa. Os médicos se opõem à autonomia das enfermeiras obstétricas na administração da casa de parto, questionando essa situação junto ao Ministério Público do Rio de Janeiro. Em 2007, após reportagem de um jornal sobre parto domiciliar, o CREMERJ passou a recomendar aos médicos não assistirem ou participarem de suporte a partos domiciliares planejados, mediante ameaça de processo ético-administrativo (LESSA, 2012, p. 30). Situação similar ocorreu em 2012, quando, devido a uma reportagem de uma revista eletrônica televisiva, o CREMERJ também previu a punição dos médicos que acompanhassem partos em casa e ainda impedia a entrada de parteiras e doulas nos partos hospitalares. Essa proposta também estabelecia a obrigação dos profissionais notificarem ao Conselho os casos de pacientes encaminhadas a hospitais após partos domiciliares. O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

(COREN-RJ) impetrou uma ação civil pública contra a decisão da entidade médica e recebeu parecer favorável do Ministério Público.

Esse assédio ao espaço até então exclusivamente ocupado pelo médico revela que o discurso pela humanização do parto e nascimento trabalha para desconstituir o lugar médico da cena do parto. Isso não significa, porém, que a humanização não esteja entre os atributos qualitativos que a Medicina – e, por conseguinte, os médicos obstetras – dá a si. Devido a uma concepção diferenciada de parto e do que é melhor para mãe e para o bebê (como trataremos no próximo capítulo), os médicos apontam como humanizado dispor de toda a tecnologia e de todas as possibilidades de intervenção para salvaguardar ambos de possíveis riscos. Nesse discurso, defende-se que o hospital-maternidade é o lugar mais adequado para a mulher parir sob o argumento de segurança, a fim de se evitar possíveis contaminações devido às práticas de assepsia rotineiras. Outro argumento, no hospital os médicos dispõem de instrumentos para a retirada cirúrgica de bebês tanto por via baixa (vaginal) quanto pela alta (cesariana), fármacos utilizados para acelerar o trabalho de parto e para reduzir a dor e todos os instrumentos para o acompanhamento da saúde da mãe e do bebê no pré-natal e no parto. Ainda, o médico retirou o amadorismo no atendimento ao parto, substituindo com formação e especialização os práticos tais como as parteiras e os cirurgiões barbeiros. Também foi a Medicina e seu modelo de assistência que oportunizaram os exames laboratoriais, as possibilidades de ultrassonografias, a detecção prévia de má-formação e possíveis problemas de saúde, etc. O resultado disso foi a redução drástica (ainda que o país não tenha atingido os níveis recomendados atualmente pela OMS) dos índices de mortalidade infantil e materna no país desde os anos 1950.

Essa melhoria nos índices está associada também com o aumento de médicos e de postos de atendimento médico no país. Mesmo que mal distribuídos geograficamente, como informa o estudo “Demografia Médica no Brasil”, promovido pelo Conselho Federal de Medicina, os médicos passaram de 400 mil (2 por cada mil habitantes), dos quais mais de 25 mil têm a especialidade em Ginecologia e Obstetrícia (CFM, 2013). Outro dado importante é a feminilização da categoria, sendo que na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia a quantidade de mulheres hoje supera a de homens (50,53% e 49,47%, respectivamente) (CFM, 2013, p. 149).

As entidades médicas do Brasil também declaram sua preocupação com o aumento abusivo no número de cesáreas. O CFM mantém uma comissão de Parto Normal em parceria com a ANS

(Agência Nacional de Saúde Suplementar) visando reconhecer quais as maiores dificuldades da categoria para reduzir o número de cesáreas, que no país é de 52% e no setor privado chega a 80%. Entre os fatores apontados pelo Conselho estão as péssimas condições de trabalho enfrentadas pelos médicos, a baixa remuneração paga tanto pelo Ministério da Saúde como pelos planos de saúde. Contudo, o parto normal pode levar até 10 horas, não ter horário para começar nem terminar. O excesso de trabalho e de compromissos, a quantidade de pacientes sob sua responsabilidade em um mesmo turno, bem como as jornadas de trabalho tornam impraticáveis esse acompanhamento na visão destes profissionais. O investimento em parto normal requer a contratação de mais profissionais de saúde, com incentivos que tornem viável a permanência de médicos nas cidades com menos de 50 mil habitantes e do interior do país, o que inclui o estabelecimento de planos de carreira.

O argumento presente nas teses e dissertações é de que os médicos não têm formação para não intervir em um parto normal. Essa situação é corroborada pelo modo de formação dos médicos, ainda muito centralizado na especialidade e na doença e menos na promoção da saúde e na visão da integralidade do sujeito (LAMPERT, 2002, p. 23). Mesmo Lampert (2002, p. 63) indicando que há a necessidade de uma mudança no modo de organização da formação dos médicos (com a transição do modelo flexneriano – fragmentado - para o da integralidade), na visão das pesquisadoras que estudamos a mudança necessária na assistência ao parto normal requer a retirada do médico. O médico seria desnecessário, pois o ato de assistir a um parto sem realizar qualquer procedimento não estaria no modo de ser do médico, em sua constituição como profissão.

Segundo a OMS, diferentemente do que ocorre na América Latina, onde se supõe que as funções da enfermeira-parteira podem ser realizadas pelo médico, ao médico obstetra cabe a assistência de alta complexidade, sendo este o profissional competente para fazer a cesariana. “Devido a seu treinamento e atitude profissional [do médico obstetra], podem ser mais propensos- na verdade, freqüentemente são forçados a isso pelas circunstâncias- a intervir mais freqüentemente do que enfermeiras-parteias” (OMS, 2009, p. 11). Nesse aspecto, o não-médico seria o profissional mais apto para “devolver” o protagonismo à mulher, permitindo-lhe a estética possibilitada por esse momento único em sua vida. Esse protagonismo ocorre em um parto desmedicalizado, com a tecnologia apropriada, com respeito ao tempo do corpo e no

espaço que a mulher preferir (no hospital, no centro de parto normal ou no domicílio).

Porém, essa mudança de assistência não romperia no todo com a Medicina e o conhecimento acumulado por ela. Brüggemann (1998) explica que a Enfermagem seria a profissão mais apta para atender no modelo humanizado porque consegue recuperar a essência das relações femininas – própria do atendimento das antigas parteiras -, mas sem perder de vista os avanços tecnológicos e de conhecimento proporcionados pela Medicina. A humanização tomaria o que há de melhor nos dois modelos precedentes e a enfermeira obstétrica reuniria as capacidades profissionais ideais para executá-la. Davis-Floyd (2001) tem opinião similar ao explicar que a humanização pretende apropriar-se do que há de melhor no modelo tecnocrático (próprio da Obstetria hegemônica) e do modelo holístico (resultado de concepções mais espiritualizadas, psicológicas e metafísicas).

In the United States and elsewhere, the excesses of technomedicine have long been the subject of heated discussion and debate. Humanism arose in reaction to these excesses as an effort driven by nurses and physicians working within the medical system to reform it from the inside. Humanists wish simply to humanize technomedicine—that is, to make it relational, partnership-oriented, individually responsive, and compassionate. This caring, commonsensical approach is garnering wide international appreciation and support. Clearly less radical than holism, clearly more loving than technomedicine, this humanistic paradigm has the most potential to open the technocratic system, from the inside, to the possibility of widespread reform.

Nesse jogo de estratégias de discurso, a academia assume a ponteira na formulação de conceitos que possam instruir a prática, legitimá-la e transformá-la, procurando dotar de cientificidade esse processo de ocupação do lugar não-médico evidenciado pela OMS e assumido no Brasil pelas enfermeiras obstétricas. Uma profissão consegue se estabelecer como legítima para satisfazer uma necessidade social atribuindo a questões práticas do seu saber-fazer os conhecimentos acumulados nas instâncias formais que lhes servem de base. Essa aplicação de conceitos esotéricos na prática profissional permite certo controle sobre seu trabalho e a possibilidade, que para nós é interessante perceber, de ocupação e um espaço discursivo

materializado na prática hospitalar preconizada pela humanização da assistência ao parto e nascimento. Trata-se do que Freidson (1996, p. 1) estabelece como profissionalismo.

A criação, a exposição e a aplicação de corpos de conhecimento são vistas como um empreendimento de ocupações que lutam por controlar seu trabalho. O profissionalismo é definido por meio das circunstâncias típico-ideais que fornecem aos trabalhadores munidos de conhecimento os recursos através dos quais eles podem controlar seu próprio trabalho, tornando-se, desse modo, aptos a criar e a aplicar aos assuntos humanos o discurso, a disciplina ou o campo particular sobre os quais têm jurisdição.

A busca por conceitos que expliquem o modo como os profissionais de Enfermagem Obstétrica trabalham (ou devem tipicamente o fazer) e a adequação que se permitem configurar para responder ao que as “evidências científicas” oferecem como mais adequado ao atendimento ao parto normal visam justificar uma jurisdição ainda não conquistada. Trata-se de um embate de conhecimento e poder político que somente a Enfermagem (dentre as profissões não-médicas) na atual conjuntura tem condições de fazer. As pesquisas procuram comprovar que o atendimento das enfermeiras obstétricas é melhor do que a prestada pelos médicos. Assim, uma área com pós-graduação consolidada, com grupos de pesquisa específicos sobre o ciclo gravídico puerperal, com pesquisadoras de destaque e realizando pesquisas de interesse nacional e local demonstra maior institucionalidade para conquistar essa jurisdição. Reconstituir os movimentos do discurso de humanização na academia passa também por esses interesses corporativos, de luta por legitimação de si e deslegitimação dos outros. Nessas teias, percebemos as nuances das articulações de saber e poder nos modelos de assistência à saúde das gestantes e dos neonatos.

CAPÍTULO 3

OS OBJETOS DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Em que aspectos o parto, o nascimento e a assistência obstétrica são transformados e delimitados pelo discurso de humanização? Esta questão orienta a realização deste capítulo, cujo enfoque é a **formação dos objetos do discurso**. Para compreendermos como o ciclo gravídico-puerperal e o nascimento tornam-se objeto do discurso de humanização, subdividimos a estudo em três segmentos. Primeiro realizamos uma abordagem qualitativa e quantitativa utilizando os resumos das teses e dissertações como referência para averiguar que temas relacionados à assistência obstétrica e neonatal estão circunscritos ao discurso de humanização. Posteriormente, pesquisamos quais são as referências históricas do movimento de humanização do parto e nascimento tomando por base as narrativas desenvolvidas nos trabalhos estudados. No terceiro eixo de análise centramos atenção ao modo como o parto, o nascimento e a assistência obstétrica e perinatal são descritos nas teses e dissertações, quais concepções, características, atributos são utilizados pelas pesquisadoras para qualificar esses objetos sob o arcabouço da humanização.

3.1 O QUE SE PESQUISA QUANDO O ASSUNTO É HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Diante de toda a produção sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras, tivemos por tarefa expressar quais os temas mais recorrentes quando se pesquisa a humanização. Para realizar esse intento, classificamos os 379 resumos das teses e dissertações em dois eixos, subdivididos em categorias temáticas. O primeiro esforço de classificação dirigiu-se para a parte da assistência obstétrica e neonatal evidenciada por cada estudo: (a) aborto; (b) pré-natal; (c) parto (trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, incluindo diferentes modalidades de parto, como cesariana, normal, hospitalar, domiciliar, etc.); (d) puerpério e amamentação; (e) saúde da mulher (doenças sexualmente transmissíveis no ciclo gravídico-puerperal, diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da

gestação, infecção puerperal, etc.)¹², (f) saúde do recém-nascido (prematuridade, doenças, etc.); (g) acompanhante (todas as pessoas que acompanham e participam do ciclo gravídico-puerperal e de nascimento - pai, família, doulas¹³ -, exceto a mãe e os profissionais de saúde.); (h) morbimortalidade materna e neonatal; (i) ciclo vital (para os trabalhos que abrangem o ciclo gravídico-puerperal e o nascimento).

O segundo eixo, que forma uma matriz com o primeiro, compõe-se de trabalhos com ênfase nos seguintes aspectos:

(a) educação em saúde: grupos de acompanhamento e preparação da gestação/parto/nascimento;

(b) gestão institucional: ênfase na administração de instituição específica - rotinas e organização de maternidades, gestão da qualidade, participação dos usuários na gestão, implantação de programas de saúde;

(c) percepções dos sujeitos: o enfoque é na vivência, opinião, representações sociais de gestantes, parturientes, mães, pais, profissionais de saúde sobre algum aspecto do ciclo gravídico-puerperal e do nascimento;

(d) políticas públicas: as políticas de saúde do governo federal, estadual ou municipal sobre assistência obstétrica e neonatal, em especial sua implantação;

(e) procedimentos: técnicas e tecnologias utilizadas no parto e nascimento, como o uso do partograma, episiotomia, ventilação mecânica no neonato, etc.;

(f) profissão: formação profissional, delineamento do conhecimento e de práticas de profissionais de saúde, com abordagens que procuram demarcar características de certas profissões e

¹² Observa-se que nos trabalhos em que há sobreposição desta categoria com as anteriores - principalmente a de pré-natal - optamos pela classificação "saúde da mulher", tendo em vista que o aspecto saúde/doença torna-se preponderante nas abordagens.

¹³ Doula é a uma mulher que acompanha a família durante a gestação, o parto e o puerpério, prestando informações e apoiando física e emocionalmente a mãe e o pai do bebê. É uma ocupação reconhecida nacional e internacionalmente. No Brasil, atividade de doula está inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) juntamente com outras atividades que se enquadram como "Tecnólogos e Técnicos em Terapias Complementares e Estéticas". A Associação Nacional de Doulas (ANDDO) e o Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA) são algumas das organizações que promovem cursos de formação e defendem a inserção da doula na assistência à saúde materna. No âmbito internacional, a DONA Internacional, formada em 1992, é a primeira associação de doulas do mundo.

profissionais, como: enfermagem obstétrica, obstetrícia, neonatologia, parteiras;

(g) revisão conceitual e histórica: teses e dissertações que realizam históricos da assistência obstétrica e neonatal, conceituam a humanização do parto e nascimento e/ou revisam a literatura sobre o assunto;

(h) outros.

Essa separação em eixos¹⁴ possibilitou o desenho de um quadro temático do que vem sendo produzido em teses e dissertações no Brasil sobre humanização do parto e nascimento. Por exemplo, a dissertação “Assistência de enfermagem humanizada ao recém-nascido - uma proposta educativa baseada em Paulo Freire” (MEURER, 1998), de acordo com o eixo um, está classificada pelo tema “saúde do recém-nascido” e no eixo dois pelo tema “educação em saúde”. Para a identificação do quê tratam os 379 trabalhos selecionados, as categorias dispostas permitem nove classificações no eixo um e oito no eixo dois, bem como 72 combinações possíveis entre os eixos.

O eixo um apresenta 120 trabalhos sobre parto que trazem a palavra humanização (e suas correlatas), 76 sobre saúde do recém-nascido e 55 pré-natal (ver dados na tabela 9). Proporcionalmente, 46% dos pesquisadores homens (10% da amostra) pesquisam sobre parto. Por sua vez, 20,3% das mulheres pesquisam sobre recém-nascidos (apenas 8% entre elas). Somente mulheres pesquisam sobre morbimortalidade e saúde da mulher mencionando humanização em seus resumos, palavras-chaves e ou títulos.

¹⁴ Para chegar a esta classificação nos dois eixos, elencamos algumas temáticas prévias que permeavam um estudo superficial do *corpus*. De partida, tínhamos a necessidade em separar os trabalhos frente às dimensões fisiológicas que compõem a temática em estudo. Por exemplo, no eixo um, havia anteriormente uma categoria chamada “doenças maternas e do recém-nascido”, que, na análise posterior foi dividida em “saúde da mulher” e “saúde do recém-nascido”. Por sua vez, no eixo dois, a classificação prévia não trazia as categorias “percepções dos sujeitos” e “políticas públicas”, o que foi devidamente corrigido tão logo a análise detida teve início. Houve, inclusive, categorias que perderam o sentido diante da pouca expressividade de trabalhos, caso de “movimentos sociais”.

Tabela 9: Incidência das categorias do eixo “UM” com a variável sexo

	Feminino	Masculino	Total
Aborto	07 (2%)	01 (2,7%)	08 (2,1%)
Acompanhante	21 (6,1%)	02 (5,4%)	23 (6%)
Ciclo Vital	39 (11,4%)	06 (16,2%)	45 (11,9%)
Morbimortalidade Materna e Neonatal	13 (3,8%)	00	13 (3,4%)
Parto	103 (30,1%)	17 (46%)	120 (31,7%)
Pré-Natal	49 (14,3%)	06 (16,2%)	55 (14,5%)
Puerpério e Amamentação	14 (4,1%)	02 (5,4%)	16 (4,2%)
Saúde da Mulher	23 (6,7%)	00	23 (6%)
Saúde do Recém-Nascido	73 (21,3%)	03 (8,1%)	76 (20%)
Total	342 (100%)	37 (100%)	379

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.

Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

É possível identificar ainda em que locais cada tema tem maior evidência. O aborto recebe mais estudos na UFBA (três trabalhos de um total de oito). Por sua vez, o curso de Enfermagem da UFRN concentra cinco das 23 pesquisas sobre acompanhantes (detalhes na tabela 10). O curso de Saúde Pública da Fiocruz (com grande percentual de dissertações resultantes de mestrado profissional) traz a maior incidência de investigações sobre o ciclo vital. Os programas de pós-graduação em Enfermagem da UFSC, da UFRJ, da UERJ e da USP são os que mais tematizam o parto, com destaque para o curso de Enfermagem da UERJ. Vale mencionar que esses cursos são os principais centros de referência em produção de teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento no país, juntamente com a Fiocruz.

Sobre Pré-Natal, o curso de Enfermagem da UFC tem maior representatividade. Quando o tema é saúde do recém-nascido, o programa de Saúde da Mulher e da Criança da Fiocruz produziu um terço de todos os trabalhos que trazem relação com humanização. Por fim, ressalta-se que nenhuma instituição pode ser considerada centro de

referência quanto à produção nas categorias temáticas morbimortalidade materna e neonatal, puerpério e amamentação e saúde da mulher utilizando a concepção de humanização.

Tabela 10 – Distribuição por tema do eixo “UM” nos principais programas de pós-graduação

	Aborto	Acompa- nhante	Puerpério e amamentação	Saúde da Mulher	Ciclo Vital	Morbimor- talidade Materna e Neonatal	Parto	Pré-Natal	Saúde do RN
Enfermagem (UFSC)	02	01	01	02	03	00	06	03	05
Enfermagem (UFRJ)	01	01	01	01	04	00	08	01	04
Enfermagem (UERJ)	01	00	00	01	02	00	12	01	02
Enfermagem (USP)	01	02	00	01	01	00	05	02	02
Saúde da Mulher e da Criança (FIOCRUZ)	00	00	01	01	00	01	03	00	08
Enfermagem (UFC)	00	01	00	02	00	00	03	04	03
Enfermagem em Saúde Pública (USP RP)	00	01	02	00	01	00	03	02	03
Saúde Pública (FIOCRUZ)	00	00	00	01	05	01	01	03	01
Enfermagem (UFRGS)	00	02	00	01	01	01	03	02	00
Enfermagem (UFRN)	00	05	01	00	01	00	01	01	01
Enfermagem (UFMG)	00	01	00	01	00	00	02	00	04

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.

Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Excetuando morbimortalidade materna e neonatal (cuja maior produção está na área de avaliação Saúde Coletiva), a Enfermagem é a área que apresenta mais frequências em todas as categorias temáticas do eixo um, mantendo, inclusive, mais da metade da produção nas categorias aborto, acompanhante, parto, puerpério e amamentação e saúde da mulher. A área de avaliação Saúde Coletiva apresenta produção significativa em parto (19 de 120) pré-natal (15 de 55) e saúde do recém-nascido (12 de 76). A Psicologia e a Medicina produzem mais

sobre saúde do recém-nascido (11 e 10 respectivamente). Por fim, destaca-se que os quatro trabalhos de Sociologia selecionados são sobre parto.

As cientistas que mais produzem sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal orientaram teses e dissertações principalmente na categoria parto. Jane Márcia Progianti (da pós-graduação em Enfermagem da UERJ) teve nove de seus 10 orientandos produzindo nesta temática, o que representa também 75% dos trabalhos sobre parto e humanização da UERJ. Metade (de seis orientações cada) dos trabalhos orientados por Maria Aparecida Vasconcelos Moura e Maria Antonieta Rubio Tyrrel, do programa de Enfermagem da UFRJ, também focam o parto. Se somarmos as orientações destas duas cientistas às de Ivis Emília de Oliveira Souza (duas orientações) temos o total de trabalhos sobre parto e humanização no programa de Enfermagem da UFRJ. Rosineide Santana de Brito orientou quatro dos cinco trabalhos de Enfermagem da UFRN sobre acompanhante, o que a coloca como a principal orientadora no país quando da associação desta temática à humanização do parto e nascimento.

No eixo dois, os temas mais abordados pelas pesquisadoras correspondem a quatro categorias: 36% das teses e dissertações são sobre as percepções dos sujeitos, 19% sobre políticas públicas, 15% discutem profissão e 13% procedimentos da atenção ao parto e nascimento (Tabela 11). Considerando a variável sexo, a categoria políticas públicas prepondera na produção masculina (35%), enquanto percepções dos sujeitos é a categoria sobressalente nas investigações das pesquisadoras (37%).

Tabela 11 – Incidência das categorias do eixo “DOIS” com variável sexo

	Feminino	Masculino	Total
Educação	13 (3,8%)	02 (5,4%)	15 (4%)
Gestão Institucional	21 (6,1%)	04 (10,8%)	25 (6,6%)
Percepções dos Sujeitos	127 (37,1%)	08 (21,6%)	135 (35,6%)
Políticas Públicas	60 (17,5%)	13 (35,1%)	73 (19,3%)
Procedimentos	47 (13,7%)	03 (8,1%)	50 (13,2%)
Profissão	53 (15,5%)	03 (8,1%)	56 (14,8%)
Revisão Conceitual e Histórica	13 (3,8%)	03 (8,1%)	16 (4,2%)
Outros	07 (2%)	01 (2,7%)	08 (2,1%)
Total	342	37	379

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Educação em saúde, gestão institucional, procedimentos e revisão conceitual e histórica são categorias que se encontram dispersas entre os principais centros de pesquisa sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal. As teses e dissertações classificadas em “percepções dos sujeitos” estão bem distribuídas nos programas de referência, constituindo a principal estratégia de pesquisa para avaliar serviços de atenção ao ciclo gravídico-puerperal e ao nascimento. As abordagens profissionais localizam-se apenas nos programas da área de Enfermagem, com ênfase na UERJ e na UFRJ. E o tema de políticas públicas está mais presente nas produções de Saúde Pública da Fiocruz.

Tabela 12 – Distribuição por tema do Eixo “DOIS” nos principais programas de pós-graduação

	Educação em Saúde	Gestão Institucional	Percepções dos Sujeitos	Políticas Públicas	Procedimentos	Profissão	Revisão Conceitual e Histórica	Outros
Enfermagem (UFSC)	04	00	09	01	04	02	03	00
Enfermagem (UFRJ)	00	00	12	03	00	06	00	00
Enfermagem (UERJ)	01	02	03	00	02	09	03	00
Enfermagem (USP)	01	01	06	01	01	03	00	01
Saúde da Mulher e da Criança (FIOCRUZ)	00	02	07	02	02	00	01	00
Enfermagem (UFC)	01	00	01	01	04	05	00	01
Enfermagem em Saúde Pública (USP_RP)	01	00	01	00	05	05	00	00
Saúde Pública (FIOCRUZ)	00	01	04	07	00	00	00	00
Enfermagem (UFRGS)	01	00	04	01	01	02	01	00
Enfermagem (UFRN)	00	00	09	00	00	01	00	00
Enfermagem (UFMG)	00	01	06	01	01	00	00	00

Fonte: CAPES. Banco de Teses. Brasília: CAPES/MEC, 2013.

Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

No eixo dois, a maior parte dos trabalhos orientados pelas principais cientistas segue a tendência geral de focar as percepções de mulheres, famílias e profissionais de saúde sobre aspectos da assistência obstétrica e neonatal. O diferencial é a categoria profissão, presente em metade das dissertações orientadas por Jane Márcia Progianti da UERJ (cinco de 10), nas quais se problematiza a atuação da enfermeira obstetra na assistência.

Para consolidar as relações entre categorias, realizamos o cruzamento dos eixos um e dois (ver tabela 13), perscrutando zonas de concentração de produção em 72 classificações possíveis, o que, em enquadramentos, revela uma especificidade muito grande de determinados programas e pesquisadoras. Como era de se esperar, o cruzamento com maior incidência foi parto X percepções dos sujeitos, com 36 trabalhos. Em seguida, temos saúde do recém-nascido X percepções dos sujeitos, com 30 pesquisas. Parto X profissão têm 25 ocorrências, pré-natal X políticas públicas 22 e parto X procedimentos 21. Notamos na tabela abaixo que nos trabalhos sobre profissão, todos de Enfermagem, os temas em destaque são o parto e os cuidados com o recém-nascido, o que denota conflitos das enfermeiras obstétricas com médicos obstetras e das enfermeiras neonatais com pediatras, aspectos que justificam ainda mais nossa abordagem realizada no capítulo anterior. Outra característica pertinente possibilitada por esse cruzamento, quando o tema é políticas públicas o foco passa a ser o pré-natal, evidenciando que a academia apreende a atuação do governo muito mais nesse segmento do que nos demais. Outro dado relevante, quase a totalidade dos trabalhos conceituais e históricos tem o parto como objeto de pesquisa.

Tabela 13 – Distribuição por categoria com cruzamento dos eixos UM e DOIS (destaque para as 10 mais incidentes)

	Educação em Saúde	Percepções dos Sujeitos	Políticas Públicas	Procedimentos	Profissão	Revisão Conceitual e Histórica	Gestão Institucional	Outros
Aborto	00	06	00	01	01	00	00	00
Acompanhante	01	19	00	00	00	00	03	00
Ciclo Vital	01	09	16	01	07	01	06	04
Morbimortalidade Materna e Neonatal	00	04	08	00	01	00	00	00
Parto	01	36	11	21	25	14	11	01
Pré-Natal	06	15	22	07	04	00	00	01
Puerpério e Amamentação	02	06	03	04	00	00	01	00
Saúde da Mulher	00	10	03	03	03	00	01	02

Tabela 13 – Distribuição por categoria com cruzamento dos eixos UM e DOIS (destaque para as 10 mais incidentes) (continuação)

	Educação em Saúde	Percepções dos Sujeitos	Políticas Públicas	Procedimentos	Profissão	Revisão Conceitual e Histórica	Gestão Institucional	Outros
Saúde do R.N.	04	30	10	13	15	01	03	00

Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.
Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

Retornando a análise da tabela acima, tomando como referência o eixo um, aborto, acompanhante, parto, puerpério e amamentação, saúde da mulher e saúde do recém-nascido combinam mais com a categoria percepções dos sujeitos. Ciclo vital, morbimortalidade materna e neonatal e pré-natal estão mais conjugadas à categoria políticas públicas. Por sua vez, sob a base do eixo 2, as pesquisas que analisam gestão institucional, percepções dos sujeitos, procedimentos, profissão e revisão histórica e conceitual o fazem sob o estudo do parto. Políticas públicas e educação são categorias alinhavadas ao pré-natal e a categoria “outros” vincula-se ao ciclo vital.

Ao estabelecer a classificação em 72 modalidades junto aos principais cursos e pesquisadoras, nota-se que o programa de Enfermagem da UFSC tem uma dispersão de pesquisa, não apresentando mais do que dois trabalhos por categoria. Essa é a mesma situação dos programas da UFC, UFRGS, USP_RP e UFMG. O programa de Enfermagem da USP também não apresenta concentração de pesquisa em uma das 72 categorias possíveis, sendo a maior incidência três trabalhos na categoria parto X percepções dos sujeitos. O curso de Enfermagem da UFRJ apresenta cinco trabalhos no cruzamento parto X percepções dos sujeitos (todos na mesma linha de pesquisa e três deles sob a orientação de Maria Antonieta Rubio Tyrrel). O curso de Enfermagem da UERJ apresenta também cinco trabalhos, só que na categoria parto X profissão (quatro sob orientação de Jane Márcia Progianti). Por seu turno, a Enfermagem da UFRN tem especialidade na categoria acompanhante X percepções dos sujeitos, também com cinco trabalhos (com quatro orientados por Rosineide Santana de Brito). O programa de Saúde da Mulher e da Criança da Fiocruz produziu cinco trabalhos sobre saúde do recém-nascido X percepções dos sujeitos e, por

seu turno, o de Saúde Pública quatro pesquisas em ciclo vital X políticas públicas.

Após classificar os trabalhos conforme os eixos expostos, evidenciamos que a produção sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal estuda o parto em primazia, tendo saúde do recém-nascido, pré-natal e ciclo vital como objetos também importantes. De outro modo, a categoria percepções dos sujeitos responde por mais de um terço das teses e dissertações, seguida por profissão, políticas públicas e procedimentos. Essas considerações relacionadas à localização dos trabalhos permite que identifiquemos os centros de pesquisa por temática. Da mesma forma, há um reforço da importância do trabalho desenvolvido por Jane Márcia Progianti (UERJ) e Maria Antonieta Rubio Tyrrel (UFRJ) nessas categorias mais expressivas.

A incidência de trabalhos na categoria “percepções dos sujeitos” é condizente com um dos princípios da humanização constantemente referida na bibliografia especializada, nos atos dos movimentos sociais e nos documentos que referendam esse modelo de assistência. Ou seja, conceber a mulher como sujeito ativo em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, possibilitando a ela a voz que o ambiente hospitalar e o chamado modelo hegemônico de assistência costumam negar. Ainda, é resultado da investigação das pesquisadoras para perscrutar as características dos profissionais de saúde, seus principais dilemas e embates na prática nesses anos de “transição” de modelo e de concepções sobre a assistência.

Por sua vez, o parto é o principal objeto de pesquisa quando o tema é humanização da assistência obstétrica. Porque é no parto que os problemas da assistência obstétrica tornam-se mais evidentes, onde a atenção pré-natal é posta à prova e a organização e gestão hospitalar são tensionadas ao limite (considerando que a maioria dos partos no país ocorre em hospitais); o momento em que as expectativas das gestantes e famílias são confrontadas; quando o limiar de saúde e bem-estar da mãe e do bebê está em foco e sob a responsabilidade de profissionais e instituições de saúde. O parto é o um evento que tensiona as relações entre os sujeitos envolvidos em seu cenário. A mulher gestante e parturiente pode ser intimamente transformada em seu parto. E o recém-nascido é marcado indelevelmente pelo seu nascimento. Parto e nascimento são eventos fisiológicos, mas de ordem eminentemente social, cultural e política. Assim, o tema do parto suscita interesse de pesquisadoras, instituições de pesquisa, Estado e movimentos sociais. Concepções, procedimentos, responsabilidades e atribuições sobre o parto e nascimento estão historicamente em disputa, e isso fica

demonstrado também no levantamento que realizamos sobre os temas mais abordados nas teses e dissertações. No caso do projeto de humanização, a mudança das acepções de tudo o que envolve o parto e nascimento os constitui como objetos em disputa das instâncias de saber/poder, no nosso interesse específico, nas pós-graduações brasileiras.

3.2 SUPERFÍCIE DE EMERGÊNCIA DO DISCURSO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Nosso objetivo nesse item é compreender a narrativa histórica contada pelos defensores da humanização, demonstrar quais monumentos são considerados importantes para a constituição de um saber “humanizado” sobre o parto e nascimento. Demonstramos que a academia passa a se preocupar com o tema da humanização do parto e, principalmente, como esses trabalhos estão em diálogo com edições de programas nacionais de saúde, orientações internacionais, organização de movimentos sociais, criação de programas de pós-graduação em áreas relacionadas, estatísticas sobre atenção ao ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido (taxas de mortalidade materna, índice de partos normais e cesarianas ao longo do tempo, etc.).

De modo geral, os textos estudados apontam, em síntese, quatro eixos para a emergência do movimento de humanização do parto e nascimento: a ação de reconhecidos profissionais internacionais e nacionais para a mudança do modelo obstétrico vigente; o movimento feminista de luta nacional e internacional pelos direitos reprodutivos; a realização de eventos supranacionais organizados pela OMS que objetivaram melhorar as condições de saúde materna e perinatal; e as políticas nacionais de saúde materno e infantil.

Destacamos alguns nomes internacionais que aparecem nos trabalhos: o médico obstetra francês Michel Odent, a antropóloga estadunidense Robbie Davis-Floyd, a antropóloga britânica Sheila Kitzinger, a ativista do parto ativo sul-africana e radicada na Inglaterra Janet Balaskas e o médico obstetra francês Frédérick Leboyer. Os médicos obstetras brasileiros considerados dissidentes do modelo hegemônico são o cearense José Galba de Araújo, os paranaenses Moysés e Cláudio Paciornik e o paulista Hugo Sabatino.

A publicação do livro “Nascer Sorrindo” do médico obstetra francês Frédérick Leboyer, cuja primeira edição no Brasil data de 1974, pela editora Brasiliense; e do livro “Expropriação da Saúde: Nêmesis da

Medicina” de Ivan Illich, em 1975, pela editora Nova Fronteira, são considerados paradigmáticos por grande parte da literatura especializada em nossa temática. Michel Odent (1982, p. 30), outro autor de referência nas publicações sobre humanização do parto, considera (em “Gênese do Homem Ecológico” – publicado no Brasil em 1982 pela editora Tao de São Paulo) que Leboyer é “[...] o ponto de partida de questionamento das condições habituais de nascimento nas sociedades industriais”; e Illich “[...] fez do homem pós-industrial o ser dotado da capacidade de estabelecer limites e capaz de determinar os limites além dos quais toda empresa humana torna-se negativa [sobre a medicina]”. Esses livros são considerados pontos de ruptura às formas como a assistência em saúde ocorre nos países industrializados, uma vez que Illich denuncia o excesso de medicalização da sociedade ocidental e Leboyer propõe outro modo de nascer.

Desde a década de setenta, temos a importante contribuição de dois autores franceses - a crítica vinda da neonatologia e do trabalho de Leboyer pelo parto não-violento com o bebê, e a contribuição de Michel Odent e sua anti-obstetrícia. Com estes autores, os termos violência na assistência e humanização passam a ser mais popularizados na literatura latina. (DINIZ, 2001, p. 24-25)

[...] um dos grandes precursores da “humanização” do nascimento é um obstetra de certa forma hoje bastante esquecido entre nós, mas bastante popularizado na década de 70 – Frédérick Leboyer (1974) – que sentindo-se mal com sua prática obstétrica, começou a questionar a forma como trazia seres humanos ao mundo (RATTO, 1997, p. 23).

Nas décadas de 1970, há iniciativas pontuais de médicos brasileiros sobre alternativas para o parto e nascimento, caso dos curitibanos Cláudio Paciornik e Moysés Paciornik. Este último publicou em 1979 o livro “Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios”, também pela Editora Brasiliense e com influências da “Nêmesis” de Illich¹⁵. Hugo Sabatino, outro médico brasileiro, criou, na década de

¹⁵ No capítulo “Iatrogenia do parto em decúbito dorsal”, Moysés Paciornik (1979, p. 103) conclui: “A culpa do enfraquecimento da mulher, dificultando-lhe continuar a ter seus filhos nas posições primitivas (ajoelhadas ou de cócoras) não cabe ao médico. É dele, porém, a responsabilidade pela adoção

1980, o Grupo de Parto Alternativo, vinculado ao departamento de Tocoginecologia da Unicamp (MATIAS, 2010), que já usava o termo “humanização do parto”. No Ceará, o médico e professor José Galba de Araújo trabalhou na Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, da qual foi diretor de 1964 a 1985 (BONFIM, 2013). Galba de Araújo admirava o trabalho das parteiras e ficou reconhecido por suas iniciativas pioneiras em obstetria, como a posição vertical para o período expulsivo com o uso de rede e do banquinho de parto, incentivo a amamentação logo após o nascimento e alojamento conjunto da mãe e bebê (DINIZ, 2001, p. 17; LESSA, 2011, p. 45). O pesquisador e médico obstetra Marcos Augusto Bastos Dias (2013), em entrevista concedida a nossa dissertação, afirma que as iniciativas de Araújo e de Paciornik eram consideradas excêntricas para a época:

Dias (entrevista): *Assim que me formei, eu fui para um congresso com obra de [José Galba de] Araújo e do [Moisés] Paciornik sobre parto de cócoras no Ceará. Então, naquela época, era coisa meio que de vanguarda. Isso era 83, foi a primeira vez que... Mas era quase que uma excentricidade de determinados professores, assim uma coisa muito... não tinha uma expressão política, nem nos serviços, nem na academia.*

Os irmãos Paciornik e Galba de Araújo são considerados a vanguarda nacional do que hoje se denomina de humanização do parto e nascimento. A enfermeira obstétrica e pesquisadora Ruth Hitomi Osava (1997, p. 69-70) considera-os pioneiros:

Os médicos Moisés e Cláudio Paciornik, em Curitiba-PR defendiam o parto de cócoras, o contato precoce pele-a-pele da mãe e seu recém-nascido, a mamada imediatamente após o parto, o retardo no clampeamento do cordão. A experiência de ambos era vista como uma experiência interessante, mas underground, e nunca como um paradigma.

Outra experiência pioneira foi a do Ceará, com as casas de parto. Nos anos de 1975 a 1985, expandiu-se a modalidade de assistência para as populações miseráveis

do decúbito dorsal. Este ato acarretou consequências que o transformaram, talvez, no maior fator de iatrogenia da história da obstetria. Atingiu a mãe, atingiu o feto e por fim o médico, ao obrigá-lo a adaptar-se às novas condições de trabalho”. Iatrogenia é a palavra utilizada para indicar os efeitos negativos causados ao paciente pela atividade médica.

residentes em áreas litorâneas adjacentes a Fortaleza, representada pelas casas de parto conduzidas por parteiras tradicionais, apoiadas tecnicamente pela Universidade Federal do Ceará. Estas foram melhoradas, mas a essência de seu trabalho foi preservada: o parto com pouca intervenção na cadeira de parto, de cócoras ou na rede. A experiência foi possível graças ao empenho do obstetra José Galba Araújo, já falecido. As parteiras foram educadas e educaram os médicos. A Maternidade-Escola idealizou modelos de mesas de parto inspirados nas posições adotadas pelas mulheres atendidas por parteiras tradicionais.

Galba de Araújo, como é conhecido o médico obstetra cearense, foi homenageado na Conferência Internacional de Fortaleza em 1985. Esta Conferência é considerada pela literatura um marco para as discussões sobre parto e nascimento no Brasil e no mundo. Preparada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelos escritórios regionais da OMS, a Conferência elaborou a Carta de Fortaleza (CASTILHO, 1994, p. 113-116), que formata o artigo “Appropriate Technology for Birth” da OMS (1986), publicado na revista *The Lancet*. A carta é um prelúdio para o documento “Assistência ao parto normal: um guia prático” divulgado em 1996 pela OMS.

Quadro 3: Eventos internacionais sobre saúde da mulher e direitos reprodutivos

Ano	Evento
1979	Convenção das Nações Unidas sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher
1979	Relatório de Estudo do Comitê Europeu sobre Mortalidade Materna e Infantil
1984	Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, realizado no 4º Encontro Internacional Mulher e Saúde
1985	Conferência Internacional de Fortaleza. Elabora uma Carta contendo Recomendações Gerais as práticas obstétricas consideradas mais adequadas para a saúde e bem-estar da mãe e do bebê.
1985	Conferência das Nações Unidas da Década das Mulheres
1987	Conferência Internacional sobre “Maternidade Segura”
1987	Fundação do grupo <i>Safe Motherhood Interagency Group</i>

Quadro 3: Eventos internacionais sobre saúde da mulher e direitos reprodutivos (continuação)

Ano	Evento
1994	III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
1994	4ª Conferência Mundial da Mulher – Igualdade, Desenvolvimento e Paz
1995	Publicação da pesquisa <i>A guide to effective care in pregnancy and childbirth</i> de Enkin et. al.
1996	OMS publica o documento <i>Care in Normal Childbirth: a practical guide</i>

Fonte: CASTILHO (1994), GALVÃO (1999); RIFFEL (2005); COELHO (2006); LINDNER, COELHO, CARRARO (2006).

Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013).

Desse panorama, as teses e dissertações estudadas mencionam a importância da Conferência de Fortaleza para a constituição do movimento de humanização do parto, convertendo o evento em um marco histórico. Da mesma forma, evidenciam o documento *Care in Normal Childbirth: a practical guide* como a bíblia do movimento.

Por “recomendações da OMS” estamos considerando, para efeito deste estudo, quatro documentos: o primeiro é *Appropriate Technology for Birth*. (World Health Organization. 1985) também conhecido como “Carta de Fortaleza”, foi o primeiro “manifesto” internacional desta corrente, está incluído como anexo, em português. O segundo, **Recommendations for Appropriate Technology Following Birth** (1986), também conhecido como Carta de Trieste, é uma versão para a neonatologia do que a Carta de Fortaleza é para a obstetria. O terceiro é o ***Care in Normal Birth: A Practical Guide*** (Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. WHO, 1996); este trabalho é a versão completa e atualizada da Iniciativa Cochrane nesta área, sistematizando todos os procedimentos metanalisados; está desde 2000 disponível em português, em publicação do Ministério da Saúde e colocamos em anexo um quadro resumo dos procedimentos. E finalmente, ***World Health Day: Safe Motherhood***. (WHO, 1998), um documento que retoma os anteriores e coloca a Iniciativa Maternidade Segura

também da perspectiva dos direitos humanos das mulheres (DINIZ, 2001, 5-6 – grifos da autora)¹⁶.

Reconhecia-se historicamente em 1985, em Fortaleza, através de elaborações de recomendações para o parto “*Appropriate Technology for Birth*”, que técnicas resultantes dos progressos da Obstetrícia deveriam ser criteriosas e baseadas em evidências científicas (ZAMPIERI, 2006, p. 6).

A Iniciativa Cochrane, segundo Diniz (2001, p. 3), foi um esforço internacional de grupos de pesquisa para revisar e divulgar estudos científicos em todas as especialidades médicas a fim de averiguar a efetividade e segurança de procedimentos até então utilizados sem evidências de benefícios para a população. A iniciativa homenageou o epidemiologista Archibald Cochrane, o qual afirmava que a medicina orientava-se por “10% de evidências científicas e 90% de pajelança”. Os resultados desse esforço foram divulgados no formato de recomendações pela OMS no documento “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, de 1996 (considerado por muitos a bíblia do movimento de humanização do parto no Brasil), no site da Biblioteca Cochrane, onde é possível acessar os resumos dos estudos, e no livro de referência do movimento “Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto” de autoria de Enkin et. al (1995). Esse movimento de revisão das práticas médicas e seus desdobramentos recebeu o nome de **medicina baseada na evidência científica**.

Dias (entrevista): *Mas a bíblia da gente era a publicação de 96 da Organização Mundial da Saúde [Care in Normal Childbirth – a practical guide]. Aquilo era meu livro de cabeceira, tinha cópia em tudo quanto era lugar, porque aquilo ali fazia diferença na hora de discutir as mudanças de práticas. E a própria Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia assina o documento da OMS.*

Diniz (entrevista): *E eu acho que o livro mais citado por todo mundo é a compilação dos usos sistemáticos de ensaio clínico do Enkin, “A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth”. E as recomendações da OMS de 1996 que estão sendo reeditadas.*

¹⁶ Este trecho da tese de Diniz é citado na tese de Gomes (2011, p. 35-36) e na tese de Zampieri (2006, p. 6).

Outra linha de discussão que adentra a academia trazendo a assistência ao parto como objeto e denunciando a violência institucional sofrida pelas mulheres gestantes e parturientes advém do movimento feminista. Segundo Ávila e Corrêa (1999, p. 70-103), na década de 1980, saúde e direitos reprodutivos foram temas privilegiados desse movimento, que lutava por mudanças nas concepções de saúde vigentes:

No espectro das reflexões e reivindicações que dizem respeito à saúde da mulher, estiveram presentes, desde um primeiro momento, o interesse e questionamento acerca do saber e do poder médicos. Isso porque todas as concepções de saúde ou de assistência à saúde das mulheres com que as feministas se defrontavam, estavam ancoradas num conceito de natureza feminina entendida como frágil e descontrolada, devendo ser dirigida exclusivamente à reprodução social como lugar inferior e herdeiro da condição biológica. O saber médico era tanto um saber disciplinador como também um saber que justificava a hierarquia entre os sexos (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p. 75).

As autoras citam a 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, realizada sete meses após a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, as quais lançaram as bases para o sistema de saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988. Gênero e saúde continuam no debate da década seguinte, quando há a fundação da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos em 1991 (ÁVILA; CORRÊA, 1999, p. 99).

No Brasil, desde a década de 80 uma das frentes de luta do movimento de Mulheres é a assistência ao parto. Para isso, o movimento produz material educativo em que propõe políticas públicas e utiliza o termo “humanização da assistência à gravidez e ao parto”. Reivindica as dimensões emocionais e sociais da maternidade, afirmando que “a gravidez não acontece só na barriga da gente”. Questiona o modelo médico centrado em uma concepção do corpo feminino como “defeituoso”, que trata o parto como um acontecimento patológico e arriscado, que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa (DINIZ; CHACHAM, 2002 p. 23).

Em sua tese, Diniz (2001, p. 50-57) enumera as contribuições do feminismo para o questionamento das concepções e práticas obstétricas vigentes: a) “[...] a crítica à *compreensão naturalizada* da reprodução e da sexualidade, tratadas como dimensões biológicas da esfera privada da vida dos indivíduos, como se nessa cena não se inscrevessem relações de poder, hierarquia, violência”; b) o questionamento das “[...] bases históricas e políticas da concepção do feminino como “fisiologicamente patológico”; c) “[...] a busca das dimensões relativas à sexualidade e ao prazer sexual na discussão sobre a reprodução”, o que implica em compreender “o parto como uma função sexual normal das mulheres”; d) a concepção de parto como “[...] um ritual transformativo para todos, ainda que centralmente da mulher e da família, seja ela nuclear ou não, em que as identidades de gênero, entre outras, são transformadas e renegociadas.”

As contribuições da discussão de gênero na assistência a saúde da mulher direcionou algumas iniciativas governamentais, dentre as quais a literatura especializada destaca o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa representou avanços porque suas ações abrangiam o ciclo gravídico-puerperal num espectro mais amplo de promoção da saúde das mulheres nos seus vários ciclos da vida (FORMIGA FILHO, 1999; LINDNER; COELHO; CARRARO, 2006; OSIS, 1998). Formiga Filho (1999, p. 155-156) indica que o programa integrava ações no âmbito da assistência clínico-ginecológica e da assistência obstétrica¹⁷. O PAISM¹⁸ data de 1983 e é considerado importante pela literatura referenciada por contemplar a percepção de gênero na assistência à saúde e apresentar o princípio da integralidade, numa perspectiva de que a mulher tem direito à atenção global a sua saúde e não apenas no seu ciclo reprodutivo. Segundo Formiga Filho (1999, p. 156), “A oferta de ações dirigidas a todas as necessidades da mulher no seu ciclo vital, atende as demandas nacionais e internacionais referentes ao assunto”.

¹⁷ Formiga Filho (1999, p. 153-154) expõe os eixos de ação do PAISM: 1) Assistência Clínico-Ginecológica – a) Controle e prevenção das ginecopatias prevalentes, b) Controle e prevenção das DSTs/AIDS, c) Controle e prevenção do câncer ginecológico e de mama, d) Planejamento familiar, e) Climatério; 2) Assistência Obstétrica: a) Pré-natal, b) Parto e puerpério, c) Aleitamento, d) Intercorrências obstétricas, d) Vigilância epidemiológica da morte materna.

¹⁸ O PAISM foi um programa inovador por suas concepções, mas a literatura crítica aponta “[...] a sua não implantação efetiva em todo o país” (OSIS, 1998).

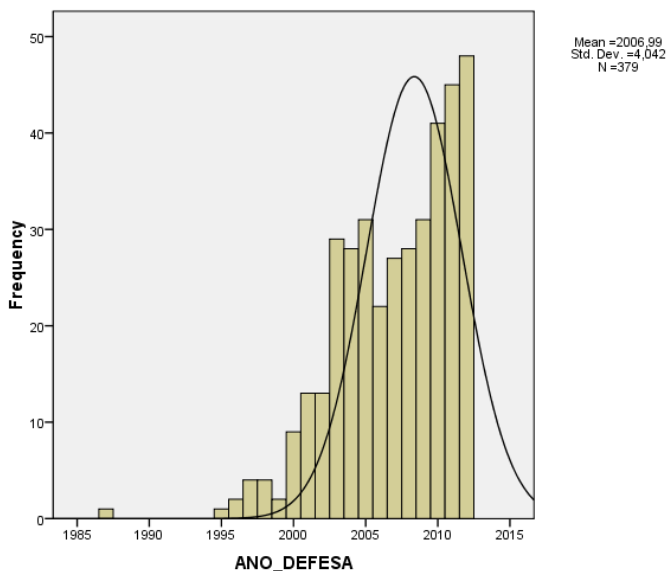
O panorama exposto acima lança luzes sobre o quadro cronológico de produção de pesquisas sobre humanização do parto e nascimento no Brasil, evidenciando que desde a década de 1970 já havia um debate no país. Devemos sublinhar, todavia, que com exceção do Grupo de Parto Alternativo da Unicamp, supramencionado, o qual defendia a humanização do parto, os documentos da OMS e do governo brasileiro até aqui expostos não faziam qualquer menção à “humanização”.

Encontramos a primeira dissertação sobre humanização do parto e nascimento em 1987, primeiro ano disponível para pesquisa no Portal Capes. A dissertação de mestrado intitulada “Princípios de Humanização na Assistência à Parturiente no período de dilatação: conhecimento de aplicação por enfermeiros” é de autoria de Maria Helena Costa Amorim e realizada no Programa de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Todavia, a dissertação de Amorim fica isolada no quadro que construímos, uma vez que há um vácuo na produção pesquisada e que só começa a ser preenchido a partir do ano de 1995.

A segunda dissertação que identificamos é oriunda da Fiocruz, do Programa de Saúde da Mulher e da Criança, cujo título é “Estudo das Situações Vivenciadas por Pais de Recém-nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”, e a autora, Zeni Carvalho Lamy (1995). A dissertação traz em suas palavras-chave a expressão “humanização do atendimento”.

É possível nos perguntarmos quando, como e por que as pesquisadoras passam a designar de “humanização” um conjunto de práticas e concepções de atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido. Algumas pistas para essa questão podem ser visualizadas no gráfico 1, em que o número de trabalhos sobre o tema está distribuído por ano. Note-se que há um vazio de sete anos na produção de teses e dissertações acerca da humanização da assistência obstétrica e neonatal. Os trabalhos aparecem, com constância e tendência de crescimento das produções, na segunda metade da década de 1990, na qual contamos com 13 trabalhos (1996-1999). Ou seja, em nosso recorte, 96% dos trabalhos são posteriores ao ano 2000.

Gráfico 1: Produção brasileira sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal por ano de defesa (1987-2012)



Fonte: CAPES. **Banco de Teses**. Brasília: CAPES/MEC, 2013.

Org.: BOURGUIGNON, A.M. (2013)

O emprego do termo humanização nas teses e dissertações como designador de um conjunto de práticas e conceitos de assistência obstétrica e neonatal pode estar relacionado com a disseminação de seu uso por movimentos sociais e a edição de programas de saúde assim nomeados. A criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) em 1993 é considerada pelas pesquisadoras da área um marco, porque a partir desse momento profissionais das mais diversas áreas reúnem-se para sistematizar propostas de mudança na assistência ao parto e nascimento no Brasil. A REHUNA passa a representar um modelo de assistência obstétrica, mas cujas proposições são incorporadas a programas de saúde do governo federal, a partir do final da década de 1990, inclusive com a utilização do termo humanização. De modo geral, as teses e dissertações mencionam a fundação da

REHUNA e ou a participação das pesquisadoras em eventos promovidos por esta organização.

Em relação à atenção obstétrica, o termo humanização aparece na própria designação do primeiro movimento social organizado em prol de mudanças do modelo assistencial hegemônico, a Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA). Esta rede constitui um marco da militância no movimento de humanização (PEREIRA, 2007, p. 14).

Nesse período, também participava, de forma esporádica, das reuniões da Rede de Humanização do Nascimento (REHUNA), que contava com a participação de profissionais de diversas áreas de conhecimento (BRÜGGEMANN, 1998, p. 18).

A Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes (ABENFO) também é citada em alguns trabalhos para indicar a organização desses profissionais de saúde em torno de um projeto de defesa do campo obstétrico para atuação dos profissionais na assistência ao parto de baixo risco, mediante a adesão ao ideário da humanização da assistência ao parto e nascimento.

A criação da ABENFO Nacional, originária da Associação Brasileira de Obstetrizes – ABO, criada em 1952 por iniciativa da Parteira e Enfermeira Obstétrica Maria de Lourdes Garcia de Andrade (conhecida como Lourdinha) e de um núcleo de Enfermeiras Obstétricas do Rio de Janeiro, teve como finalidades precípua favorecer o desenvolvimento e o progresso da enfermagem na área, assim como sua representatividade em nível nacional por meio da criação da ABENFO seccionais (LESSA, 2012, p. 54).

O fortalecimento da categoria das enfermeiras obstétricas também ocorre por meio de ações do governo federal no sentido de autorizar e capacitar esses profissionais para atuarem em parto sem distócia, isto é, considerados de baixo risco (BRASIL, 1998). Várias iniciativas federais desde os anos de 1990 demonstram tentativas de mudança no quadro brasileiro de atenção à saúde materna. Segundo Bourguignon (2011), a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher

(CISMU) é instituída em 1993, pela Resolução n. 39 do Conselho Nacional de Saúde, tendo como um de seus objetivos “[...] garantir uma política de saúde para as mulheres que respeite os direitos humanos, direitos sexuais, direitos reprodutivos e sua autonomia como cidadãs (CNS, 2011)”. Do mesmo ano é Resolução nº 90, em que o Conselho Nacional de Saúde faz recomendações ao Ministério da Saúde quanto ao problema do alto índice de cesáreas do Brasil:

- promoção, por todos os meios e modos, de campanhas de esclarecimento sobre as diferenças entre o parto normal e o parto cesáreo.
- realização de um fórum ampliado de debates, no Conselho Nacional de Saúde, contando com várias entidades e segmentos da população, sobre o tema, questionando inclusive o problema da esterilização.
- realização de auditoria permanente nos hospitais com altos índices de cesarianas, principalmente naqueles que ultrapassarem o índice de 20% sobre o número total de partos.
- instituição através da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, do pagamento de analgesia no parto normal.
- instituição de maior remuneração ao parto normal na tabela de honorários médicos, pelo menos 50% (cinquenta por cento) a mais que o previsto para o parto cesáreo.
- viabilização de pagamento de parto normal à obstetriz.
- instituição de obrigatoriedade de registro nos prontuários médicos dos motivos da indicação do parto cesáreo (CNS, 1993).

Entre as ações do Ministério da Saúde para diminuir os índices de cesariana no país podemos citar a Portaria nº. 2815, de 29 de maio de 1998, que institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde, e o Prêmio Galba de Araújo para instituições que promovem “Humanização do parto e da dignidade da mulher”¹⁹ (BOURGUIGNON, 2011). Em 1999, o Ministério da Saúde apresenta a “Norma de atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru”. No mesmo ano, o tema da humanização também é discutido pela 11ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo Bourguignon (2011), a elevada mortalidade materna no

¹⁹ Sobre o prêmio ver Diniz (2001, p. 17).

país motivou os(as) participantes desta Conferência a aprovarem um conjunto de propostas com o fito de “garantir a qualidade da assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, com estímulo à humanização do parto”, dentre elas: a necessidade de priorizar o parto normal em detrimento de cesáreas desnecessárias; implantação de comitês de mortalidade materna com participação da sociedade civil; melhorar o registro do óbito materno, reduzindo a subnotificação; regulamentação da profissão das parteiras tradicionais; implantação do programa “Parto Seguro” e registro e expedição de certidão de nascimento nas maternidades. O relatório também critica a ilegalidade do aborto, propondo sua descriminalização (BRASIL, 2000b).

A abordagem do relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde enfatiza a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento. A tônica do relatório (BRASIL, 2000b) é que o processo de humanização no Sistema Único de Saúde está acoplado à articulação de melhorias na gestão e na atenção prestada aos cidadãos e cidadãs. Argumenta-se que, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido (BRASIL, 2000b). Os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde posteriores também versam sobre a necessidade de “humanização” da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Destacamos ainda a publicação do “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento” no ano 2000, cujo escopo é garantir o número mínimo de consultas no pré-natal e qualidade na assistência ao parto (BRASIL, 2000), seguida da edição do manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher” (BRASIL, 2001b). Em 2000, o Ministério da Saúde traduz as recomendações da OMS (1996) *Care in normal childbirth: a practical guide* e as divulga para instituições e profissionais de saúde.

Nessa esteira, o “Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar” (PNHAH), desenvolvido no período de 2000 a 2002 pelo Ministério da Saúde com o desafio de “[...] promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil”, no sentido de “[...] aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001, p. 7 e 9). O público-alvo do PNHAH são hospitais da rede pública, entre os quais – vale frisar – hospitais que desenvolvem programas de

humanização na área da saúde da mulher (BRASIL, 2001, p. 15). O PNHAH foi uma prévia para a edição da “Política Nacional de Humanização” (PNH) lançada em 2003 com o escopo de concretizar os princípios do SUS tanto na gestão quanto na atenção em saúde.

A emergência do termo humanização nos programas do governo federal reflete-se na produção de teses e dissertações. Nos anos 2001 e 2002 registramos mais de 10 trabalhos sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal. Portanto, é eminentemente na última década que o termo humanização é utilizado nas produções acadêmicas para designar um conjunto de práticas e concepções de assistência à mulher gestante/mãe e ao feto/recém-nascido. Encontramos tanto nos resumos estudados quanto nos textos de programas do governo o argumento de que é necessária a superação do modelo de assistência centrado em uma racionalidade técnico-científica e burocrática, para construção democrática de um modelo pautado pelo diálogo, participação, bem como por princípios e valores que recolocam o fator humano como estratégia para a melhoria da qualidade do sistema de saúde.

Portanto, o gráfico 1 sugere as relações entre os movimentos sociais, políticas de governo e academia, reconhecendo pessoas, ações e táticas como condicionantes na produção da pesquisa sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil. O aumento de pesquisas sobre parto e nascimento sob a insígnia da humanização a partir do ano 2000 aponta para o contexto de emergência discursiva (FOUCAULT, 2005) que favoreceu o aparecimento e disseminação dessa produção, fator que articula políticas no setor e ações de movimentos sociais à prática da pesquisa acadêmica.

Por conseguinte, permite que seja reconstituída uma história para o movimento de humanização, constituição de monumentos históricos que são sedimentados pela produção científica e geram um acúmulo discursivo nos trabalhos estudados. Nesse aspecto, a produção articulada a uma prática governamental é deslocada para a ação de movimentos feministas, a médicos dissidentes, aos movimentos de organização da Enfermagem obstétrica e para as recomendações supranacionais que apontam uma prática mais científica para o parto e nascimento. Por conseguinte, estamos diante da proposição de práticas consideradas marginais para o centro de um discurso que visa substituir cientificamente outro, que também se designa como científico. Reconhecidas essas condições de emergência, temos a tarefa de apontar como o arcabouço discursivo da humanização redefine o parto, o nascimento e a assistência obstétrica e neonatal a fim de propor novas práticas.

3.3 O PARTO, O NASCIMENTO E A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Para que um parto seja normal, o processo da parturição seja desencadeado por mecanismos fisiológicos e aconteça via vaginal com um mínimo de intervenções possível, é necessário que nós gestantes nos enquadremos ao controle de risco considerado baixo. O conceito de risco, debatido por Castiel, Guilan e Ferreira (2010), está intimamente ligado ao conceito de saúde. “O risco é uma entidade probabilística”, uma incerteza capaz de ser medida, vinculada a uma virtualidade que algo negativo ou desfavorável possa vir a ocorrer. Essa definição

[...] está calcada à abordagem dos fatores de risco, isto é, marcadores que visam a predição de morbi-mortalidade futura. Desse modo, poder-se-ia identificar, contabilizar e comparar indivíduos, grupos familiares ou comunidades em relação à exposições a ditos fatores (já estabelecidos por estudos prévios) e proporcionar intervenções preventivas (CASTIEL; GUILAN; FERREIRA, 2010, p. 16).

O discurso da humanização do parto é constituído de uma trama retórica que sugere que a assistência propicie à mulher o encontro com sua condição fisiológica para dar à luz. Dessa trama advém caracterizações de retorno à natureza, como se fosse possível esse “fisiológico” sem um aprendizado, sem uma educação para o corpo (RIFFEL, 2005), sem a cultura (TORNQUIST, 2002). Como evento sociopolítico, o parto e o nascimento na atualidade são eventos biomédicos e biopolíticos. Para que uma mulher atinja, no sistema de saúde brasileiro, a condição para ter um parto vaginal, ela deverá ser inspecionada e examinada constantemente para se aferir se a gestação enquadra-se no definido como normal, de baixo risco. Como expõe Canguilhem (2009), o normal e o patológico é um par inseparável para o desenvolvimento do conhecimento sobre a saúde. Mesmo que o parto não seja uma doença, as práticas de saúde exigem a reemergência da dicotomia.

Quando descobrimos que estamos grávidas, esse processo não é natural. A comprovação acontece, inicialmente, por um exame simples de farmácia, produto da indústria farmacêutica que assinala a presença do hormônio BHCG na urina. Esse teste não basta para o reconhecimento institucional da gravidez. É necessário um exame de sangue. Esse exame de sangue dará as credenciais para que a mulher

receba uma carteira de gestante, onde seu histórico reprodutivo e os eventos da gestação ficarão registrados. No primeiro atendimento inicia o processo de controle dos riscos, com a anamnese geral e obstétrica:

a) Qual a data da última menstruação (para estimar a idade gestacional)?

b) Qual a idade da mulher? (adolescentes e maiores de 35 anos são grupos de risco)

c) A gestação foi planejada? A gestante já estava tomando ácido fólico para prevenir má formação do feto?

d) A gestante é primípara? Se não, houve intercorrências na gestação ou gestações anteriores? Já abortou? Qual o tipo de parto realizado?

e) A gestante tem algum tipo de doença?

f) Há histórico de doenças na família da gestante?

g) As vacinas da gestante estão em dia?

h) Necessita de profilaxia de tétano?

O Ministério da Saúde preconiza que nas unidades básicas de saúde é obrigatória a inserção da gestante no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento/SIS-Pré-natal na primeira consulta. O registro das consultas deve acontecer em simultâneo, na carteirinha de papel que a gestante recebe e em prontuário informatizado (SISPRENATAL). “As consultas devem ser mensais até a 32^a semana e quinzenais até a 40^a semana, intercaladas entre o obstetra e o enfermeiro treinado. Após a 40^a semana, retorno semanal, com avaliação do bem estar fetal após a 41^a semana” (BRASIL, 2004, p. 2).

Além da anamnese, o protocolo de assistência pré-natal do Ministério da Saúde especifica que o exame físico deve avaliar o peso e o estado nutricional da gestante; determinar os sinais vitais; avaliar as mamas, direcionando a gestante ao aleitamento materno; medir a altura uterina; realizar a ausculta dos batimentos cardíofetais; submeter a gestante ao toque vaginal quando necessário para diagnosticar trabalho de parto (BRASIL, 2004, p. 7). Anamnese, exame físico e exames laboratoriais e de imagem fazem parte das rotinas de assistência pré-natal, como um conjunto de ações que visam monitorar os riscos gestacionais.

Quadro 4: Rotinas de atendimento às gestantes nas unidades básicas de saúde

Exames laboratoriais de rotina	Avaliação ultrassonográfica
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Primeira consulta</u> - eritrograma - grupo sanguíneo e fator Rh - glicemia de jejum - VDRL - sorologia IgG, IgM para toxoplasmose - EUR e urocultura - HbsAg - Teste de HIV/AIDS • <u>Em torno da 24ª a 28ª semana:</u> - Glicemia 2hs após 75g de dextrosol, para rastreamento de diabetes - Repetir VDRL - Repetir IgM para toxoplasmose se anteriormente IgG negativo. - Repetir ex.: urina rotina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitada pelo obstetra de acordo com critérios de indicação: • alteração da medida de fundo uterino em relação ao esperado: suspeita de crescimento intra-uterino retardado (CIUR), gravidez múltipla, polidrâmnio. • mau passado obstétrico: abortamentos habituais, fetos mal formados, etc., • quando necessário precisar a idade gestacional, • nos casos a serem referenciados para pré-natal de maior complexidade • outras indicações a critério médico.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Assistência Pré-natal.**

Brasília, 2004. Disponível em:

<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/prenatal.pdf>. Acesso em: 26 out. 2013.

Org.: BOURGUIGNON, A.M (2013)

É somente após essas etapas essencialmente biomédicas que a mulher pode ter acesso ao que as autoras de referência da humanização chamam de “parto normal desmedicalizado”. É também após esse controle dos riscos que a mulher recebe a chancela para ser “protagonista” do seu parto. A descrição superficial dessas características do pré-natal revela que a ideia presente no ideário do movimento - e que se reflete nas pesquisas aqui estudadas - de “resgate” ou de “retorno” a um “parto natural”, nas condições preconizadas pela política e pelos movimentos profissionais e sociais, guarda contradições.

Diferente do que propõem alguns estudiosos da assistência obstétrica, entendemos que os avanços históricos da biomedicina configuram a superfície de emergência do discurso de humanização do parto. Ainda que o discurso de humanização combata o denominado

“modelo biomédico”, as concepções de “fisiologia do parto”, “protagonismo da mulher”, “mínimo de intervenções”, “desospitalização” só tem a possibilidade de se concretizar na vida da parturiente, após a chancela biomédica e médica de que a gestante está no grupo de 85% da população feminina cuja gestação pode ser classificada como de baixo risco.

Entretanto, o controle envidado pela biomedicina para assegurar o baixo risco é uma faceta da assistência ao parto e nascimento. Os enfrentamentos ao modelo médico pelo movimento de humanização fazem mais sentido quando se questiona “a arte obstétrica”, a relação entre equipe de saúde e paciente, mais especificamente entre o médico obstetra de referência e a paciente. Essas diferenças começam pela quantidade e qualidade de informações prestadas pelo médico obstetra à paciente no pré-natal, ao modo como o profissional conduz o processo de ajuizamento prévio sobre os riscos do parto normal mesmo para pacientes de baixo risco e, principalmente, como ele afirma, categoricamente, preferir fazer a cesariana por considera-la mais segura para a gestante e para a/o bebê.

Imaginemos uma situação: duas mulheres são admitidas em um hospital-maternidade, uma com 40 e a outra com 41 semanas de gestação, cada qual com feto único e cefálico e sem intercorrências gestacionais (pré-eclâmpsia, anemia severa, posição anômala da placenta, etc.). Na avaliação do risco obstétrico, elas recebem a autorização médica para tentar um parto normal, pois se enquadram no perfil da gestante de baixo risco. Segundo a OMS (1996, p. 9), “O trabalho de parto de baixo risco tem início entre 37 e 42 semanas completas. Se nenhum fator de risco for identificado, o trabalho de parto pode ser considerado de baixo risco”.

Ao serem admitidas no ambiente hospitalar, ambas as mulheres despedem-se de seus familiares, despem suas roupas, vestem-se com a camisola do hospital, recebem uma identificação, seus pelos pubianos são raspados (tricotomia), um cateter intravenoso é colocado em seus braços para administração de medicamentos e um equipamento para monitoração fetal é acoplado ao seus respectivos ventres (cardiotoco). As mulheres tornam-se “umbilicalmente” vinculadas ao hospital (DAVIS-FLOYD, 2001). Durante o trabalho de parto a ingestão de alimentos e líquidos é proibida pelo médico. Pelo exame de toque, ele constata que a primeira mulher já está com dilatação, por isso lhe prescreve ocitocina sintética - hormônio de origem farmacológica utilizado para acelerar o trabalho de parto. A segunda não tem dilatação,

mas por estar com 41 semanas de gestação, um gel que serve para induzir o parto é colocado em seu colo uterino.

Com a ocitocina na veia, a primeira mulher logo apresenta dilatação completa, mas as dores extremamente fortes e de intensidade superiores ao que sentia antes da administração do fármaco justificam o recurso à analgesia peridural. Ato contínuo, a cardiocotografia (CTG) indica a aceleração dos batimentos cardíacos do bebê. Na sala de parto, a mulher é posicionada em uma maca, onde suas pernas encontram-se amarradas (posição de litotomia). Por causa do efeito anestésico, ela não sabe quando deve fazer força, e o médico diz para ela segurar a respiração e forçar para baixo a cada contração. O médico fala que o bebê está em “sofrimento fetal” e precisa nascer logo. Ele faz um corte na vagina dela (episiotomia) e pede para alguém fazer o “fundinho”, pressionar o fundo uterino da parturiente (manobra de Kristeller). Para isso, alguém sobe em cima dela e lhe empurra a barriga. A cabecinha do bebê surge, o obstetra imediatamente corta o cordão umbilical e entrega o bebê para o médico pediatra. O pediatra leva o bebê para a mesa de reanimação, onde aspira suas vias aéreas superiores, pinga em seus olhos um colírio que o impossibilita enxergar por algum tempo (colírio de nitrato de prata), injeta-lhe vitamina K, estica seu corpo, mede e examina, inspeciona e, depois do primeiro banho, o bebê é levado para conhecer sua mãe. Enquanto isso, a mãe recebe nova dose de ocitocina para a dequitação da placenta, a placenta sai e o útero da mãe é inspecionado pelas mãos do obstetra. A sutura da vagina (episiiorrafia) marca o fim de um “parto típico”: “a extração cirúrgica do produto da concepção por via baixa” (VARGENS, 2013).

De acordo com Simone Grilo Diniz (2001, p. 9), o parto descrito acima não pode ser considerado normal, mas um “parto típico” das sociedades industrializadas onde a regra é a medicalização do ciclo reprodutivo feminino.

Em geral, o que consideramos como parto normal é o parto vaginal dirigido, ou seja, aquele que de rotina é conduzido com a mulher imobilizada ou semi-imobilizada, privada de alimentos e líquidos por via oral, usando de drogas para a indução ou aceleração do parto, com a mulher imobilizada e em posição de litotomia no período expulsivo, com eventual uso de fórceps, e com o uso de rotina da episiotomia e episiiorrafia.

Para alguns autores (Gaskin, 2000; Davis-Floyd, 1997; Wagner, 2000), com os quais nos identificamos, por parto normal devemos entender o parto que ocorre conforme a

fisiologia, sem intervenções desnecessárias nem seqüelas destas intervenções. Um parto vaginal orientado por uma abordagem médico-cirúrgica e pelo modelo tecnocrático acima descrito, que incluía um conjunto de intervenções desnecessárias que vão deixar seqüelas físicas e um maior desgaste emocional da mulher com sua experiência, deveria se chamar de “parto típico”, até por sua variabilidade geográfica, pois como vimos, este “normal” varia de acordo com o país ou o serviço.

Voltemos à segunda história. A mãe não apresentava qualquer sinal de trabalho de parto, mas após a indução com prostaglandina (hormônio sintético que serve para dilatar a cérvix uterina) o processo de dilatação inicia rapidamente. No exame de toque, o médico constata quatro centímetros de dilatação, então, ele opta por romper artificialmente a bolsa amniótica (amniotomia). As contrações intensificam-se imediatamente. Já aos seis centímetros, o médico autoriza a anestesia. O trabalho de parto segue intenso e rápido. Com nove centímetros de dilatação, esta mulher é levada para a sala de parto. O médico obstetra lhe pede para que faça força, dizendo que o bebê já vai nascer. Mas, durante as contrações os batimentos cardíacos do bebê se alteram e o médico diz que essas desacelerações indicam que o cordão umbilical está enrolado no pescoço do bebê. O obstetra decide levar a gestante para o centro cirúrgico, onde realizará a cesariana. Ao ser retirado do útero materno, este bebê também é entregue ao pediatra para realização dos exames de rotina e, somente depois, é levado para encontrar sua mãe. Enquanto isso, o médico realiza a verificação da situação uterina, realiza a dequitação da placenta e os procedimentos para sutura da incisão. Esse é a modalidade de parto mais comumente realizada no Brasil: “a extração cirúrgica do produto da concepção por via alta” (VARGENS, 2013).

Além das repercussões do uso de drogas e outras intervenções na mãe, entre outras rotinas tínhamos, no momento do parto, vários procedimentos agressivos ao **bebê**, como luzes fortes e o aparelho de ar condicionado ligado, forçando o bebê a um choque térmico entre o ambiente intracorporal de cerca de 36 graus e o meio externo. O bebê tinha o cordão clampeado imediatamente, levando a uma supressão súbita de oxigênio e à respiração forçada e dolorosa, era pendurado pelos pés e não raramente, recebia um tapa para atestar

sua vitalidade. Depois disso, era separado da mãe e levado por outros profissionais, e de rotina, mesmo que estivesse respirando perfeitamente, passava por uma “reanimação” que incluía uma sonda introduzida até o estômago, sofria ainda instilação de gotas profiláticas nos olhos que além de dolorosas, deixavam o recém-nascido com a visão nublada por várias horas ou dias.

O bebê era de rotina separado da mãe para observação por um período variável de algumas horas a um dia ou mais, em um berçário (hoje propõe-se a extinção dos berçários para bebês normais), lugar onde ficava instalado durante toda a estada no hospital. O contato com a mãe era regulado, e em muitas instituições restritos a alguns dos horários das mamadas, pois em outros horários, a criança era alimentada com leite em pó (DINIZ, 2001, p. 18-19).

As duas situações descritas acima ilustram partos e nascimentos medicalizados, muito comuns em hospitais maternidades brasileiros. De acordo com dados da pesquisa “Nascer no Brasil (2014), coordenado pela professora da Fiocruz, Maria do Carmo Leal, 75% das gestantes da amostra foram consideradas de baixo risco, porém 51,9% dos partos foram cesariana²⁰. Dentre as mulheres que entraram em *trabalho de parto*, a pesquisa aponta que apenas 25,2% tiveram acesso a alimentação, 44,3% puderam deambular, 26,7% fizeram uso de algum procedimento não-farmacológico para alívio da dor. Dentre as intervenções no trabalho de parto, 74,8% receberam cateter intravenoso, 36,4% ocitocina sintética, 33,9% analgesia peridural e 39,1% amniotomia. Dentre as intervenções no *parto*, 91,7% das mulheres pariu em posição de litotomia, 36,1% sofreram a manobra de Kristeller (“fundinho”) e 53,5%, episiotomia. Apenas 5% dos partos foram considerados “naturais”, sem quaisquer dessas intervenções no trabalho de parto e parto.

Vargens (entrevista): *Eu costumo dizer que a enfermagem obstétrica, da forma como nós estamos pleiteando, pode se arvorar a dizer que no Brasil não existe parto normal. O que existe, via de regra, é a extração cirúrgica do produto da concepção, por via alta – que é a cesariana, ou por via baixa – que é a via vaginal. Mas em todos os momentos é um procedimento cirúrgico, que é a*

²⁰ Segundo a pesquisa, 80% dos partos no Brasil ocorre no setor público e 20% no privado. Dos partos realizados no setor público, 46% terminaram em cesariana e dos realizado pelo setor privado, 88% foram cesarianas.

extração cirúrgica do feto. Quando a mulher é a protagonista, aí tem o parto. E o profissional que cuida da mulher. Bom, aí nós temos esta situação [o parto]. Mas enquanto o profissional cuidar do parto, aí nós não vamos ter. Eu não posso assistir ao parto, atender ao parto, cuidar do parto. Eu tenho que botar na minha cabeça que eu cuido é da mulher. E quem vai parir é ela, quem faz o parto é ela [...].

O modelo do parto como evento cirúrgico de risco derivado dessa concepção, como vimos, não se sustenta pelos critérios que orientam a própria técnica, mas por um conjunto complexo de determinações extratélicas que chegam, no caso brasileiro, a uma distorção tamanha, que sugere a existência de um **modelo de prevenção do parto**, numa reafirmação insistente, aparentemente irracional e paradoxal, da imperfeição genital feminina (DINIZ, 2001, p. 55 – grifos nossos).

Em sua extensa revisão sobre os procedimentos de rotina no parto tecnocrático, Enkin e cols. mostraram como a **abordagem médico-cirúrgica do parto, superestimando os riscos inerentes ao processo, freqüentemente implica a “substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas”** (1995:39). Assim, cria-se o chamado efeito cascata, quando os médicos submetem as mulheres a intervenções “que podem levar a complicações, gerando intervenções subseqüentes e a mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado” (Mold e Stein, 1986) (DINIZ, 2001, p. 9 – grifos nossos).

O objeto dos discursos da academia sobre assistência obstétrica é o parto. Constatação ao estudar as teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento no Brasil, o parto é o alvo das disputas implicadas nos discursos. Alterações sobre o espaço ideal de atendimento, as relações de tempo na assistência, os sujeitos envolvidos e suas atribuições, a gestão das tecnologias implicadas e o modelo de assistência envolvido são questionados pelo discurso de humanização. O objetivo das pesquisadoras é constituir outro parto, construir outro objeto de discurso. E, com isso, alterar práticas consideradas desumanas por esse discurso (e que para o discurso médico é considerado de

maneira diferente), alterar as hierarquias, reorganizar o parto com base em outras relações de saber e poder. Para descrevermos qual a mudança de *status* do parto defendida nos trabalhos analisados, apontamos as categorias que mais aparecem: o espaço, o tempo, os sujeitos, as tecnologias e o modelo de assistência. Tais elementos nos permitem verificar como o parto, como objeto do discurso, é concebido, notando como o discurso evidencia certos enunciados em detrimento de outros. Começamos pelo regime disciplinar de controle do corpo da mulher que se materializa, espacialmente, no hospital maternidade.

Com a hospitalização, estes acontecimentos [parto e nascimento] de forte conteúdo social e cultural, deixaram de acontecer no seio da família dentro de um modelo feminino de atenção, com a mulher sendo ajudada por parteiras e familiares e passaram a ser tratados dentro do hospital, num modelo masculino de cuidado, mais preocupado com o domínio dos processos fisiológicos do que com as necessidades das mães e de seus filhos (DIAS, 2006, p. 7).

O hospital como espaço terapêutico advém do século XVIII. Conforme Foucault (2000, p. 102-103), a Medicina até então era individualista e o hospital, “[...] uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece”, restrito aos pobres que estavam morrendo. Hospital e Medicina eram séries independentes, pois “[...] nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia a intervenção da medicina”. Foucault considera que a anulação dos efeitos negativos do hospital constitui o primeiro passo para a Medicina tornar-se hospitalar e o hospital se medicalizar. A dinâmica interna do hospital passou a ser alvo de estudo a partir da concepção de que seus efeitos patológicos deviam ser corrigidos a fim de possibilitar a cura.

Para Foucault (2000, p. 105), a reorganização do hospital ocorre com a introdução de uma tecnologia: a “disciplina”. “A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII.” Esta técnica reordenou o espaço hospitalar, por meio de quatro perspectivas. (a) A análise da distribuição espacial dos indivíduos, porque a disciplina opera mediante a individualização do espaço, “[...] a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório.” (b) O controle, não sobre o resultado, mas sobre o

desenvolvimento das ações. A partir do século XVIII ocorre uma preocupação com o modo como o trabalho é realizado, com os gestos e com o tempo gasto para realizá-lo. (c) A vigilância perpétua e constante dos indivíduos. “Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. E preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares.” (d) A utilização do registro contínuo como método de vigilância. O exame é o instrumento para realização do registro individualizado que permitirá classificar, distribuir, julgar, medir, localizar os indivíduos e utilizá-los, uma manifestação de saber-poder. A introdução da disciplina no espaço hospitalar possibilita a sua medicalização.

Quando o hospital passa a ser considerado um espaço de cura, o médico torna-se o principal responsável pela sua organização. A medicina se hospitaliza. Surge a clínica, o hospital passa a ser o local de formação e de transmissão de saber, onde os indivíduos são examinados, inspecionados, medidos e classificados. E o montante dos registros individuais permite o exame da população em geral. Assim, “O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar” (FOUCAULT, 2000, p. 108).

É no bojo do processo histórico de medicalização do hospital e de hospitalização da Medicina, explicado por Foucault (2000), que o parto e o nascimento emergem como objeto de um saber especializado da Medicina: a Obstetrícia. Segundo Rohden (2001, p. 63-64), no século XIX, o desenvolvimento da Obstetrícia como área, inclusive separada inicialmente da Ginecologia, ocorre em um movimento mais amplo de transformação da Medicina impulsionado por descobertas científicas, progressos técnicos, movimento pela especialização e a criação de cátedras, o processo de hospitalização e a fundação de maternidades e unidades específicas para mulheres. No Brasil, a institucionalização da Obstetrícia começa com a chegada da família real, mediante a criação das primeiras escolas médicas com cadeiras para esta especialidade e a instalação de maternidades (ROHDEN, 2001, p. 76-80). Mas, a consolidação desse processo ocorre no século XX, mediante a imposição de formação profissional para parteiras em escolas médicas. Segundo Tornquist (2004, p. 84), “O resultado dessas políticas de profissionalização foi a exclusão das parteiras iletradas e é revelador da imbricação entre as dimensões de gênero, classe e etnia”.

Não é nosso interesse aqui descrever os meandros da história de hospitalização e medicalização do parto e do nascimento no Brasil, mas demonstrar como a relação espaço-tempo implicada na assistência

obstétrica institucionalizada configura um ponto de tensão presente nas teses e dissertações em apreço. Dias (2006, p. 32) afirma que o ambiente reforça modelos e concepções de saúde, e que a humanização do parto aponta para a importância do espaço físico e de sua organização. Diniz (2001) é aguda em seus questionamentos. Copiamos o trecho abaixo porque condensa críticas ao espaço-tempo que encontramos difusas nos outros trabalhos estudados: o espaço do hospital concretiza em sua arquitetura o poder do médico, a primazia da tecnologia, a distância entre profissional de saúde e usuárias, a concepção mecanicista do corpo humano, a lógica fabril que orienta a organização do espaço-tempo como uma “linha de montagem”.

Estão em cheque também os *lugares* do parto – será o hospital de fato o melhor cenário? O questionamento à segurança da mãe e criança prometida pelo parto hospitalar tem sido uma das heresias trazidas pela medicina baseada em evidências, que coloca a possibilidade do parto em Casas de Parto ou mesmo no domicílio como uma das opções seguras a serem consideradas nos partos de baixo risco. E qual o sentido de ter os partos nos centros cirúrgicos? E na posição horizontal, porque manter as mulheres numa posição tão desfavorável ao bom desenrolar do parto, se há alternativas às quais os profissionais podem se ajustar? E o que fazer com o conceito de que o parto só é normal em retrospecto²¹? Qual o lugar, se algum, do chamado parto dirigido, aquele em que cada uma das funções do corpo feminino no parto – contração, dilatação, expulsão, etc. – deve ser substituído por uma intervenção, manejado e ter seu tempo controlado?

Como lidar com o fato muito concreto de que as construções das maternidades expressam uma certa concepção de assistência, fragmentada e fragmentadora do processo fisiológico da parturição, que em seus *tempos e movimentos* estipulados para cada fase do trabalho de parto²², “conspiram contra a evolução fisiológica”?

²¹ De acordo com a OMS (1996, p. 5-6), a ideia de que “só é possível dizer que um parto é normal retrospectivamente” difundida pela obstetria tradicional é questionável. Porque, com base nessa ideia, a assistência obstétrica torna-se enviesada pela exacerbção do “risco”, levando muitos obstetras a praticarem uma assistência ao parto normal similar ao parto complicado.

²² São três as fases do trabalho de parto: período de dilatação, período expulsivo e dequitação da placenta.

Porque seguir acreditando que o período expulsivo não deveria durar mais que meia hora? Porque interromper as gestações quando estas completam 40 semanas, quando há evidência da segurança de aguardar mais tempo? Porque fazer uma mulher ser transferida de leito em leito durante o trabalho de parto, como em uma linha de montagem (Martin, 1987; Davis Floyd, 1992; Rothman, 1993), freqüentemente em diferentes andares de um prédio; primeiro no leito de admissão; depois no de pré-parto, fora do centro cirúrgico, até o fim do período de dilatação; para durante a delicada fase chamada de transição (fim da dilatação) a mulher ser rebocada para a sala de parto, no centro cirúrgico; depois do qual para uma maca num corredor ou uma sala de recuperação/pós-operatório; em seguida para o leito de puerpério – num movimento conforme a conveniência dos serviços, porém atrapalhando em todos os sentidos a fisiologia do parto? (DINIZ, 2001, p. 28-29 – grifos da autora).

Interessante notar como o lugar do parto é historicamente alvo de disputas. Como já referenciamos anteriormente, para a medicina obstétrica firmar-se como profissão foi necessário realizar uma campanha de descredito do trabalho das parteiras, de credibilidade do trabalho dos médicos e de promoção do ambiente hospitalar para que as mulheres aderissem à proposta de hospitalização e medicalização do parto e nascimento (OSAVA, 1997; PROGIANTI, 2004; ROHDEN, 2001). A arquitetura revela autoridade, hierarquias e rituais que exigem a adequação dos indivíduos ao espaço. A proposição de mudança do local para uma melhor assistência ao parto normal denota o enfrentamento ao modelo de obstetrícia vigente, revelando disputas por alterações nas concepções, práticas e hierarquias profissionais.

Assim, como pressuposto teórico posso dizer que a Casa de Parto é um campo obstétrico desmedicalizado relativamente autônomo, dotado de leis próprias, com tecnologias não invasivas desenvolvidas como princípio norteador de sua relação de cuidado. Desse modo, diferencia-se de seus opositores ideológicos ao mostrar que seus valores incorporados de respeitar a fisiologia do parto, a autonomia e o protagonismo da mulher geram práticas distintas para a redução da morbimortalidade perinatal (AZEVEDO, 2008, p. 17).

O espaço hospitalar não é rejeitado pelo discurso de humanização. Ao contrário, propõe a readequação desse espaço para preservar a privacidade e a intimidade inerentes ao momento, a participação da família, a liberdade de movimentos da mulher em trabalho de parto, a utilização de recursos como a cadeira de parto, chuveiro, banheira, bola, etc. Em sua dissertação, Brüggemann (1998, p. 16-17) relata os estudos da comissão de implantação da maternidade do Hospital Universitário da UFSC sobre harmonização do ambiente, pois para a implementação de uma nova filosofia era necessária uma nova ambiência. Diniz (2001) conta como, em uma das maternidades analisadas em sua pesquisa de doutoramento, foi realizada uma reforma para a adequação do projeto arquitetônico ao modelo de humanização pretendido pela gerência do hospital. Por exemplo, o espaço antes dividido de forma seriada em Pré-parto, Parto e Pós-parto, foi organizado em salas PPP.

Os centros de parto normal²³ e o domicílio são considerados locais privilegiados para o parto humanizado. Nesses locais, profissionais não-médicos podem se responsabilizar pelo cuidado da mulher e do bebê, sem a supervisão de médicos. Assim como a dinâmica do cuidado é moldada de acordo com as necessidades, “os tempos e movimentos” da mulher e do bebê. O “respeito à fisiologia” é um enunciado que ancora a perspectiva de que o profissional responsável deve ter uma atitude expectante, não intervencionista, desmedicalizada. O parto é fisiológico para esse discurso quando ocorre sem procedimentos invasivos que induzam ou acelerem o processo de parturição. A mulher é o centro da assistência; o espaço, o tempo, os profissionais, as tecnologias, devem ser adequados a ela e não ao contrário. O discurso de humanização propõe, portanto, a reformulação do ambiente hospitalar e a criação de centros de parto normal para a institucionalização do novo modelo de assistência. Ao passo que sustenta a possibilidade de partos e nascimentos domiciliares, desde que mediante a opção informada da mulher.

²³ As casas de parto são unidades de atendimento ao parto normal independentes do hospital. “A designação ‘casa de parto’ traz uma concepção de assistência ao parto que procura resgatar a intimidade e a afetividade do lar, assim como a centralidade da família e a representação do parto como um evento natural fora do ambiente hospitalar” (PEREIRA, 2007, p. 36). Segundo Pereira (2007, p. 36), as unidades de atendimento ao parto normal eram oficialmente designadas de “casa de parto”, mas em 1999 o Ministério da Saúde alterou para “centro de parto normal”, uma denominação mais ampla para abranger também unidades vinculadas a hospitais de referência.

A OMS (1996, p. 25) posiciona-se frente ao debate sobre o melhor lugar para o parto, apontando o hospital apenas para casos de alta complexidade, uma vez que as equipes desses locais precisam priorizar o atendimento das parturientes de alto risco. Para a OMS (1996), a gestante de baixo risco deve parir no local onde se sinta segura e no nível mais periférico onde a assistência adequada for viável. Este local pode ser a sua casa, uma maternidade ou centro de parto de pequeno porte, desde que toda a atenção e cuidados estejam concentrados em suas necessidades e segurança, o mais perto possível de sua casa e de sua própria cultura.

O respeito ao direito da mulher à privacidade é outro tema relativo ao apoio no seu parto. Afirma-se no manual que “Uma parturiente necessita seu próprio quarto, onde o número de prestadores de serviço deve ser limitado ao mínimo essencial” (OMS, 1996, p. 26). Não é indicada, portanto, a prática de traslado da mulher de uma sala de pré-parto, para uma sala de parto e, posteriormente, à enfermaria ou quarto, como ocorre comumente nas maternidades.

O processo de escolha do local do parto, bem como, do profissional que irá realizá-lo deve ser feito em conjunto com a mulher, durante a gestação, por meio de um plano de parto, informado ao seu companheiro e, se necessário, à família. A gestante ainda tem direito a um acompanhante durante o trabalho de parto. Após a escolha do local do parto, o prestador de serviço deve respeitar essa opção, desde que feita de modo esclarecido. O manual da OMS (1996, p. 26) orienta, então, que “Uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com que se sinta a vontade [...]”. Nesse sentido, a assistência obstétrica pressupõe pessoas capacitadas para oferecer para a parturiente as informações e esclarecimentos de que ela necessite, além de “apoio empático” durante o trabalho de parto e parto. Pois, “[...] o apoio reconfortante constante de uma pessoa envolvida diminui a ansiedade e a sensação de ter tido um parto difícil [...]” (OMS, 1996, p. 26). O documento ainda reconhece que o papel da doula tem efeito positivo sobre o trabalho de parto.

O modo como a relação espaço-tempo é pensada no discurso de humanização já demonstra as implicações para os sujeitos envolvidos em uma cena de parto e nascimento. No denominado “modelo hegemônico hospitalar” o médico é o centro da assistência, a mulher e o bebê são objetos de sua intervenção. A enfermeira está posicionada abaixo do médico, ela observa, examina, administra e registra, fazendo parte do corpo disciplinar instaurado pelo hospital. Segundo Osava (1997, p. 5), no decorrer da história, as enfermeiras se aperfeiçoaram

“[...] na arte de economizar o tempo do médico, sincronizando o trabalho de parto com a chegada do obstetra ao hospital”.

No atual modelo de organização da assistência ao parto, o momento do trabalho de parto tem sido sistematicamente suprimido ou ignorado como um acontecimento privilegiado para o crescimento psicológico da mulher. Ao médico, repugna-lhe as secreções e os odores femininos no parto, perturba-o os gritos da mulher, aterroriza-o os "caprichos da natureza". Não por acaso, a obstetrícia masculina nasceu sob a tutela cirúrgica e aperfeiçoou um paradigma de atenção ao parto fundamentalmente intervencionista (OSAVA, 1997, p. 33).

A substituição da parteira pelo médico transformou a mulher em objeto de intervenção. Ratto (1997, p. 14-15) narra como os médicos passaram a dominar a assistência ao parto há cerca de três séculos e introduziram um conjunto de procedimentos na dinâmica da parturição. Dentre elas, a autora salienta a mudança de posição da vertical ou reclinada para a horizontal no ato de parir: “[...] a entrada no médico no quarto das parturientes foi acompanhada pelo abandono da cadeira de obstetrícia em benefício da cama”. A pesquisadora menciona que a posição supina (deitada com a face para cima) e a posição de litotomia (deitada com as pernas abertas, aparadas ou não por estribos) no parto foram incorporadas pela obstetrícia praticada na França no século XVII. Ela explica que a mudança de posição no parto teve “influência” de François Mauriceau, médico ao qual se atribui o título de pai da Obstetrícia moderna, e considera que: “[...] a adoção e o uso da posição de litotomia não foi baseada em pesquisa científica bem fundamentada, sendo provavelmente decorrente do conflito interprofissional entre cirurgiões e parteiras e do desenvolvimento da obstetrícia ao ser afetada pela prática da litotomia” (RATTO, 1997, p. 16).

[...] o médico tornou-se hegemônico e a posição supina estática tornou-se aceita como normal. [...] Porém, com a transferência dos partos para os hospitais, o que observamos são parturientes tratadas como doentes, e doentes normalmente se deitam, pois é muito mais difícil administrar um hospital com as pacientes se movimentando (RATTO, 1997, p. 18-19).

Lembremos agora do parto da primeira mulher que descrevemos logo no início desta seção. A figura da mulher deitada com as pernas amarradas e o médico a sua frente, de pé, com instrumentos em sua vagina, enquanto outro está sobre sua barriga para lhe empurrar o útero, é um típico caso de parto medicalizado. Em um parto humanizado, a figura recorrentemente utilizada é de uma mulher parindo na vertical, às suas costas, o companheiro lhe envolve e um profissional não médico está agachado para ajudá-la a receber o bebê. Figuras diametralmente opostas: a mulher objeto de parturição e a mulher sujeito de seu próprio corpo – “empoderada” como se referem militantes do discurso de humanização. A oposição entre essas duas figuras sintetiza a alteração das posições dos sujeitos envolvidos no parto, que constatamos a partir das teses e dissertações. “A parturiente não seria mais um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo, reconhecendo que será ela a parir, e da equipe se espera que ofereça o apoio quando e se necessário” (DINIZ, 2001, p. 7).

Tornquist (2004, p. 36), em sua análise sobre o ideário do movimento de humanização do parto no Brasil, confirma como mais recorrente no movimento a figura da mulher parindo na vertical, e que essa postura é uma metáfora para o “empoderamento”, para o “poder de decisão da mulher sobre seu corpo”. Essa imagem da mulher parindo na vertical representa esteticamente um valor feminino e sintetiza o que o “ideário do movimento” denomina de “belo parto”. Essa denominação visa subverter figurativamente a dor pelo prazer.

Creio ser adequado falar que mudar de posição simboliza uma postura ativa e ativa da parturiente. A associação do parto humanizado com o parto vertical não é casual: parece ser tributária do ideário do parto sem dor e do parto natural. Particularmente na literatura naturalista e contra-cultural do parto, a posição da mulher para dar à luz é vista como emblemática do lugar da mulher no evento e na cultura: o parto medicalizado, horizontal, supõe uma mulher submissa, objeto da intervenção médica. A postura horizontal e a colocação de pernas na mesa do parto é representativa da subjugação da mulher, e da imagem do parto como um verdadeiro campo de batalha entre poderes médicos, masculinos, e mulheres leigas. O parto de cócoras, ou vertical, sinalizaria uma retomada de poder feminino, mas também, em algumas versões, um retorno à natureza, a

um instinto selvagem, a uma forma menos socializada de parir. A noção de empoderamento ou de poder de decisão da mulher sobre seu corpo, traz como corolário, no ideário do movimento, a idéia de que mudar de posição (da horizontal para a vertical) metaforiza o empoderamento. Contrariando a tradicional imagem da mulher que dá a luz sob uma cama, deitada e à mercê da intervenção médica, a imagem mais recorrente nos materiais do movimento é a de uma mulher em posições verticais (TORNQUIST, 2004, p. 316)

Se historicamente o espaço e a posição do responsável pelo parto e nascimento foram alvo de disputas, o uso de tecnologias também constitui um ponto controverso. Conforme Rohden (2001, p. 61), a ascensão dos médicos no século XVIII como responsáveis pela assistência a mulheres em trabalho de parto também está relacionada com a utilização de instrumentos. “O fórceps inaugura a era em que o cirurgião consegue ampliar as chances de salvar a criança, fazendo dele uma presença mais humana”. O discurso de humanização, por sua vez, ao se opor ao modelo de Medicina que criou o fórceps, combate a supervalorização da tecnologia. Embora se reconheça que a tecnologia contribuiu para a diminuição da mortalidade perinatal no decorrer do último século, encontramos nas teses e dissertações o tom de denúncia dos efeitos iatrogênicos da tecnologia aplicada ao parto e nascimento na atualidade.

De acordo com Davis-Floyd (2001), o “modelo tecnocrático” de assistência ao parto, dominante nas sociedades industrializadas do Ocidente, caracteriza-se pelo uso de tecnologias cada vez mais sofisticadas mediando a relação médico-paciente. A antropóloga alerta que essas tecnologias necessariamente não melhoraram a qualidade da prestação dos serviços, mas ao contrário aumentaram os custos dos serviços e as taxas de cesariana. Dias (2006, p. 33) também concorda que “[...] o exame físico foi substituído pela requisição de exames complementares que passaram a ter maior importância que o próprio paciente”.

When a doctor uses a “low-tech” tool like a stethoscope, he touches the patient, speaks to her, listens with his own ears to hers or the baby’s heartbeats, interprets the sounds through his own bodily perceptions, and arrives at a diagnosis that depends in large part on his physical senses. When the same doctor uses a computerized axial

tomography (CAT) scanner or an electronic fetal monitor (EFM), only the machine touches or interacts with the patient during the procedure. The physician's role is to interpret the mechanically mediated results, which are regarded as more objective and reliable than his perceptions (DAVIS-FLOYD, 2001).

Nas teses e dissertações, em uma abordagem negativa, a tecnologia é vista como desumanizante, quando seu uso indiscriminado acarreta danos à mulher e ao bebê. A ideia de “parto tecnológico” e de “modelo tecnológico invasivo” comportam esta perspectiva em oposição ao “parto fisiológico” / “parto naturalizado” que correspondem à imagem do parto humanizado em essência. A tecnologia no “modelo humanizado” é entendida como necessária, mas subordinada a valores humanos. Em outras palavras, a tecnologia deve abranger conceitualmente tanto instrumentos e equipamentos, quanto aspectos intersubjetivos. É nesse sentido, por exemplo, que Zampieri (2006, p. 321-323) afirma que a tecnologia pode ser humanizada. Nessa linha, Brüggemann (1998, p. 53) concorda que a tecnologia pode ser uma aliada do “novo modelo de assistência ao parto e nascimento”. Sob o conceito de “tecnologias apropriadas” a pesquisadora requalifica a inserção da tecnologia na assistência.

As condutas relativas a uma tecnologia apropriada em obstetria propõem a humanização da atenção durante a gestação e parto. A ênfase está colocada na valorização da comunicação humana e nas relações interpessoais, na satisfação das necessidades dos pacientes sem recorrer necessariamente a métodos e técnicas complexas, nem impondo normas cujos fundamentos não são válidos e na *priorização do natural*.

Em síntese, é preciso analisar as tecnologias utilizadas segundo as modalidades de atendimento, e adotar aquelas que se avaliam como adequadas em termos de sua capacidade de satisfazer as verdadeiras necessidades humanas. Isso implica em atuar com critério de responsabilidade social (BRÜGGEMANN, 1998, p. 55-56 – grifos da autora).

Em uma perspectiva do discurso de humanização, Nascimento et al (2010) propõem o conceito de tecnologias não-invasivas no cuidado de Enfermagem Obstétrica, isto é, práticas relacionadas aos processos de gestar e parir que não sejam “[...] invasivas à fisiologia do corpo, da

mente e da privacidade do ser feminino”. As pesquisadoras entrevistaram mulheres que pariram em uma casa de parto no município do Rio de Janeiro e constataram que o “acolhimento carinhoso”, a “presença do acompanhante” e a “movimentação corporal” favoreceram o protagonismo da mulher e o desenrolar fisiológico do trabalho de parto. Elas defendem que a tecnologia em saúde deve ser entendida como “[...] um saber estruturado aplicado com intencionalidade e justificativa e que produz resultado que satisfaça as necessidades individualizadas dos seres humanos”.

O conceito de tecnologia apresenta-se em três tipos de classificações: em tecnologias leves, que implicam a criação de relação entre sujeitos (profissional de saúde e cliente), e pode se concretizar através da comunicação, do acolhimento e vínculo. As leves-duras, que são os saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde (por exemplo, a clínica médica e a epidemiologia), e as duras que são os equipamentos tecnológicos (como as máquinas, normas, rotinas e estruturas organizacionais) (NASCIMENTO et al, 2010, p. 457).

Para Nascimento et al (2010), a desmedicalização do parto e nascimento envolve a aplicação de “tecnologias apropriadas” ao desenvolvimento fisiológico desses fenômenos. Para tanto, ela considera que aspectos humanos relacionados à forma como o profissional de saúde atende a mulher em trabalho de parto são primordiais para a melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Leila Azevedo (2008, p. 57), nessa mesma linha, afirma que “No modelo biomédico, o cuidado é fragmentado e impessoal, baseado em queixas e sintomas isolados, e na incorporação indiscriminada de tecnologias duras”.

Verificamos, então, que o discurso de humanização não nega o uso de tecnologia. Mas, afirmando compreender o uso com base nas evidências científicas, pondera a utilização rotineira de determinados procedimentos e instrumentos sem que haja indicação clínica, bem como, propõe a inserção de outros aparelhos e técnicas considerados menos invasivos no trabalho de parto de normal (bola de pilates, piscina, cadeira de cócoras, acupuntura, etc.).

As categorias risco, espaço-tempo, posições dos sujeitos, tecnologia são dispositivos que utilizamos para explicar como nas teses e dissertações o parto, o nascimento e a assistência aparecem como objeto do discurso de humanização. Sem a pretensão de esgotar todas as tensões encontradas nesses trabalhos, verificamos que as táticas de

oposição, isto é, de diferenciação entre duas formas de conceber o parto e a assistência obstétrica, são constantemente referenciadas. Trata-se de oposições em vários segmentos de práticas e concepções sobre o trabalho de parto e parto, que são reunidas sob a alcunha de “modelo” ou “paradigma”: modelo da humanização contra modelo tecnocrático, modelo feminino versus modelo médico hegemônico, modelo medicalizado contra modelo desmedicalizado.

Abrimos esse texto indicando como o conceito de risco permanece no modelo humanizado e torna possível dentro do regime biomédico e biopolítico a mulher ter uma postura mais livre e ativa no trabalho de parto e parto. Porém, diferente de uma visão idílica, de retorno à natureza, a uma entidade feminina supra-humana, trata-se de um processo de reconhecimento e estudo sobre o próprio corpo e sobre as rotinas hospitalares comumente disponíveis para a realização do parto. A dimensão estética do parto que essa figuração cria também orienta mulheres e condiciona formas de racionalizar o parto, encontrando na racionalidade do movimento motivações para buscar um parto melhor para si e para seu bebê. Falamos muito mais em posições no discurso, de socialização do que de individuação. Por fim, essa concepção de parto, que sem dúvida é mais saudável para mulher, com menos sequelas físicas e psicológicas, toma a dimensão de flancos de disputa, como já vimos, pela profissão que deve realizar esse parto, por como deve ser a política de assistência nesse setor, e por como conduzir a organização acadêmica em torno da temática da humanização.

CAPÍTULO 4

HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: A “VONTADE DE SABER”

Humanização é uma palavra difícil de definir. Polissêmica ao longo da história política e da filosofia, o termo 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. Por outro lado, pressupõe um profundo conhecimento da natureza como elemento indispensável para o sucesso dos sujeitos na vida. 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 do que é “o humano” em uma ideia fora do que se encontra na realidade. 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 (2005c, p. 346), 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

juízos 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, 2005c, 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. É sob esses aspectos que uma das referências na definição do termo humanização no país vai expor “os muitos sentidos da humanização”.

O termo *humanização* do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens *baseadas em*

evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. *Humanização* é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (DINIZ, 2005, p. 635 – grifos da autora).

Está na origem do uso do termo humanização pelo movimento do parto e nascimento, em específico pela REHUNA, a estratégia de diferenciação frente aos procedimentos instituídos nas práticas da assistência e, em simultâneo, uma ponte com os profissionais de saúde. Todavia, o uso indiscriminado do termo humanização por protagonistas e antagonistas do movimento de humanização do parto derivado dessa ambiguidade, gera uma necessidade constante de conceituar, de definir o que é humanização. Ou ainda, em definir qual seria “a nossa humanização em oposição à humanização deles”. Situação que não somente revela os embates estabelecidos pelo movimento, como convoca seus militantes à academia e ao exercício conceitual para estabelecer o modelo, a figura que melhor representaria o movimento. No site da Associação Portuguesa pela Humanização do Parto (HUMPAR), o médico brasileiro Ricardo Herbert Jones (2013) problematiza e complementa esta questão no artigo intitulado “Humanização do parto: Qual o verdadeiro significado?”:

Percebi que existe muita confusão conceitual nesta área, e que se quisermos realmente modificar estas questões temos que definir claramente qual a nossa proposta de modelo, o que queremos dizer com humanização, quais os nossos objetivos e as nossas metas. Assim como a discussão do "normal e natural", a discussão do "humanizar" faz-se necessária, sob pena de colocarmos em um mesmo saco gatos, cães, lebres, coelhos. Não é admissível que "humanização" torne-se um chavão vazio, como tantos outros que conhecemos, em que todos o utilizem sem a menor responsabilidade e sem ter consciência exata do que estão tratando.

[...] Desta forma, muito mais importante que a humanização da forma, é necessário instituir a humanização dos conceitos. É fundamental construir uma visão nova, que resgate este protagonismo [da mulher] perdido pela tecnocracia dogmática e fechada do

cientificismo religioso. Sem este delineamento do que concebemos por humanização ficaremos todos tratando por um mesmo termo conceitos completamente diversos. Enfim, o projeto de humanização do Parto e Nascimento inicia-se por uma definição clara do que entendemos por "humanizar", para que a partir de conceitos firmes e sólidos possamos construir um modelo mais justo e adequado para as mulheres, sua família e seus filhos.

Esse vazio retratado por Jones está na própria origem e nos diferentes usos do termo humanismo ao longo da história e, em específico, no interior da assistência ao parto e nascimento. Nosso trabalho é expor esse esforço de militantes do movimento que encontraram na academia um local profícuo para desenvolver pesquisas para legitimar o modelo defendido. Lembramos que utilizamos como critério de escolha das teses e dissertações a inserção das pesquisadoras na prática profissional, na política e em organizações sociais que se identificam com o “ideário do Movimento”, como define Tornquist (2004). Assim, os trabalhos da academia têm por objetivo legitimar cientificamente o discurso do movimento, gerando tanto a desqualificação de conceitos da chamada “Obstetria tradicional” quanto à validação de novas práticas. Essa legitimação inclui a necessária institucionalização que o movimento necessita para influir nas políticas públicas como, também, obter financiamentos. É sob essas considerações que descreveremos as concepções de humanização presentes nas 11 teses e dissertações selecionadas.

4.1 AS DEFINIÇÕES E INDEFINIÇÕES DE HUMANIZAÇÃO NAS TESES E DISSERTAÇÕES

Os trabalhos de Ratto (1997), Osava (1997), Diniz (1997) e Brüggemann (1998) são anteriores a edição dos programas do governo federal para humanização do parto e nascimento e contemporâneas a publicação do manual *Care in Normal Childbirth: a practical guide* da 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 resultados da instituição das primeiras maternidades e centros de parto normal “humanizados” sob esse modelo que se propõe novo.

O primeiro trabalho selecionado para nosso *corpus* é 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”. Ela não define humanização e, embora o cite 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, Odent, Paciornik. O enfoque do trabalho de dissertação é verificar a incorporação dessa nova perspectiva pelos profissionais de saúde da então recém-inaugurada Maternidade Leila Diniz 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, inclusive recorrendo a este termo para qualificar práticas que remontam “o movimento pelo parto natural ou fisiológico” da década de 1950; ao mesmo tempo, em que 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”, entre outras características, configuram para ela o “parto tecnológico”. Para especificar o que considera apropriado para a assistência obstétrica, Osava transcreve as recomendações da Carta de Fortaleza (OMS, 1985), os objetivos da Carta de Campinas (REHUNA, 1993) e a classificação das práticas obstétricas elencadas em “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” 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 enquanto profissão. Por isso, 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, para ela, coaduna-se com a ciência e a tecnologia. O humanismo tecnológico e científico tem por tarefa revalorizar concepções e procedimentos tradicionais à luz da humanização, a exemplo das *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 (1997; 2001) 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 acredita que o emprego da 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. 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).

Em sua pesquisa de doutoramento, Diniz analisou documentos, realizou observação participante em duas maternidades autointituladas humanizadas e entrevistou profissionais de saúde e pacientes. 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 obstetrix (2001, p. 90); “[...] à *legitimidade financeira* dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos” (DINIZ, 2001, p. 92); “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 escolha da mulher pelo tipo e pelas condições de seu parto (DINIZ, 2001, p. 93); *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 negligência (REHUNA, 2000). 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, 2011, 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, ainda que seja necessário considerarmos a história da constituição do que passou a ser chamado “Direitos Humanos” (HUNT, 2009).

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, p. 17). Sua proposta é a de “[...] 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 mantém um vínculo aos direitos fundamentais ao estar relacionado ao humanitarismo e à dignidade da pessoa humana. A humanização é vinculada ao humanismo como corrente filosófica, em específico, alguns autores citados fazem referências ao existencialismo. Outra estratégia utilizada pelo autor 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, igualmente, ao uso oportuno para constituir seu antônimo, igualmente impreciso, a desumanização (DIAS, 2006, p. 19-32).

Porém, de uma forma assumidamente utópica, o autor impõe-se como tarefa trazer formas para operacionalizar esse conceito, sob o risco anunciado de vislumbrar a humanização como um movimento passageiro, um modismo ou até mesmo uma forma de atendimento voltado para parcelas restritas de mulheres, uma vez que as usuárias dos serviços precisam ter noções do que seja humanização ou - diante da multiplicidade de sentidos da expressão - para que possa reivindicar qual o 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, p. 261). Para chegar mais perto às formas de aplicação 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 devido à 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 ideias 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 direta 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 das formas 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). A dignidade humana pressupõe que “[...] todo o ser humano é o maior valor” (ZAMPIERI, 2006, p. 115). 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, as dificuldades de implantação da política e as diferenças de ideários para o que seja o melhor atendimento, como destacado em trechos anteriores de nossa dissertação, 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 as lutas das enfermeiras obstetras para implantação do modelo humanizado de assistência na Casa de Parto David Capistrano Filho. A pesquisadora afirma que na proposta de humanização subjaz a denúncia de violação dos direitos humanos por parte dos serviços de saúde:

[...] o termo “humanização” tem sofrido críticas e resistências, até mesmo entre os profissionais de saúde. Para Boaretto (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, 1993), 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 no Nascimento - PNHPN (BRASIL, 2000), para o qual a humanização compreende 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 PNHPN 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 da tese 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 technocratic, 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 holístico²⁴. 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 valorizadas, 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 irrepitível. 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

²⁴ Nesse momento, enfocaremos nos conceitos pertinentes à humanização, para, mais adiante, discutirmos a estratégia de exposição e oposição de modelos e paradigmas presentes nas teses e dissertações, tal qual faz Pereira (2007).

é reconfigurado e são empreendidas mudanças tanto nas práticas profissionais quando 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, p. 15). 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 também tem como foco 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 porque razões essas mulheres preferiram um ambiente alternativo ao hospital para parirem. A pesquisadora toma o termo humanização como um conceito já consolidado, tanto pela política nacional de saúde como por segmentos da sociedade civil (REHUNA, ABENFO, Parto do Princípio, Amigas do Parto), trazendo referências a sua concepção em duas notas de rodapé. Ela cita Diniz (2005) 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 por Jorge de Resende e Fernando Magalhães e, a contraposição a tal uso a partir da menção do modelo humanístico de Davis-Floyd.

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 (DAVIS-FLOYD, 2004). (LESSA, 2012, p. 45 – grifos da autora).

Os trabalhos de Lessa (2012) e de Gomes (2012) não têm por foco esmiuçarem as possíveis acepções de humanização, elas alinhavam em suas narrativas à 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 (2012) 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” (2008), 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.

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; DINIZ, 1997, 2001; DIAS, 2006; ZAMPIERI, 2006; PEREIRA, 2007). Nesses trabalhos ficam evidenciadas algumas estratégias para exposição das definições de humanização: a) o termo é polissêmico e utilizado por diferentes sujeitos, em diferentes posições de discurso, servindo de justificativa de diferenciação; b) a humanização é contrária à prática médica, sendo associada à prática da Enfermagem e da enfermeira obstétrica; c) está associado à defesa de direitos humanos, à dignidade da pessoa humana e demais concepções vinculadas ao humanitarismo jurídico; d) 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; e) necessariamente não nega a instituição hospital, apontando ser possível transformar as formas de assistência no interior dessa instituição; f) está embasada em evidências científicas, em revisões sistemáticas de pesquisas sobre o parto, o que revelaria maior cientificidade desse modo de assistir à gestante do que a que comumente é promovido pela obstetrícia; g) é resultado do ideário de um movimento social, que defende o protagonismo da mulher e o controle sobre o seu próprio corpo; h) é vinculado a inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto normal, sobretudo, de enfermeiras obstétricas, revelando disputas profissionais pela ocupação do espaço obstétrico, i) a designação presente em todos os trabalhos de que se trata de um “modelo” ou um “paradigma” de assistência em oposição a outro modelo.

Dentre as fontes enumeradas por essas pesquisas, destacamos a referência constante às recomendações da OMS publicadas em “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, a Carta de Campinas e documentos da REHUNA, referência ao acolhimento das concepções internacionais nas portarias e decretos que regulamentam a Política 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 Carmem Simone Grilo Diniz (2001, 2005) –

e a referência em quatro teses e dissertações aos livros e artigos da antropóloga Robbie Davis-Floyd.

É possível asseverar, por fim, que a humanização tem uma ligação com a recuperação de um altruísmo dos profissionais de saúde frente a suas clientes. Retomando o que já discutimos sobre as disputas por qual o profissional tem maior competência para realizar o parto normal sob as condições da humanização (como visto no capítulo dois), a definição de humanização como respeito à dignidade, aos direitos, à integralidade da mulher, o ato de devolver o parto para mulher, de realizar o parto com base em evidências científicas, a ênfase na comunicação e na educação são claros indícios de que o médico obstetra e a Medicina não atendem à missão a qual a sociedade confiou-lhe para garantir um parir e um nascer saudáveis. É nesse questionamento de um humanismo perdido, de um “resgate” do humanismo presente nas relações femininas e também em um apelo ao humanismo ético do médico, que as pesquisas oferecem concepções que auxiliem nas mudanças necessárias tanto para a atuação dos profissionais envolvidos quanto para sua formação e transformação.

4.2 O NOSSO CONTRA O DELES: A HUMANIZAÇÃO COMO MODELO E PARADIGMA DA ASSISTÊNCIA

Como demonstrado anteriormente, a humanização e a obstetrícia são colocadas em oposição pelo discurso da academia mediante a utilização das categorias “modelo” e “paradigma”. Modelo e paradigma, etimologicamente, são sinônimos. As origens filosóficas da palavra paradigma, como categoria, já estão dispostas em Platão, para quem uma ideia constitui o princípio, a representação que serve como forma para todas as representações terrenas, sensuais (ABBAGNANO, 2007, p. 742). Modelo, por sua vez, tem como referência a possibilidade de representação, do uso de uma determinada figura como princípio sintético e claro para explicar todo um conjunto de práticas e conceitos.

Em saúde, a concepção de modelo de assistência aproxima-se ao uso e horizonte conceitual das teses e dissertações estudadas. Para Ayres (2009, p. 12), “entende-se por modelo de atenção à saúde a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações”. Paim (2001) define que um modelo de assistência

consubstancia uma concepção sobre o uso de tecnologia para intervir em problemas e necessidades sociais da saúde.

Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma **razão de ser** – uma racionalidade. É uma espécie de “lógica” que orienta a ação. **Modelo de atenção à saúde** ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar **técnicas e tecnologias** para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os **meios de trabalho** (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os **meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde** individuais e/ou coletivo. Corresponde à **dimensão técnica** das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” **que orienta as intervenções** técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelos de intervenção em saúde) (PAIM, 2001, p. 7-8 – grifos do autor).

Thomas Kuhn (1998), em “A Estrutura das Revoluções Científicas” diz que o paradigma nas ciências, diferente do modelo, não apresenta a resposta para todas as questões de uma época, mas ilumina um conjunto de práticas para a pesquisa sobre a natureza da qual o “paradigma” anterior passa a não dar mais conta. Esse paradigma pode nascer em um conjunto restrito da comunidade acadêmica e passar a influenciar crescentemente a prática da “ciência normal”, tornando obsoleta a visão até então dominante.

Ao denominar um conjunto de práticas sob a alcunha da humanização como um “novo paradigma” ou como um “novo modelo”, está se realizando um duplo movimento. (A) De que um conjunto de práticas em torno do parto medicalizado pode ser tomado como um modelo, uma ideia que caracteriza sinteticamente procedimentos, conceitos e atribuições profissionais, em uma espécie de “imagem idealizada” do que são o parto e o nascimento. Esse modelo não é tanto da ordem do científico-biológico, como também do antropológico. Há um conceito de “mulher”, de “humano” envolvido nesse modelo. (B) De que um conjunto restrito de profissionais, mulheres e pesquisadores estão propondo um novo paradigma, de que o certo, o moderno, o mais

atual, o mais científico está nessa novidade conceitual ainda por se conceitualizar. No sentido dado a esse último aspecto é que podemos perceber como se torna necessária, a partir da enunciação do paradigma (no sentido dado por Kuhn) o trabalho de “limpeza²⁵”, determinando novas áreas, cunhando novos conceitos e, principalmente, adequando a complexidade da realidade ao paradigma proposto (KUHN, 1998, p. 44-45).

Essa figura idealizada do parto saudável e da mulher protagonista e feliz com a experiência estabelece que o parto seja um evento natural (fisiológico, próprio da ordem biológica do corpo humano), um evento psicológico (de identidade, de transformação da mulher), e social (tanto da ordem das representações inerentes ao ato de parir como das relações sociais necessárias presentes desde a formação da mulher, incluindo a gestação, o parto e a maternidade). Nessa conjuntura, o parto deve ser respeitado em seu tempo, em um espaço em que a mulher se sinta segura e confortável, com atendimento especializado e específico (singularizado, para ela), preferencialmente sem qualquer intervenção artificial dos profissionais para o início do trabalho de parto, sem a utilização de fármacos (oxitocina sintética, dilatador do colo do útero, anestésicos), sem a utilização de procedimentos e instrumentos invasivos (tricotomia, episiotomia, manobra de Kristeller, etc.) e com o emprego de tecnologias apropriadas (ambiente diferenciado com instrumentos como a bola, piscina, cadeira para parto, etc.), com a possibilidade de deambulação e de ingestão de líquidos e alimentos, permitindo e incentivando a presença de acompanhante da escolha da mulher, respeitando a liberdade da mulher para escolher a posição que desejar no período expulsivo (de quatro, na cadeirinha, na água, evitando a posição de litotomia), no lugar em que desejar (hospital, casa de parto, residência), sem a indicação rotineira de cesariana (salvo se

²⁵ “A maioria dos cientistas, durante toda a sua carreira, ocupa-se com operações de limpeza. Elas constituem o que chamo de ciência normal. Examinado de perto, seja historicamente, seja no laboratório contemporâneo, esse empreendimento parece ser uma tentativa de forçar a natureza a encaixar-se dentro dos limites preestabelecidos e relativamente inflexíveis fornecidos pelo paradigma. A ciência normal não tem como objetivo trazer à tona novas espécies de fenômeno, na verdade aqueles que não se ajustam aos limites do paradigma frequentemente nem são vistos. Os cientistas também não estão constantemente procurando inventar novas teorias; frequentemente mostram-se intolerantes com aquelas inventadas por outros. Em vez disso, a pesquisa científica normal está dirigida para a articulação daqueles fenômenos e teorias já fornecidos pelo paradigma” (KUHN, 1998, p. 44-45).

realmente necessário), estímulo ao contato pele-a-pele imediato entre mãe e bebê após o nascimento, sem exames desnecessários no bebê logo ao nascer, com incentivo e apoio à mulher para o aleitamento materno, sem uso de fármacos para a dequitação da placenta, com o respeito à privacidade e à intimidade da mulher e da família inerentes ao parto e nascimento, mediante o cuidado pela equipe de saúde de não expor a mãe em situações vexatórias e degradantes, e oportunidade para que mãe e pai recebam o bebê em privacidade, prática de alojamento conjunto, acompanhamento na amamentação e encaminhamento para o atendimento pediátrico. Todas essas ações que podem ter adições e reduções a depender das circunstâncias e possibilidades para o parto significam uma vitória para a mulher e para a equipe de saúde que a acompanhou. Trata-se, na concepção humanizada, de um parto saudável e feliz, com baixo risco de mortalidade materna e infantil e sem morbidade para mãe e bebê. Essa figura do parto ideal presente no ideário do movimento consubstancia-se no resguardo do direito a toda mulher ter a oportunidade de conhecer as possibilidades de parir e escolher como deseja o seu parto.

Notamos ainda as referências que as teses e dissertações e diferentes sites, blogues de ativistas do movimento no Brasil fazem para estabelecer figurações do discurso, sínteses que permitem compreender essa mulher e esse parto: a) há uma ênfase nas citações a divindades antigas, em especial a deusas gregas como Artêmis, Deméter e Afrodite, a deusas egípcias como Isis, e de divindades do hinduísmo; b) a mulher é figurada como uma deusa, com ênfase da imagem de seu útero, do bebê e do cordão umbilical; c) imagens que representam a placenta como a árvore da vida, estabelecendo a conexão da mulher com a sua natureza e com a natureza; d) associação à medicina oriental e indígena; e) prática de técnicas de Ioga e Shantala; f) imagens de mulheres grávidas com mensagens escritas no ventre “esse parto é meu”, “esse corpo é meu”, “deixe-me parir em paz”, etc.; g) a proliferação de filmagens de partos considerados humanizados para divulgação da causa do movimento. Essa vinculação ao holístico, ainda que atenuado, também aparece em teses e dissertações, e demonstram como se constitui uma estética do parto e nascimento que extrapola a produção acadêmica e a influência na busca por conhecimentos que, paradoxalmente, muitas vezes são chancelados pela ciência ocidental. Essas características reforçam aspectos do movimento ecológico que influenciam fortemente a visão de parto e nascimento proposta pela humanização, visão que inclusive é criticada por correntes do

feminismo. Simone Grilo Diniz (1997; 2001)²⁶ especifica que não pensa essa figura feminina em oposição ao masculino ou no retorno de todas as mulheres a uma essência feminina. Mesmo com essa ponderação, é importante apontar que essa associação costuma ser feita, e a imagem da mulher “empoderada” em sua natureza de mãe e feminina é recorrente nos textos estudados.

Esse essencialismo feminino guarda relações com outra imagem presente no movimento, a de natureza. Tornquist (2002, p. 488) faz uma crítica a essa forma de “retorno” presente em muitas abordagens da humanização.

No entanto, essa valorização da diversidade cultural tem sido a base da busca de uma forma natural de parir dos seres humanos, acentuando, de um lado, os aspectos ritualísticos do parto e, de outro, remetendo à categoria de instinto universal, categoria essa que tem um especial valor dentro do ideário. O próprio termo ‘humanização’ reforça uma concepção de ser humano fora da história e liberto da cultura, na qual humanizar é sinônimo de ‘animalizar’. A definição de humanização para um autor como Odent está referida ao lugar contíguo dos seres humanos junto aos demais mamíferos superiores, e a nossa particularidade (a dimensão cultural) é vista como um problema do qual nós deveríamos nos ‘livrar’, para então reencontrar nossos instintos perdidos. A humanização contrapõe-se aqui à cultura, vista apenas como constrangimento, e não como condição humana da qual não é possível escapar.

A crítica ao modelo medicalizado de assistência ao parto, desse modo, não questiona a própria concepção dicotômica natureza–cultura, mas sim inverte os sinais, positivando a dimensão tida como Natural e negativando aquela tida como tecnocrática/social/cultural e ocidental. O ideário, ao entronizar dessa

²⁶ “Um último limite deve ainda ser lembrado: a tendência a uma interpretação romantizada, nostálgica do passado e das tradições humanas que deveriam ter prevalecido, ou do essencialismo de uma natureza pura que teríamos perdido, imersos que estamos em uma cultura misógina e medicalizada. Queremos abrir mão de uma interpretação idealizada das relações de gênero, do corpo ou de divindades femininas, e reafirmar que não estaremos buscando uma “evolução” de uma assistência mais humana (e implicitamente mais “feminina”) para uma supostamente mais desumana (masculina, científica, objetiva).” (DINIZ, 1997).

forma a Natureza, remete-se às concepções evolucionistas e românticas de um mundo e de uma humanidade distantes ou libertos da arbitrariedade da história e da cultura (TORNQUIST, 2002, p. 488).

Além da constituição dessa figura síntese da humanização do parto (parto feliz, mulher empoderada e retorno à natureza), as teses e dissertações analisadas exploram o conceito de paradigma com o intuito de demarcar os limites de uma assistência obstétrica considerada não científica por não proceder de acordo com as “evidências científicas” e não responder às demandas de mulheres e famílias por direitos humanos. Ao identificarem a convivência simultânea de dois modelos de assistência e ao afirmarem testemunhos de uma “transição paradigmática”, as pesquisadoras que aderem ao novo modelo se impõem a tarefa de “limpeza” (KUHN, 1998), indicando a necessidade de confrontar o novo referencial com a realidade. Isso acontece ao proporem modelos para institucionalização do paradigma, ao estudarem os modos como profissionais de saúde incorporam as novas práticas, ao procurarem definir os sentidos da humanização e ao estabelecerem formas de conceituar procedimentos transformadores da prática (como cuidado humano, parto desmedicalizado, tecnologia apropriada para o parto, etc.).

O exercício de conceituação, de “limpeza”, trabalha o paradigma transformador visando denunciar os pontos confrontados no paradigma oposto. Esse caráter assume a postura de denúncia nas teses e dissertações, pois são evidenciadas as concepções e práticas antagônicas como base para a construção de conceitos da humanização. Conceitos aglutinados na designação paradigma ou modelo, estabelecendo campos opostos, paradigmas opostos e zonas de enfrentamento. Trata-se da oposição entre o paradigma ou modelo tecnocrático (escolhi uma das designações mais utilizadas, pois, como veremos, são muitas) e o paradigma ou modelo humanizado. Descreveremos essa oposição de modelos apontando considerações da antropóloga Davis-Floyd (2001), citada para caracterizar tais modelos por parte das teses e dissertações estudadas.

Robbie Davis-Floyd (2001) descreve três paradigmas de assistência à saúde que coexistem nas nações industrializadas do ocidente e que influenciam o parto e o nascimento contemporâneos: o modelo tecnocrático, o modelo humanizado e o modelo holístico. O modelo tecnocrático de saúde, afirma Davis-Floyd, incorpora o sistema de valores da vida tecnocrática, cujos “[...] sucessos são fundados na

ciência, efetuada por tecnologia, e realizada através de grandes instituições regidas por ideologias patriarcais em um contexto econômico com fins lucrativos.” A Obstetria, para a autora, como especialidade da Medicina, repercute os valores culturais que colocam a tecnologia como prioridade.

Nas teses e dissertações encontramos várias designações para nomear este modelo de assistência obstétrica, entre as quais destacamos as seguintes: “paradigma tecnocrático invasivo”, “modelo hospitalar tecnocrático”, “modelo médico de dominação do parto”, “paradigma de atenção ao parto fundamentalmente intervencionista”, “atual modelo de assistência ao parto, tecnológico e centrado no médico”, “modelo médico, patriarcal e centralizador”, “modelo tecnológico de nascimento”, “modelo medicalizado de assistência”, “modelo intervencionista no parto”, “modelo médico de assistência”, “paradigma corpo-máquina de base científico-racionalista”, “modelo médico de dominação do parto”, “modelo masculino de cuidado”, “modelo hegemônico”, “modelo biomédico”, “modelo técnico atual”, “modelo do parto como evento de risco”, “modelo de prevenção do parto”, “modelo preventivo da distócia”, “modelo dogmático de antecipação e prevenção do desastre”, “modelo atual do risco sexual-reprodutivo no parto”, “modelo da fisiologia patológica” ou “modelo tecnocrático”.

As diversas denominações contêm alguns elementos em comum. A ideia de modelo, paradigma e racionalidade; a concepção científica mecanicista e o uso indiscriminado de tecnologia; a noção de gênero com o uso dos adjetivos “patriarcal” e “masculino”; um viés profissional, em que o saber/poder médico responde pela conformação do arcabouço discursivo que sustenta as concepções e práticas da Obstetria moderna; a denúncia de que este modelo exerce um tipo de autoridade porque tem caráter “centralizador”, “hegemônico” de “dominação” em um local em que essa autoridade é inquestionável: o hospital, e denotando que as relações interpessoais que se constituem sob esse modelo são assimétricas; a acentuação da noção de “risco” e de “patologia” do ciclo reprodutivo feminino, cuja consequência imediata é a “medicalização” ou o excesso de intervenção na fisiologia do parto e nascimento. Nas dissertações e teses analisadas, o “modelo tecnocrático” vem associado à desumanização do parto e nascimento.

A assistência prestada à mulher durante o processo do nascimento sofreu modificações significativas através dos tempos, principalmente a partir do século XX, com a institucionalização do parto e sua medicalização, com os

avanços tecnológicos, e o desenvolvimento da medicina fetal. Criou-se um “saber” médico na área de obstetria. Observamos que, por um lado, o surgimento de novas técnicas e descobertas correspondeu à melhoria das condições de parto, mas por outro, configurou-se na desumanização do nascimento (BRÜGGEMANN, 1998, p. 22).

Em seu conjunto, o uso desses adjetivos remetem às 12 características do modelo tecnocrático destacadas por Davis-Floyd (2001): A separação mente-corpo (1) e o corpo como máquina (2):

No hospital, o aparelho reprodutivo da mulher é tratado como uma máquina de nascimento, conduzida por habilidosos técnicos, dentro de parâmetros de tempo inflexíveis. A *cérvix* uterina é avaliada em intervalos regulares, pelo menos a cada duas horas, e algumas vezes, mais amiúde. Se a dilatação não progride em conformidade com determinados parâmetros de tempos, um soro com ocitocina é instalado porque a máquina está defeituosa. Em consonância com a metáfora do corpo humano como uma máquina, e as concepções tayloristas de organização do trabalho, os obstetras tem adotado um modelo de *linha de montagem* no parto hospitalar (OSAVA, 1997, p. 58 – grifos da autora).

Davis-Floyd afirma que o “princípio da separação” é o principal valor do modelo tecnocrático, que separa os sujeitos de seu contexto, a mente do corpo, o corpo em partes, o saber em especialidades, o sujeito do objeto, a mãe de seu bebê. A metáfora do corpo como máquina marca um princípio de diferenciação sexual, porque o corpo do homem é concebido o padrão e o corpo feminino é visto como um desvio, como defeituoso por natureza. Então, “[...] o hospital tornou-se a fábrica, o corpo da mãe se tornou a máquina, e o bebê se tornou o produto de um processo de fabricação industrial” (DAVIS-FLOYD, 2001). Como resultado dessa concepção, segundo a antropóloga, o parto e o nascimento são considerados mecanicamente imperfeitos, cabendo à Obstetria moderna o desenvolvimento de instrumentos e de tecnologia para adequar o processo reprodutivo feminino ao “modelo de linha de montagem fabril”.

O paciente como objeto (3) e o distanciamento do paciente (4)

Ainda hoje ao ser admitida em trabalho de parto (TP) em um hospital público, de um modo geral, a mulher é afastada de seus familiares e submetida a uma série de procedimentos de indicação duvidosos. Como forma de adequar o TP ao funcionamento do hospital e aos horários dos profissionais sua fisiologia é modificada por intervenções que têm o objetivo de acelerá-lo, independente dos desejos da mulher ou de eventuais riscos para ela e para o bebê. Estas intervenções são geralmente executadas sem que a mulher seja informada sobre o que está sendo feito e é comum que permaneça abandonada do pré-parto sem nenhum tipo de suporte físico ou emocional. Com dor, em jejum, seminua, num ambiente estranho e com profissionais desconhecidos, a mulher não tem como vivenciar esta experiência senão como um sofrimento interminável. A ênfase dada apenas aos aspectos médicos, durante todo o acompanhamento do TP, parto e nos cuidados imediatos com o bebê é exagerada e ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. [...] O atendimento compromete não apenas a mulher. Além de todas estas violências, após o nascimento, mãe e filho(a) são separados(as) para que sejam realizadas as rotinas de cuidados com o bebê, independente das necessidades fisiológicas e afetivas para que esse encontro se realize o mais depressa possível (DIAS, 2006, p. 50-51).

A mecanização do corpo e o princípio de separação da “tecnomedicina” acarretam a despersonalização dos sujeitos. Davis-Floyd (2001) aponta que, na formação em Medicina, os estudantes são ensinados a não se envolverem emocionalmente com seus “casos”. A formação médica pressupõe ainda a separação e especificação do conhecimento sobre o sujeito, não permitindo a integralidade da assistência (LAMPERT, 2002). Essas características são tecnicamente aplicadas e disciplinarmente conduzidas no hospital (FOUCAULT, 2000), o que evidencia outros aspectos do modelo tecnocrático apontadas por Davis-Floyd (2001): “diagnóstico e tratamento de fora para dentro” (5) – primazia de recursos biomédicos, como fármacos e tecnologia, para atestar e resolver problemas de saúde; “organização hierárquica” e “padronização do cuidado” (6) – para o qual o saber e a autoridade médica são mais valorizados e reconhecidos que outros saberes e profissões, a hierarquização gera a padronização de procedimentos, mesmo que cada mulher seja um ser individual e

singular, as rotinas impostas na dinâmica hospitalar acabam por causar a despersonalização do parto e do nascimento; “autoridade e responsabilidade inerentes ao médico e não ao indivíduo que recebe o cuidado” (7), o que acarreta a subordinação do indivíduo à autoridade médica e à instituição hospitalar. Esse modelo supervaloriza a ciência e a tecnologia (8) e concebe a assistência em saúde sob uma perspectiva intervencionista que almeja resultados de curto prazo (9).

No modelo tecnocrático a morte é sinônimo de derrota (10), um sinal de que natureza não foi completamente vencida e domada. Segundo Davis-Floyd (2001), quanto mais dominamos a natureza, mais temerários ficamos dos aspectos da natureza que não conseguimos controlar. E essa noção de que a morte é algo a ser vencida a todo o custo, reverbera na assistência ao parto e nascimento, na visão de que a mulher é incapaz de superar as imprevisibilidades da natureza sem o arsenal tecnológico da Obstetrícia moderna. A hegemonia tecnomédica (11) e a intolerância com outras modalidades de assistência (12) terminam por caracterizar o modelo tecnocrático. No modelo tecnocrático, a medicina alopática é considerada o padrão, outras modalidades de assistência, como a homeopatia e a acupuntura são reconhecidas apenas como formas alternativas de cuidado. No parto e no nascimento, não é diferente. O padrão é o parto hospitalar, sob a tutela médica e mediante a supressão de processos fisiológicos. O parto fisiológico é alternativo, a mulher que o escolhe é vista como ousada, e a profissional que a estimula e apoia, considerada irresponsável.

Esta concepção de parto é diametralmente oposta à concepção da humanização do parto e nascimento, para o qual o padrão é o parto fisiológico, enquanto o parto cirúrgico uma medida necessária em casos específicos - cerca de 15% do total dos partos de uma população. Nas teses e dissertações, o conjunto de propostas de mudança para a assistência obstétrica oriundas do discurso de humanização aparece sob a forma de modelo ou de paradigma com as seguintes designações: “paradigma mais voltado para o aperfeiçoamento da fisiologia do parto”, “paradigma não-intervencionista”, “modelo fisiológico de acompanhamento no parto”, “modelo contra-hegemônico”, “paradigma emergente”, “novo modelo que permita dar conta da saúde vista em sua positividade, complexidade e como um processo, como um fenômeno multidimensional que envolve e é determinado por aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, todos estes interdependentes”, “modelo de atenção à saúde com perspectiva humanista”; “modelo de saúde social, ético e equânime norteado pela inclusão e solidariedade”, “novo modelo para o cuidado à saúde com

vistas à integralidade e humanização das ações”, “novo modelo de cuidar, humanístico e complexo”, “modelo desmedicalizado”, “modelo humanizado de atenção ao parto e nascimento”, “modelo que permita à mulher maior autonomia e a exclusão de procedimentos desnecessários”, “modelo centrado na mulher”, “paradigma que olha o parto como uma prática assistencial”, “modelo de humanização do parto e nascimento” – nomenclatura que adotaremos.

Segundo Davis-Floyd (2001), esse modelo assistencial caracteriza-se pela conexão entre mente e corpo (1) e a concepção do corpo como um organismo (2) – os aspectos culturais, sociais e psicológicos da mulher impactam nos mecanismos de produção e inibição do trabalho de parto, por isso, o cuidado é voltado para atender a mulher em sua integralidade; o paciente como um sujeito relacional (3) – o contexto social e familiar da mulher é considerado na organização da assistência obstétrica, assim, estimula-se a presença do acompanhante de escolha da mulher durante e após o parto; conexão e carinho entre profissional e paciente (4) – os profissionais devem inspirar segurança e respeito à mulher gestante e a sua família, mediante uma relação dialógica entre eles; diagnóstico e tratamento de fora para dentro e de dentro para fora (5), equilíbrio entre necessidades institucionais e individuais (6); informação, tomada de decisão e responsabilidade compartilhada entre médico e paciente (7) – a ideia de corresponsabilidade da assistência em saúde, ao profissional de saúde cabe prestar todas as informações necessárias e requisitadas pela mulher e por sua família, para que o processo de decisão seja compartilhado; ciência e tecnologia contrabalançada com humanismo (8) – a ciência e a tecnologia devem ser colocadas a serviço das necessidades humanas e utilizadas de forma criteriosa, avaliando-se a singularidade de cada indivíduo; foco em ações preventivas (9) – a abordagem preventiva procura diminuir os excessos de medicalização e de cirurgificação da vida, daí o incentivo a assistência pré-natal e a preparação da mulher/do casal para o parto e nascimento; morte como um resultado aceitável (10), cuidado orientado pela compaixão (11) – Davis-Floyd utiliza o termo *compassion* para designar a capacidade de o profissional de saúde pôr-se no lugar daquele que é cuidado, no sentido de alteridade; abertura para outras modalidades de assistência (12) – o modelo humanístico amalgama tanto os avanços tecnológicos e científicos do modelo tecnocrático e as possibilidades terapêuticas do modelo holístico, como métodos não farmacológicos para o alívio da dor par a mulher em trabalho de parto (massagens, acupuntura, banhos, etc.).

Assim, o modelo tecnocrático é caracterizado em oposição a um novo paradigma de assistência obstétrica, que reformata a cena do parto, reposiciona os sujeitos, redefine atribuições e responsabilidades, propõe novas concepções de gestação, parto e nascimento. O novo modelo ou paradigma é considerado por seus defensores uma superação, porque amalgama o sentido ritualístico do parto e do nascimento juntamente com o estatuto científico da medicina baseada em evidências e a perspectiva de direitos reprodutivos como direitos humanos.

Entendemos que o discurso de humanização inscreve um “feixe de relações” (FOUCAULT, 2005, p. 59-60) que dialoga e busca estabelecer novas posições frente ao discurso médico hospitalar que hegemoniza a obstetrícia. A humanização do parto e nascimento não pode ser tomada somente como uma alteração das técnicas de acompanhamento e intervenção no ciclo gravídico-puerperal. Nem como resultado das pesquisas que atestam quais práticas são mais cientificamente comprovadas para o melhor partear. Nem, ainda, instaura um novo lugar institucional da prática obstétrica (em substituição às maternidades). Nem fruto das mudanças psicológicas e sociais do status da mulher durante o processo de parto e nascimento. Ou ainda, resultado de monumentos políticos e legais que instauram práticas humanizadas (recomendações da OMS, políticas nacionais, etc.). Ou produto da ação organizada de mulheres e profissionais nos diferentes movimentos sociais que surgiram por essa causa. Nem por uma transformação das relações de poder no interior dos hospitais entre médicos, enfermeiras, parteiras. Nem funciona como antítese do modelo tradicional. O discurso da humanização funciona como uma dispersão, em que esses elementos são relacionados, com apoios mútuos e mobilizados para finalidades com interesses e estratégias específicas. As teses e dissertações estabelecem cortes, “feixes de relações”, utilizando a humanização como a urdidura que costura e fundamenta posições no discurso. Fundamento que, em muitos casos, é reduzido à estratégia tautológica que justifica a relação com a relação, impossibilidade das “palavras” traduzirem em pleno sentido “as coisas” e de concretizar o que é humanização nas práticas. Assim, as posições que os sujeitos ocupam no discurso estão tramadas nesse feixe de relações que cada tese ou dissertação encerra. Por sua vez, o conjunto delas apresenta outro lugar de análise, dispositivo de outro interesse, a ordem do discurso que descrevemos.

4.3 AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E A HUMANIZAÇÃO

Ao descrever as características dos integrantes da REHUNA no momento de sua formação e posterior atuação no campo da Obstetrícia e do movimento de humanização em geral, Tornquist (2002, p. 465; 2004, p. 167-168) divide-os representativamente em alternativos/ naturalistas e biomédicos. Os alternativos são aqueles vinculados mais intimamente ao que ficou conhecido como movimento ecológico, de posição contrária à técnica e à ciência ocidental, com a recuperação de ideários orientais, indígenas e naturalistas, buscando uma integralidade entre corpo – mundo com base em práticas sustentáveis. O ato de parir seria o retorno à “ecologia do parto”, à sua fisiologia, à ritualidade e ao feminino. Por outro lado, os biomédicos são representados pelos profissionais de saúde de modo geral - médicos, enfermeiras, psicólogos, etc. – interessados em apreender o parto em seu sentido mais objetivo, por isso mais científico, com mais evidências de resultados satisfatórios para mulheres, bebês e profissionais. Se a humanização é uma adaptação, um amalgama desses dois discursos, como aponta Davis-Floyd, é necessário verificar o que permanece no movimento quanto a essas posições holísticas e biomédicas. Podemos afirmar que a validade do que o discurso preconiza, as táticas de diálogos e enfrentamentos no interior da Obstetrícia e a intenção de produzir conhecimento sobre o parto fez pender a balança para o biomédico. Essa posição é ainda mais evidente na academia.

Tributário dessa história das vanguardas obstétricas e, mais fortemente, da tradição contracultural de pensamento no campo da parturição, o Movimento hoje tem incorporado as lições da chamada ‘medicina baseada em evidências’, concepção esta que critica a medicina convencional pelo uso e abuso de crenças e valores tidos como ‘extracientíficos’, quais sejam, os baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas, como a chamada ‘crença’ na importância da raspagem dos pelos pubianos para evitar infecções, ou a proibição de ingerir líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, entre outras.

A busca de legitimidade científica vem sendo buscada explicitamente por seus ideólogos, assinalando uma preocupação em sair do gueto do mundo ‘alternativo’, com o qual as experiências obstétricas eram identificadas nos anos 1970. A interlocução com o campo biomédico

implica produzir e divulgar estudos de tipo epidemiológico na saúde perinatal e neonatologia. Tais estudos vêm sendo produzidos de forma crescente, ainda que não suficientemente para que a concepção de humanização da assistência deixasse de ser subalterna ou herética. A incorporação da saúde coletiva e pública parece ser importante motivo dessa estratégia de legitimação, vista como necessária, uma vez que se entende que, para mudar a assistência ao parto, é preciso mudar o paradigma que sustenta as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica (TORNQUIST, 2002, p. 487)

A vontade de saber, como parte do movimento, a necessidade em constituir conceitos e de trabalhar no interior de um estatuto de cientificidade veio ao encontro de um movimento epistemológico que teve sua origem na epidemiologia clínica e vem reconfigurando as práticas médicas e seu estatuto de validade nos últimos 20 anos. Essa epistemologia ficou conhecida como “Medicina Baseada em Evidências – MBE (*Evidence-Based Medicine – EBM*)” e tem o objetivo duplo de questionar a prática médica dita “tradicional”, baseada na experiência clínica do médico não generalizada em termos de experimento científico; e de cientificizar a medicina, oferecendo um aporte de dados que auxiliem pacientes e principalmente profissionais no diagnóstico e tratamento corretos e baseados em pesquisas científicas.

A Saúde Baseada em Evidências é uma abordagem que utiliza as ferramentas da Epidemiologia Clínica; da Estatística; da Metodologia Científica; e da Informática para trabalhar a pesquisa; o conhecimento; e a atuação em Saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão nesse campo. A prática da Medicina Baseada em Evidências busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações. Saúde Baseada em Evidências é a arte de avaliar e reduzir a incerteza na tomada de decisão em Saúde (COCHRANE DO BRASIL, 2014).

O termo “Medicina Baseada em Evidências” surgiu em 1992, decorrente de um movimento de epidemiologia clínica anglo-saxônica do Canadá na década de 1980 (CASTIEL; PÓVOA, 2001, p. 206). Na

prática, a noção de integração da experiência clínica às evidências científicas está associada à produção de *guidelines*, recomendações sistematizadas para apoiar as decisões médicas, recomendações resultantes de revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados (RAPOSO, 2010, p. 79). Um estudo clínico randomizado é aquele em que uma experiência é realizada com participantes aleatórios dispostos em dois grupos, um experimental (para o qual se deseja a intervenção) e outro de controle (para se realizar a comparação) (SOUZA, 2009, p. 4). Esses estudos são agrupados com estudos similares realizados em diferentes partes do mundo e em diferentes tempos e circunstâncias. Esse agrupamento permite generalizar ações, diagnósticos, posologia e consequências, sendo publicado sob a forma de recomendações, com a devida indicação da força ou insuficiência das evidências para a resposta a determinados problemas. Essas recomendações são organizadas em *guidelines*, por sua vez agrupadas em especialidades e abrigadas em bibliotecas online coordenadas por diferentes entidades científicas (com destaque para entidades não-governamentais sem fins lucrativos e universidades).

“De facto, a defesa do uso de ensaios clínicos randomizados tem sido sustentada pelos seus principais promotores como a melhor forma de testar os efeitos das intervenções médicas, e dessa forma garantir que apenas os tratamentos eficientes sejam administrados” (RAPOSO, 2010, p. 81). A medicina tradicional, clínica, é muito criticada por adotar práticas e concepções que não possuem qualquer evidência de sua eficácia. Com uma dimensão voltada para profissionais, mas também para os pacientes, a MBE se pretende pública, em uma vinculação estreita com a epidemiologia e a saúde pública. A MBE, ao estabelecer recomendações resultantes de estudos randomizados pretende alterar a própria configuração da medicina, interferindo tanto na formação de novos médicos (aí advém o caráter pedagógico das defesas dessa epistemologia) como na clínica médica (visto que a análise clínica singular do paciente perde espaço para as generalizações sugeridas pelas *guidelines*). É justamente nessa mudança da centralidade do atendimento médico singular ao paciente para as pesquisas em base de dados com ensaios randomizados que estão reservadas as críticas à MBE.

Enquanto ciência da predição do estado futuro do doente individual, através da comparação quantitativa de eventos clínicos, a epidemiologia clínica tem recebido contundentes críticas que enfatizam que a decisão médica

racional fundada exclusivamente em estatística aplicada e na teoria das probabilidades faz desaparecer o indivíduo na amostra e, em virtude disso, subverte o próprio saber clínico que está marcado desde as suas remotas fundações pelo respeito da singularidade e a valorização das diferenças. Ao ser entendido como subjectivo, impreciso, não replicável nem mecanizável (Marques 2003), o saber clínico é visto como uma experiência carecida de rigor científico, não sendo valorizadas as valências que lhe conferem identidade, ou seja, a clínica como ciência prudencial, como exercício da faculdade de julgar, em que, mais importantes do que a existência de sistemáticos e exaustivos guidelines terapêuticos, é o julgamento das necessidades particulares de cada indivíduo doente (RAPOSO, 2010, p. 88-89).

A Medicina, podemos afirmar com Wilson (2000), traz em sua gênese e nas disputas epistemológicas que a constitui, a contradição de uma visão nomotética, objetivista, de predição populacional; e outra de caráter fenomenológico, mais subjetivo e de reconhecimento da singularidade. A primeira é considerada a ciência da Medicina enquanto a segunda, a arte clínica. Isso faz com que ocorra uma epistemologia para determinar o caráter dedutivo e de prognóstico, baseada numa objetividade, e outra epistemologia para a aplicação desse conhecimento no indivíduo doente. Castiel e Póvoa (2002, p. 118) ratificam que

[...] se a Medicina é vista por alguns como uma mescla de ‘ciência’ e ‘arte’ (poder-se-ia até dizer ‘artesanato’, no qual o mestre-artesão se constituiria como autoridade, expert (perito) na sua especialidade), a MBE reforçaria bem mais a dimensão ‘ciência’, para evitar os riscos de erros em decisões baseadas em intuições originárias na experiência acumulada, conferida somente pela maestria nas artes clínicas.

Nesse sentido, Castiel e Póvoa (2002, p. 120) defendem que a MBE não é uma mudança de paradigma, mas “[...] uma tentativa de ratificar a racionalidade médica ocidental já existente, por meio da sofisticação e refinamentos de objetos e técnicas segundo os cânones dos empreendimentos científicos”. Outra crítica dos autores, a MBE pretende transformar o método de busca por evidências científicas em toda a Medicina, fazendo das recomendações um padrão a ser seguido em todos os casos e não considerando, em muitos casos, como aponta

Castiel, Guilan e Ferreira (2010, p. 23), as diferenças de aplicabilidade no nível populacional e individual. Independentemente das possíveis críticas que a MBE implica, Raposo (2010, p. 91) aduz as mudanças que ocorrem nas concepções e práticas de saúde como reconfiguradas pelo avanço tecnológico proporcionado pela informática médica e pelo declínio do *ethos* humanitário presente na relação médico-paciente.

Assim, e na presença de uma prática médica que se tem complexificado e desenvolvido em estreita interdependência com outras áreas periciais, os imperativos da padronização parecem desempenhar um papel decisivo na reconfiguração da medicina contemporânea, principalmente porque muitas das inovações tecnológicas e muitas das lógicas de actuação política no campo da saúde potenciam as mutações desse novo perfil científico.

Essas mutações no campo da saúde instauram-se com grande evidência na obstetrícia internacional. O Grupo da Colaboração Cochrane para Gravidez e Parto realiza em 1989 uma exaustiva revisão dos procedimentos obstétricos com base em todos os estudos desenvolvidos desde 1950 na área. Em 1993, é publicada uma revisão sistemática de 40 mil estudos sobre 275 práticas perinatais organizadas quanto a sua efetividade e segurança. A partir desses resultados, Murray Enkin organiza a publicação do livro *Effective care in pregnancy and childbirth* em uma versão completa (1993), de difícil manuseio devido ao seu volume. Outra versão mais compacta foi lançada em 1995 e se tornou uma das principais referências do movimento para transformações da assistência ao parto e nascimento no mundo. Uma síntese dessas revisões foi transformada em recomendações pela OMS com o título *Care in Normal Childbirth: a practical guide* (1996), documento muito citado nas teses e dissertações e considerado a “bíblia” do movimento e das políticas de humanização no Brasil. As *guidelines* produzidas pelo Grupo da Colaboração Cochrane podem ser encontradas atualizadas na Biblioteca Cochrane, que no Brasil possui a peculiaridade de disponibilizar o site em português de forma gratuita.

Uma das características das teses e dissertações que analisamos é que, mesmo citando as “evidências científicas”, nenhum dos trabalhos realiza pesquisa quantitativa, experimental e randomizada. Os resumos com essas características encontrados no Banco de Teses da Capes, a partir dos descritores “gestação-parto”, não mencionam a humanização.

Grande parte das teses e dissertações encontradas com o termo humanização tem por características estudar qualitativamente as percepções dos sujeitos (gestantes, profissionais, gestores) com ênfase para as tentativas por compreender porque o que é comprovado cientificamente pela MBE não é traduzido na prática obstétrica nacional. São estudos qualitativos, baseados em experiências clínicas médicas e não-médicas com ênfase na singularidade da relação instituição-profissional-gestante.

Como vimos acima, a crítica mais comum dirigida à MBE é a redução do *ethos* humanístico da medicina, da relação médico-paciente em favor da consulta a *guidelines*. É o desaparecimento do paciente, do sujeito singular com suas demandas singulares perante as características estatísticas, populacionais, do que é descrito pelas recomendações. É justamente a queda do humanitarismo médico e o reforço da tecnologia em detrimento da qualidade do atendimento personalizado aos sujeitos (o assujeitamento de profissionais e pacientes) que emergem no discurso médico contra o método defendido pela MBE.

A primeira chave para tentarmos explicar essas aparentes contradições está no retorno ao que afirmamos no início desse tópico. Parte do movimento de humanização do parto, chamada por Tornquist (2002) de biomédico (os profissionais de saúde e acadêmicos), substituem em parte a fundamentação holística e naturalista (por exemplo, ver as propostas de Michel Odent), pela científica baseada em evidências. O humanismo que volta para o conhecimento de sua animalidade, sua condição humana primordial é ideologicamente deixada de lado por parte dos intelectuais do movimento para adentrar às disputas pelo discurso científico instalado e hegemônico, a Obstetrícia.

Por seu turno, e essa é uma peculiaridade da MBE na Obstetrícia e sua aplicação pelos acadêmicos da humanização, a humanização proposta radicalmente pelos holísticos (retorno à natureza humana perdida) é reconfigurada no diálogo com o humanismo dos profissionais de saúde, incluindo aí o próprio médico. A denúncia é de que a arte médica perde seu *ethos* humanístico por não reconhecer em sua prática a humanidade da mulher. Trata-se de colocar duplamente na zona do erro a prática obstétrica, pois a Medicina Obstétrica hegemônica não é científica e, ao mesmo tempo, não responde à arte de resolver as demandas das mulheres. A arte médica obstétrica, descrita como arte por tantos obstetras, acaba transformando-se em uma arte exclusivamente médica. Enquanto na doença, o médico é aquele que extirpa a dor, resolve os sofrimentos e devolve a paz ao doente, na gravidez, ao

extirpar a dor e achar que resolve os sofrimentos, ele prejudica mãe e bebê. Como enfatizamos no capítulo anterior, o médico faz o parto, assim como faz uma operação do coração, ou de um joelho. É a arte da obstetrícia. Porém, o que o movimento preconiza é a arte da mulher, é uma estética da parturiente, é ela que gesta e pare. O parto só deve ir para o médico, para sua arte, quando a mulher deixa de ser a artista e uma anormalidade ocorre – uma doença. Aí o médico deve interferir, com seu humanitarismo, para salvar a mulher e o bebê. O problema para o movimento é convencer o médico desse quadro.

Contudo, a afirmação de que a mulher é artista de seu parto, deve ser realisticamente ponderada. Grande maioria das mulheres, procura na autoridade do profissional de saúde as respostas e as soluções para o seu parto. Nesse sentido, o discurso de humanização não somente pressupõe a retirada do médico como perito, como também imbuí de corresponsabilidade a mulher. Podemos hipoteticamente inferir, sem recursos para avançar muito nessa questão, que esse discurso associa-se àquilo que Castiel, Guilan e Ferreira (2010) apontam como a culpabilização do indivíduo, resultado da ideia de promoção da saúde. A mulher deve ser informada, educada para o parto e assumir suas escolhas com base nas possibilidades que encontra, sob o risco de frustrar-se, arrepende-se e sofrer as consequências. Por outro lado, interditado pelo discurso de humanização a realizar sua arte, o médico deve ensinar a mulher a ser artista de seu próprio parto. Situação muito mais tranquila para os profissionais com formação em Saúde Pública ou voltada para a Saúde Pública, como o caso da Enfermagem.

Sendo uma forma de conhecimento pertinente à Saúde Pública, à Epidemiologia, é mais comum aos médicos com essa formação defenderem as propostas da MBE para o parto (vide a presença da área de Saúde Coletiva nas produções sobre a temática - tabela 3), bem como que esses profissionais busquem formação nessa área. Por seu turno, a Enfermagem desponta como a categoria que, reconhecida pelas políticas públicas, pode oferecer um atendimento que responda a essa arte de parir. Por isso, as enfermeiras em suas teses e dissertações procuram demonstrar que a assistência pode ser feita por elas, que os resultados dessa reorganização no campo da saúde são mais positivos tanto em nível individual quanto populacional. Portanto, trata-se de uma questão de reorganização profissional, em que as enfermeiras obstétricas tentam demonstrar que podem ser peritas nesse segmento do atendimento a partir de suas próprias táticas de atendimento, a partir da sua arte e com base em conceitos emanados de seu próprio saber. É, sem dúvida, uma

tentativa das pesquisadoras aqui estudadas o empenho em afirmar que a Enfermagem não está submissa à Medicina para atender o parto.

Por seu turno, e isso também é tático para o discurso, a MBE tem sua influência nas práticas governamentais, de gestão da política de assistência ao parto e nascimento. Primeiramente, por advir de órgãos supranacionais como a OMS (Assistência ao Parto Normal: um guia prático e a Iniciativa Maternidade Segura) e ONU (Objetivos do Milênio), as recomendações forçam transformações na realidade da assistência dos países signatários. Segundo, porque entidades (como REHUNA e ABENFO) e integrantes do movimento passam ser consultados e auxiliar na Política Nacional de Assistência, que tem no seu nome a humanização. A humanização passa a ser um termo de tentativa de diálogo com os profissionais de saúde, em especial com os conselhos, federações e as faculdades de Medicina. Além disso, a humanização é mais econômica para o governo e responde a questões biopolíticas (morbi-mortalidade materna e infantil). A humanização preconiza o carinho, o acolhimento, a redução de tecnologia, a redução de procedimentos, a redução de materiais e, por conseguinte, a redução de custos. Além disso, substitui médicos insatisfeitos com as taxas pagas pelos partos normais no país e por acompanhar longos trabalhos de parto sem, necessariamente poder atuar, por profissionais não-médicos (enfermeiras obstétricas) que passam a receber para fazer partos. Cabe citar ainda o diferencial na formação entre esses profissionais, pois as escolas de Medicina formam profissionais liberais e as de Enfermagem, profissionais que trabalham exclusivamente nos hospitais (sem escritórios particulares).

Os médicos obstetras, aparentemente, se veem assediados por vários flancos, mantendo o discurso do risco e da necessidade de sua presença e intervenção. Assediados pelas mulheres que passam a requerer mais informações e a questioná-los como peritos. Assediados pelas enfermeiras obstétricas que recebem autonomia para realizar partos no interior dos hospitais. Assediados pelas políticas públicas que não atendem a suas demandas por melhores condições de trabalho e de remuneração. A reação passa a ser o fechamento nas entidades representativas, no poder ideológico de seu sistema perito, e a defesa das fronteiras de sua arte.

O discurso de humanização de parto e nascimento estabelece relações com o sistema perito das evidências científicas sendo uma forma de canal de divulgação dessas pesquisas e, por outro lado, recebendo o sustentáculo de suas principais teses das recomendações presentes nas *guidelines*. O discurso amalgama as características

naturalistas e as evidências científicas, estabelecendo-se como um saber, pré-científico e científico, o que, no nível das estratégias, permite atingir as várias posições de discurso envolvidas. A humanização dá uma aplicabilidade para as evidências científicas por meio das várias táticas de institucionalização. E a produção acadêmica nessa temática busca formas para concretizar essa aplicabilidade. No nível dos conceitos, as evidências empanam a humanização como conceito, possibilitando que a avaliemos muito mais como uma estratégia discursiva, uma forma de agregar diferentes enunciados em torno de uma só palavra, mesmo com o risco da polissemia, da ambiguidade. O discurso multiplica-se, encontra ressonância, existe justamente nesse falar sobre, próprio da polissemia que o termo guarda.

CONCLUSÃO

Em nosso projeto original de dissertação, pretendíamos desenvolver uma pesquisa em três partes. A primeira atentaria às produções acadêmicas sobre a humanização, centrando no reconhecimento da produção de formas de saber institucionalizadas em diferentes áreas científicas. De certo modo, o ensejo dessa parte consubstanciou-se na dissertação aqui apresentada, demarcadas devidamente as complexidades que o mote inicial não previra. A segunda parte reconheceria outra esfera da humanização, em especial em seu âmbito não discursivo. Enfatizaríamos o emprego do termo humanização nas políticas públicas de parto e nascimento, em especial, o uso biopolítico de um conjunto de enunciados vinculados ao discurso de humanização da assistência obstétrica e neonatal para a gestão da população, alteração de práticas e enfrentamentos a outros discursos advindos de tradições profissionais, outras diretrizes políticas e organizações de saber – o que aparece nas teses e dissertações aqui estudadas. A terceira parte seria constituída a partir da confluência desses discursos acadêmicos e dessas práticas de governamentalidade na organização de sujeitos em torno da causa da humanização do parto. Em especial a complexidade que esse discurso atinge nas mobilizações de agrupamentos sociais de mulheres, profissionais e demais agentes da sociedade civil.

Essas três faces estão interligadas, o que nos permite aqui apontar nuances do discurso sobre humanização do parto e nascimento tomando como dispositivo de análise as teses e dissertações. Com base na metodologia arqueológica de Foucault, nosso intento nesta dissertação foi o de descrever as mutações e descontinuidades que o termo adquire, as interpenetrações, apoios e oposições que sujeitos e instituições de cada lugar de enunciação tomam. Em especial, reconhecer que, muitas vezes, o discurso pré-científico de humanização permeia todas essas relações, estabelecendo uma miríade de sentidos, de objetivos de luta e confusões.

A investigação exploratória desenvolvida com base nas informações disponíveis no Banco de Teses da Capes foi inovadora, ao identificar como estão distribuídas as pesquisas acadêmicas sobre a humanização do parto e nascimento no Brasil. Nesta etapa identificamos 379 trabalhos - dos quais 60 teses, 287 dissertações e 32 dissertações de mestrado profissionalizante - que trazem em seus títulos, palavras-chave e ou resumo o termo humanização ou expressões correlatas. Em 1987 há um trabalho, com intervalo de oito anos para o próximo (1995). A

primeira tese é de 1997 e a consolidação da pesquisa inicia em 2000, com tendência de crescimento impulsionado pela política de humanização (auge em 2012). Consta-se que a produção de teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal ocorre após políticas nacionais e internacionais sobre o assunto. Nove em cada 10 pesquisadoras são do sexo feminino. A Enfermagem concentra 48,8% dos trabalhos, Saúde Coletiva 18,5% e a grande área de Ciências da Saúde, 79,2%. Estes dados enfatizam o projeto político profissional da Enfermagem, bem como o papel da epidemiologia e das áreas de Saúde Pública para o desenvolvimento de estudos nesse segmento.

A pesquisa atesta que 53,3% da produção está no Sudeste, e 1,1% no Norte, acompanhando as desigualdades inter-regionais históricas no país. Os estados com maior produção são Rio de Janeiro (24,5%), São Paulo (23,2%), Santa Catarina (9%), Ceará (8,2%) e Rio Grande do Sul (7,7%). As universidades que se destacam são UFRJ (29 trabalhos), UFSC (29), FIOCRUZ (27), UERJ (26) e USP (25). Seis programas de Enfermagem agrupam número superior de trabalhos: UFSC (23), UFRJ (21), UERJ (20), USP (14), USP_RP (12) e UFC (12). Os cursos de Enfermagem da UFRJ e da USP possuem o maior número de teses.

A segunda etapa da pesquisa, por seu turno, enfocou teses e dissertações produzidas nas instituições de referência e cujos autores e autoras têm trajetórias reconhecidas publicamente por seu engajamento com a demanda pela humanização da assistência ao parto e nascimento no Brasil. O estudo sistemático desses trabalhos, orientado pelo referencial teórico metodológico da arqueologia de Michel Foucault (2005), possibilitou a descrição do discurso de humanização em sua espessura e superfície. O método arqueológico nos permitiu refletir sobre como o discurso de humanização do parto e nascimento – com seu conjunto de enunciados, delimitação dos seus objetos, a especificação dos enfrentamentos e oposições a outros discursos de assistência obstétrica e neonatal, formação de conceitos e uso de certas estratégias – contém uma carga retórica e política consubstanciada em ambiguidades.

O discurso de humanização do parto e nascimento, quando analisado sob a ótica acadêmica, revela conflitos de ordem sociopolítica. As disputas para determinar qual o saber legítimo e quais as relações de poder sobre o parto e nascimento estão expressas nos enfrentamentos profissionais, nas propostas de como deve ser a política de saúde para este setor, na posição que a mulher ocupa como objeto desse discurso e nos modos como a academia se propõe a (re)conceituar a gestação, o parto, o nascimento e a assistência obstétrica.

É possível notar como as teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento estão vinculadas a diferentes segmentos do “movimento”. As pesquisadoras relatam expressamente o envolvimento com as causas da humanização do parto e nascimento, fazendo de suas pesquisas parte de uma tarefa mais ampla do movimento social ou da categoria profissional em que se inserem. As pós-graduações tornam-se lugares de institucionalização, de legitimidade para as propostas da humanização e para os sujeitos que as enunciam.

Outra consideração relevante para compreendermos as posições de discurso presentes nas teses e dissertações passa pela discussão do lugar estabelecido para o profissional não-médico nos partos de baixo risco. A inclusão da enfermeira obstétrica pela política pública na assistência como aquela que deve atender partos normais faz com que os trabalhos enfatizem as disputas profissionais por esse espaço. Destacamos que os segmentos da Enfermagem que defendem a retirada da centralidade do médico na sala de parto são também aqueles que restringem a entrada de outros profissionais, em específico, as obstetrias. Notamos, ainda, que as teses e dissertações em Enfermagem preocupam-se em construir referenciais a partir da própria área e conceitualizar práticas com vistas a orientar os procedimentos da enfermeira. Os textos também enfatizam a luta das enfermeiras para conquistar o espaço obstétrico, apontando marcadores desse enfrentamento. Essas “lutas” estão restritas a poucos espaços em que a categoria conseguiu se firmar e instituir novas práticas de assistência, o que é exceção na realidade do país.

Quando observamos os trabalhos sob a ótica da constituição dos objetos do discurso de humanização, percebemos que o parto é o principal ponto de disputa. Nas teses e dissertações, a humanização vem atrelada ao parto de baixo risco, porque é neste tipo de parto que as propostas de alteração nas práticas e na posição dos sujeitos tornam-se mais evidentes e alvos de enfrentamentos. Para o discurso de humanização, o tempo do processo de parto e nascimento não deve ser induzido ou acelerado; o espaço deve ser adaptado às necessidades da mulher parturiente, possibilitando a liberdade de movimentos e posições; o hospital deve ser colocado ao lado das casas de parto e do domicílio como uma alternativa de espaço para a mulher parir; a mulher deve ser considerada o centro da assistência e os profissionais de saúde devem adotar uma postura expectante, não intervencionista, mediante a inclusão na assistência de tecnologias não-invasivas.

Todas essas propostas aparecem sob a forma de resistência ao modelo de assistência obstétrica vigente. Na academia, esses

enfrentamentos aparecem de forma mais nítida no que denominamos de “vontade de saber”, isto é, no esforço em dotar de cientificidade a humanização do parto e nascimento, denotando que o científico tem um valor estratégico para este discurso. Isso foi observado nas constantes referências às recomendações da OMS, à medicina baseada em evidências ou, simplesmente, às “evidências científicas”. Um jogo discursivo interessante, porque a humanização critica o modelo opositor devido a práticas que não se respaldam na ciência, modelo este que foi construído sobre as bases da ciência positivista-mecanicista. A obstetrícia tradicional desconsidera certos rituais para o parto e nascimento por considerá-los não científicos, ao passo que esses mesmos rituais são resignificados pela humanização sob o prisma das evidências científicas. Portanto, é clara a disputa pelo que é ciência, pelo que é certo e mais adequado para gestantes e bebês.

Outra estratégia do discurso da humanização do parto e nascimento é a politização. Isso se nota pelos enlaces entre segmentos da sociedade civil defensores da causa, como a REHUNA e ABENFO, com o poder público. Nas teses e dissertações, as trajetórias das pesquisadoras e pesquisadores exemplifica tal estratégia: são pessoas compromissadas com os propósitos de mudança que atuam como docentes, militam em organizações defensoras da causa (Heloisa Lessa e Simone Diniz, por exemplo, integram a atual diretoria da REHUNA), trabalham ou trabalharam em setores públicos como responsáveis pela implementação do modelo em certas instituições (a exemplo de Kátia Ratto, Marcos Dias, Leila Azevedo, Maysa Gomes, Odaléa Brüggemann, Maria de Fátima Zampieri, Ruth Osava).

Há muitas dificuldades em trabalhar o tema da humanização na ordem dos discursos. Primeiramente porque a palavra humanização amalgama um amontoado de enunciados, muitas vezes contraditórios. Trata-se de um discurso em sua dispersão no caso mais típico, quase caricato. É a união de medicina baseada em evidências, com estudos randomizados e controlados com o máximo de rigor científico, e o retorno de uma “metafísica” do feminino. É a reconstituição do papel do médico pelo fortalecimento da profissão da Enfermagem. É um método, uma teoria, um conceito, uma prática, um modo de vida, uma nova razão e o avesso da razão, o amor e a nova ciência. Humanização é economia de recursos financeiros – o que se transforma rapidamente em biopolítica (o fazer mais com menos) – e uma prática impulsionada por movimentos sociais oriundas das classes médias altas. A mulher passa a ser protagonista do seu próprio parto dentro de um regime controlado, de uma escolha pautada pelo conceito do risco, algo como “escolha

informada”, no qual a informação determina a escolha. Humanização, como a própria palavra sugere, é uma forma de educação, de pastoral, de controle para a *civitas* (RIFFEL, 2005). Ao mesmo tempo, propõe-se uma prática individualizada, que singulariza, que torna o sujeito mais indivíduo e indizível.

Humanização não pode ser contrária à racionalização. Mas também uma não é derivada da outra. São cruzadas, complexas, descontínuas. Uma não acaba quando começa a outra. A razão científica não desaparece. Ela é pós-científica, mas não anticientífica ou a-científica. Ao menos, tudo indica que esse discurso de humanização não representa um retorno à metafísica pré-científica, mas resulta de estudos racionais e controlados que comprovam algumas crenças e valores subjetivos como benéficas para a promoção da saúde e a melhoria do parto e nascimento. Essas crenças e valores podem e devem ser cientificamente comprovados. Por exemplo, o clampeamento tardio do cordão umbilical, realizado há tempos pelas parteiras tradicionais, retorna agora às recomendações do Ministério da Saúde com base em evidências científicas. Não é somente o tradicional retornando à prática moderna – o que rapidamente poderia ser traduzido por outro conceito aglutinador: “o pós-moderno”. Trata-se de revisões, de avanços e retornos. De conferir um “selo de verdade” a uma prática até então vulgar e escandida. E esse “selo de verdade” permanece como propriedade da ciência. A ciência médica, como indica Foucault (2008), é a possibilidade até seu surgimento impossível, de, experimentalmente e objetivamente, colocar o “humano” como objeto de conhecimento. Questionamos se o signo de humanização não permanece ainda sob essa mesma insígnia. Aliás, se não é seu reforço. A humanização, ao que nos parece, permanece no mesmo código de saber que, em muitos textos estudados, diz enfrentar.

A humanização, por fim, é um *jeitinho*, uma forma amigável e polida de dizer que a prática do outro está equivocada. Ao invés de tratar de “erro médico” e “violência obstétrica”, diz-se “mais humanizado”, ou “desumano” – palavras no mínimo ambíguas. Parece-nos que a questão central que pauta o discurso de humanização está ao largo da significação do termo. Humanização une o que muitas vezes deve ser separado, apazigua o que deveria ser radicalizado e provoca disputas em regiões que, muitas vezes, não são centrais para movimentos sociais e profissionais.

REFERÊNCIAS

A) DISSERTAÇÕES E TESES SELECIONADAS PARA ESTUDO

AZEVEDO, Leila Gomes Ferreira de. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho**. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BRÜGGEMANN, Odaléa. **A Enfermagem como diálogo vivo**: uma proposta humanística no cuidado à mulher durante o processo do nascimento. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da assistência ao parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese (Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. Dissertação (Pós-Graduação em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese (Pós-Graduação em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

GOMES, Maria Ludovice. **A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado**: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. Tese (Pós-Graduação em Enfermagem), Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LESSA, Heloísa. **A saúde da mulher e a opção pelo parto domiciliar planejado**. Tese (Pós-Graduação em Enfermagem), Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico.** Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. **Processo de implantação da casa de parto no contexto do Sistema Único de Saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci** Tese (Pós-Graduação em Enfermagem), Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RATTO, Katia Maria. **Maternidade Leila Diniz 1994 a 1996: nascimento de um novo profissional de saúde?** Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências.** Tese (Pós-Graduação em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

B) ENTREVISTAS

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Entrevista** [26 set. 2013]. Entrevistadora: Ana Maria Bourguignon. Rio de Janeiro, 2013, 1 arquivo em mp3 (62 min).

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entrevista** [30 out. 2013]. Entrevistadora: Ana Maria Bourguignon. Florianópolis, 2013, 1 arquivo em mp3 (69 min).

OSAVA, Ruth Hitomi. **Entrevista** [01 nov. 2013]. Entrevistadora: Ana Maria Bourguignon. Florianópolis, 2013, 1 arquivo em mp3 (59 min).

PROGIANTI, Jane Márcia. **Entrevista** [27 set. 2013]. Entrevistadora: Ana Maria Bourguignon. Rio de Janeiro, 2013, 1 arquivo em mp3 (101 min).

VARGENS, Octávio Muniz da Costa. **Entrevista** [27 set. 2013]. Entrevistadora: Ana Maria Bourguignon. Rio de Janeiro, 2013, 1 arquivo em mp3 (63 min).

C) GERAIS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AMORIM, Torcata. **O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil**. Tese (Pós-Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-10112010-085756/pt-br.php>>. Acesso em 10 out. 2014.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo; CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999, p. 70-103.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009, p. 11-23. Disponível em: <
<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29570/31437>>. Acesso em 10 out. 2014

BONFIM, Silvia. **José Galba de Araújo**. Guia do Ceará. Ceará, 22 de janeiro de 2009. Disponível em: <<http://www.guiace.com.br/guia-de-turismo/cultura/historia/personalidades-historicas/jose-galba-de-araujo>>. Acesso em jul. 2013.

BOURGUIGNON, Ana Maria. **O direito de parir de forma humanizada**: a participação da sociedade civil na política nacional de humanização do parto. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (Especialização em Gestão Pública), Orientadora: Danuta Estrufika Cantoia Luiz, Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2011.

BRASIL. Decreto nº. 3.902 de 12 de janeiro de 1901. Aprova o regulamento das Faculdades de Medicina. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 31 jan. 1901, p. 543. Disponível em: <
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-3902-12-janeiro-1901-513707-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 03 nov. 2014.

BRASIL. Lei nº. 775 de 06 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 13 ago. 1949. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L775.htm>. Acesso em 03 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.815 de 1998. **Diário Oficial da União**. Brasília, 29 maio 1998. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em 05 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <
<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm>>. Acesso em: 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <
<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 21 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Parto, Aborto e Puerpério: uma assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Assistência Pré-natal**. Brasília, 2004. Disponível em:
<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/prenatal.pdf>. Acesso em: 26 out. 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior. **Documento de Área [Enfermagem] 2009**. Brasília, MEC, 2009. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/ENFERMAGEM_22jun10b.pdf>. Acesso em jul. 2013

_____. **Relatório de Avaliação Trienal da Área de Enfermagem (2007-2009)**. Brasília, MEC, 2010. Disponível em: <<http://trienal.capes.gov.br/wp-content/uploads/2010/12/ENFERMAGEM-RELAT%C3%93RIO-DE-AVALIA%C3%87%C3%83O-FINAL-dez10.pdf>>. Acesso em jul. 2013

_____. **Banco de Teses**. Brasília, MEC, 2012. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>>. Acesso em: 2012 e jan-jul 2013

_____. **Tabela de Áreas de Conhecimento**. Brasília, MEC, 2012. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/TabelaAreasConhecimento_072012.pdf>. Acesso de fev-jul. 2013.

_____. **Exemplos de Pesquisa**. Brasília, MEC, 2013a. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/pages/exemplos.html>>. Acesso em datas diversas.

_____. **Histórico e Missão**. Brasília, MEC, 2013b. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/historia-e-missao>>. Acesso em out. 2013.

_____. **Mestrados/Doutorados Reconhecidos.** Área: Enfermagem. UFC - Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <<http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=detalhamentoIes&codigoPrograma=22001018021P0&descricaoGrandeArea=CI%C3%26%23138%3BNCIAS+DA+SA%C3%26%23154%3BDE+++++++&descricaoAreaConhecimento=ENFERMAGEM>>. Acesso em jul. 2013.

_____. **Garantindo a fidedignidade dos dados da pós-graduação.** Portal Capes. Brasília, MEC, 25 fev. 2014. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/noticia/view/id/1>>. Acesso em 18 jul. 2014.

CASTIEL, L. D.; PÓVOA, E. C. Medicina Baseada em Evidências: um novo paradigma assistencial e pedagógico? **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v6, n11, p.117-32, ago 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/08.pdf>>. Acesso em 17 set. 2012.

_____. Dr. Sackett & “Mr. Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v17, n.1, p. 205-214, Jan/Fev 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4076.pdf>. Acesso em 17 set. 2012.

CASTIEL, L.D; GUILAN, M.C.R; FERREIRA, M.S. **Correndo o risco:** uma introdução em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CASTILHO, Isabel Fernández. **La Revolución del Nacimiento.** En busca de un parto más humano y menos traumático. Madrid: EDAF, 1994.

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª Revisão. Vol. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em 17 jul. 2013.

CNS–CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 090, DE 02 DE DEZEMBRO DE 1993**. Brasília, 1993. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1993/Reso090.doc>>. Acesso em 28 nov. 2011.

CNS–CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **CISMU**, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cismu/index.html>. Acesso em 28 nov. 2011.

COCHRANE DO BRASIL. **Saúde Baseada em Evidências**. São Paulo, Centro Cochrane do Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.centrocohranedobrasil.org.br/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=13>. Acesso em 04 nov. 2014.

COMBESSIE, Jean-Claude. **O método em sociologia**: o que é, como se faz. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

COSTA, Roberta. **Saberes e Práticas no cuidado do recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp123878.pdf>>. Acesso em 26 abr. 2013.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic, humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 71, Supplement 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: <<http://www.davis-floydrepresents.com/uncategorized/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/2001>>. Acesso em 20 jul. 2014.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra. **Humanização do Parto**: Dossiê. São Paulo: Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

DINIZ, Simone Grilo. 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, Jul/Set, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em 20 set. 2011.

ENKIN, Murray et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ. **Sobre o EEAN**. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/sobre/sobre.htm>>. Acesso em jul. 2013.

FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UERJ. **Página inicial**. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/>>. Acesso em jul. 2013.

FORMIGA FILHO, José Ferreira Nobre. Políticas de Saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999, p. 151-162.

FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2005b.

_____. O que são as luzes? In: FOUCAULT, Michel. **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. Coleção Ditos e Escritos II. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005c, p. 335-451.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **A Ordem do Discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

FURLANI, Dionice. **Os fios de poder e suas repercussões no processo de trabalho do parto humanizado na maternidade**. 1 v. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PEPS4291.pdf>>. Acesso em jul. 2013.

GALVÃO, Loren. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999, p. 165-179.

GOMES, Maysa Ludovice; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: Evidências na Produção Científica. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, abr/jun 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a18.pdf>>. Acesso em abr. 2013.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer Sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1974.

LINDNER, Sheila Rubia; COELHO, Elza Berger Salema; CARRARO, Telma Eliza. Direitos reprodutivos: entre o discurso e a prática na atenção à saúde da mulher como foco no planejamento familiar. In: COELHO, E.B.S.; CALVO, M.C.M.; COELHO, C.C. (Org.). **Saúde da Mulher**: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006, p. 135-161.

HOOSHMAND, Mojgan Sabeti. **Parteiras de Regência, ES: os múltiplos sentidos do ato de partejar**. 2v. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Resumo disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=2004131733002010067P7>>. Acesso em jun. 2013.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JONES, Ricardo H. Humanização do parto: qual o verdadeiro significado? **Associação Portuguesa pela Humanização do Parto**, Lisboa, 2013. Disponível em: <www.humpar.pt/o-que-e-acute-o-parto-humanizado.html>. Acesso em: 12 maio 2013.

KUHN, Thomas S. **A Teoria das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2002.

LAMY, Zeni Carvalho. **Estudo das Situações Vivenciadas por Pais de Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança). Programa em Saúde da Mulher e da Criança da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. Resumo disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=1995531010016005P5>. Acesso em jul. 2013.

LE GOFF, Jacques. Documento/ Monumento. In: **História e Memória**. 5ª Ed. Campinas: Unicamp, 2003, p. 525-541.

LEAL, Maria do Carmo. **Nascer no Brasil**: catálogo executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em 18 nov. 2014.

LEBOYER, Frédéric. **Nascer Sorrindo**. São Paulo: Brasiliense, 1974.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber**: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. 2. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminismo**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004.

MATIAS, Talita. **Hugo Sabatino recebe homenagem do Ministério da Saúde**. Campinas, Unicamp, 13/12/2010. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/hugo-sabatino-recebe-homenagem-do-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde-0>>. Acesso em jul. 2013.

MEURER, Claudete Demétrio. **Assistência de enfermagem humanizada ao recém-nascido** - uma proposta educativa baseada em Paulo Freire. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MOUTA, Ricardo J.; PROGIANTI, Jane M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de Assistência ao parto. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-740, out/ dez 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>>. Acesso em 31 out. 2014.

NASCIMENTO; Natália M.; PROGIANTI, Jane M.; NOVOA, Rachelli I.; OLIVEIRA, Thalita; VARGENS, Octávio Muniz. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 456-461, Jul-Set/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300004>. Acesso em 10 ago. 2014.

_____. As influências históricas para a criação da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras – ABENFO (1989-2002). I Simpósio Internacional de História da Enfermagem. **Anais...** Escola Superior de Enfermagem, Lisboa, 2013.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico**. Mudar a vida. Mudar o Nascimento. O instinto reencontrado. São Paulo: Tao Editora, 1982.

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development. **Nurses**. OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics. Paris, 2012. Disponível em: < <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/factbook-2013-en/12/03/02/index.html?contentType=%2Fns%2FStatisticalPublication%2C%2Fns%2FChapter&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Ffactbook-2013-102-en&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fseries%2F18147364&accessItemIds=>>. Acesso em 14 nov. 2014.

O GLOBO. **Cremerj vai recorrer de decisão que permite parto domiciliar**. Publicada em 31 jul. 2012. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/rio/cremerj-vai-recorrer-de-decisao-que-permite-parto-domiciliar-5640595>>. Acesso em 10 nov. 2013.

OLIVEIRA, Anna de Lucca. **Produção Científica Brasileira da área de enfermagem obstétrica 1956-1986**. Doutorado (Tese em Enfermagem), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1992.

OLLITTA, Ivete. **Parto Domiciliar**: relato de experiência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1988. Resumo disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=1988733002010083P2>>. Acesso em jul. 2013.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recommendations for Appropriate Technology Following Birth** (1986). WHO Regional Office for Europe, 1986.

_____. **Care in Normal Childbirth**: a practical guide. Genebra, WHO, 1996. Disponível em: < http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_ms_m_9624/en>. Acesso em 15 out. 2011.

_____. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Rio de Janeiro, ABC do Parto, 2009. Disponível em: < http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em 15 out. 2011.

OSAVA, Ruth H; TANAKA, Ana Cristina A. Os Paradigmas da Enfermagem Obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v31n1/v31n1a08>>. Acesso em 31 ou. 2014.

OSIS, Maria Jose Martins Duarte . Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1 (Supl.), p.s25-s32, 1998. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>> Acesso em Out. 2013

PACIORNIK, Moysés. **O parto de cócoras**. Aprenda a nascer com os índios. São Paulo: Brasiliense: 1979.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISC, UBFA, 2001, p. 1-16. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>. Acesso em set. 2014.

PEREIRA, Adriana L; MOURA, Maria A. V; SOUZA, Ivis E.; TYRREL, Maria A. R.; MOREIRA, Marléa C. Pesquisa Acadêmica sobre Humanização do Parto no Brasil: tendências e contribuições. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.2, p. 205-215, abr-jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200015&script=sci_arttext>. Acesso em 08 jul. 2013.

PERROT, Michelle. **Mi historia de las mujeres**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Economica, 2009.

PORFÍRIO, Aline Bastos. **A atualização do habitus da enfermeira obstétrica no processo de implantação do modelo humanizado na maternidade Alexander Fleming (1998-2004)**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_iceon/files/0475.pdf. Acesso em 15 maio 2013.

PROGIANTI, Jane Marcia. Modelos de Assistência ao Parto e a Participação Feminina. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 3, p. 303-305, mai/jun 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a09v57n3>>. Acesso em 28 out. 2014.

PROGIANTI, Jane Márcia; MOUTA, Ricardo J. O; SANTOS, Simone P. A Inserção de Enfermeiras Obstétricas na Assistência ao Parto Hospitalar no Rio de Janeiro (1988-1992). **História da Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 89-104, ago-dez/ 2011. Disponível em: < <http://www.abennacional.org.br/centrode memoria/here/vol2num2artigo7.pdf>>. Acesso em 05 nov. 2014.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UFSC. **Histórico do Programa**. Disponível em: <http://www.pen.ufsc.br/o-programa/historia-do-programa/>. Acesso em jul. 2013.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA USP. **Apresentação**. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/pos/ppge/index.php?dm=13>>. Acesso em jul. 2013.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA DA USP DE RIBEIRÃO PRETO. **Home**. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/pos/ppge/index.php?dm=13>>. Acesso em jul. 2013.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA DA FIOCRUZ. **Apresentação**. Disponível em: <http://www.sigass.fiocruz.br/pub/dados Programa.do?codP=4>. Acesso em jul. 2013.

RAPOSO, Elder. A medicina baseada na prova. In: DELICADO, Ana; BORGES, Vera; STEFFEN, Dix. **Profissão e Vocação**: ensaios sobre grupos profissionais. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010, p. 71-93.

RATTNER, D.; SANTOS, M. L.; LESSA, H.; DINIZ, S. G. **ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento**. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva. Vol. 4, nº. 4, 2010. Brasília: UNB, Departamento de Saúde Coletiva, p. 215-228.

REHUNA - REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. **Diretoria REHUNA Trinio 2012/2015**. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/seminario>>. Acesso em 20 abr. 2013.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO. **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em 22 dez. 2014.

_____. Carta de Campinas. Campinas, 17 out. 1993. In: **Amigas do Parto**. São Paulo, 18 maio 2011. Disponível em: <www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Acesso em 20 out. 2013.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

RIESCO, Maria Luiza González; TSUNESHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14970.pdf>>. Acesso em 07 nov. 2014.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **A ordem da ‘humanização do parto’ na educação da vida**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7097/000539271.pdf?sequence=1>> Acesso em 31 jan. 2013.

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RODRIGUES, Maria de Lurdes. **A Sociologia das Profissões**. Lisboa: Celta, 2002.

RODRIGUES, Maria de Lurdes. **Profissões: lições e ensaios**. Coimbra: Almedina, 2012.

ROHDEN, Fabíola. **Uma Ciência da Diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROMAN, Arlete Regina. **Efeitos de ações educativas desenvolvidas na assistência pré-natal**: uma revisão integrativa de pesquisas. Mestrado (Dissertação em Enfermagem), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SOUZA, Raphael F. O que é um estudo randomizado? **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 1, p. 3-8, 2009. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2009/vol42n1/Simp_O_que_e_um_estudo_clinico_randomizado.pdf>. Acesso em 1 de nov. 2014.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>. Acesso em 22 out. 2014.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 1 v. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Florianópolis, 2004.

VASCONCELOS, Gilberto Meira. **Parto Humanizado**: Revisão Integrativa da Literatura. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2012.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história**. Brasília: UnB, 1982.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VIGGIANO, Maurício G. C. **Condutas em Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989.

WILSON, Hamish. The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? **Family Practice**, v. 17, n. 2, p. 203-210, 2010. Disponível em: <<http://fampra.oxfordjournals.org/content/17/2/203.full.pdf+html>>. Acesso em 30 out. 2014.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA E CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa de dissertação da qual você está convidada(o) a participar tem como tema a produção de teses e dissertações sobre humanização da assistência ao parto e nascimento no Brasil.

O objetivo geral da dissertação é descrever as concepções de “humanização” do parto e nascimento presentes em trabalhos de pós-graduação *stricto sensu* brasileiros. Para em decorrência disto, analisar o conceito de “humanização” discutido pela academia, com vistas a explorar como as(os) cientistas vinculam o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema à política pública do setor, a movimentos sociais e profissionais.

Você é convidada(o) a participar de entrevistas semi-estruturadas, podendo ser requisitada(o) a responder mais de uma vez. Todas as informações serão utilizadas na dissertação, em artigos científicos e demais produções acadêmicas. O sigilo da fonte será observado sempre que tratado de temas privados. No entanto, solicitamos sua anuência em utilizar teu nome próprio sempre que a informação tenha relação com a consolidação do campo de pesquisas sobre a humanização do parto e nascimento. Ainda, que seja revelada a identidade em situações de manifestação de opinião acerca da produção acadêmica, de políticas públicas e de movimentos sociais relacionados à humanização do parto e nascimento.

Sempre que a(o) entrevistada(o) solicitar, a preservação da identidade será assegurada (casos em que o assunto tratado deverá ser

mantido sem a exposição da identidade da fonte). A(O) entrevistada(o) também tem a opção de manter sua identidade em sigilo durante toda a entrevista. Ainda, está garantida a liberdade da(o) entrevistada(o) de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo ao seu cuidado. Para entendimento de sua posição, peço que assinale qual opção adéqua-se melhor a sua preferência.

() Sim, aceito que minhas respostas tornem-se públicas por essa pesquisa, e dou anuência que minha identidade seja revelada em questões nas quais eu não solicite sigilo da fonte ou que não sejam de temas privados.

() Sim, aceito que minhas respostas tornem-se públicas por essa pesquisa, mas exijo o sigilo total de minha identidade.

() Não aceito que minhas respostas tornem-se públicas, ainda que eu resolva colaborar no fornecimento de informações à pesquisa.

() Não aceito participar desta pesquisa.

Com base nas informações acima, e na opção marcada, subscrevemos esse Termo.

Local e data:

Nome Completo da(o) Entrevistada(o)

Assinatura

Pesquisadora: Ana Maria Bourguignon de Lima.

Assinatura: _____

Telefone: (48) 96926532. E-mail: aninhabdl@yahoo.com.br.

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
1987	MARIA COSTA AMORIM	UNIFESP	ENFERMAGEM	M	PRINCIPIOS DE HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA A PARTURIENTE NO PERÍODO DE DILATAÇÃO CONHECIMENTO DE APLICAÇÃO POR ENFERMEIROS	HENRIQUE PARAVENTI
1997	KATIA MARIA RATTO DE LIMA	FIOCRUZ	SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	M	MATERNIDADE LEILA DINIZ: 1994 A 1996 NASCIMENTO DE UM NOVO PROFISSIONAL DE SAÚDE?	SHERRINE NJAINE BORGES
1997	SILVIA BOMFIM HIPOLITO	UFC	SAÚDE PÚBLICA	M	ASSISTÊNCIA MÉDICA AO PARTO NORMAL: ESTUDO COMPARATIVO DO PARTO ASSISTIDO NA POSIÇÃO VERTICAL E HORIZONTAL	ZENILDA VIEIRA BRUNO
1997	RUTH HITOMI OSAVA	USP	SAÚDE PÚBLICA	D	ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: O LUGAR DO NÃO-MÉDICO	ANA CRISTINA TANAKA
1997	CARMEN SIMONE GRILO DINIZ	USP	MEDICINA PREVENTIVA	M	ASSISTÊNCIA AO PARTO E RELAÇÕES DE GÊNERO: ELEMENTOS PARA UMA RELEITURA MÉDICO-SOCIAL	JOSÉ RICARDO MESQUITA AYRES
1998	ODALÉA BRÜGGEMANN	UFSC	ENFERMAGEM	M	A ENFERMAGEM COMO DIÁLOGO VIVO: UMA PROPOSTA HUMANÍSTICA NO CUIDADO À MULHER DURANTE O PROCESSO DO NASCIMENTO	INGRID ELSÉN
1999	CARIN IARA LOEFFLER	UFSC	ENFERMAGEM	M	CUIDANDO DE MULHERES GRÁVIDAS COM O OLHAR NO ÚTERO SOCIAL ENCONTRANDO MOTIVOS PARA UMA ECO-OBSTETRICIA	ZULEICA PATRÍCIO

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2000	SUELI CASTILHOS DE GOMES	UFSC	ENFERMAGEM	M	O RESGATE DO PARTO NORMAL: AS CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA APROPRIADA	DENISE EUVIRA PIRES DE PIRES
2000	THELMA MALAGUTTI SODRE	USP	ENFERMAGEM	M	O PROCESSO DE TRABALHO NA ASSISTENCIA AO PARTO EM LONDRINA-PR	RUBIA APARECIDA LACERDA
2001	ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA	UFRJ	TECNOLOGIA EDUCACIONAL NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE	M	O PARTO ASSISTIDO PELA ENFERMEIRA NA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	DYLA TAVARES DE SÁ BRITO
2001	CARMEN SIMONE GRILLO DINIZ	USP	MEDICINA PREVENTIVA	D	ENTRE A TÉCNICA E OS DIREITOS HUMANOS :POSSIBILIDADES E LIMITES DA HUMANIZAÇÃO DA ASSITÊNCIA AO PARTO	JOSÉ RICARDO MESQUITA AYRES
2002	LÚCIA H. RODRIGUES DA COSTA	UFSC	ENFERMAGEM	M	MEMÓRIAS DE PARTEIRAS: ENTRELAÇANDO GÊNERO E HISTÓRIA DE UMA PRÁTICA FEMININA DO CUIDAR	MARIA ITAYRA PADILHA
2002	MARCOS LEITE DOS SANTOS	UFSC	SAÚDE PÚBLICA	M	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO. UM MODELO TEÓRICO	MARIA LOURDES DE SOUZA

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2003	MARISA REGINATTO VIEIRA	UFRGS	ENFERMAGEM	M	RESGATE DA PRÁTICA DE PARTEIRAS LEIGAS: A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO	ANA LUCIA DE LOURENZI BONILHA
2003	HELIANA DE MOURA NUNES	UFRJ	ENFERMAGEM	M	O COTIDIANO DE MÃES INSERIDAS NO MÉTODO MÃE-CANGURU	ROSANGELA DA SILVA SANTOS
2003	JAMILE DE CASTRO BUSSADORI	USP_RP	ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA	M	PARTO HUMANIZADO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ENVOLVIDOS COM A ASSISTÊNCIA AO PARTO	MARIA JOSÉ CLAPIS
2004	SONIA WALTRICK RAMOS	PUCRS	SERVIÇO SOCIAL	M	FORMAÇÃO DO CIDADÃO - DO PRÉ-NATAL AOS PRIMEIROS MESES DE VIDA	GLENY DURO GUIMARÃES
2004	ADRIANA TANESE DA SILVA	PUCSP	CIÊNCIAS DA RELIGIÃO	M	A CARNE SE FAZ VERBO. O PARTO DE BAIXO RISCO VISTO PELA ÓTICA DAS MULHERES	MARIA JOSE FONTELAS NUNES
2004	BETANIA MARIA FERNANDES	UFRJ	ENFERMAGEM	D	A CASA DE PARTO DA FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA: DIAGNÓSTICO DO PERFIL DO ATENDIMENTO E A PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS	MARIA ANTONIETA RUBIO TYRREL

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2004	CARMEN SUZANA TORNQUIST	UFSC	ANTROPOLOGIA SOCIAL	D	PARTO E PODER: O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL	MIRIAM PILLAR GROSSI
2004	DIONICE FURLANI	UFSC	ENGENHARIA DA PRODUÇÃO	D	OS FIOS DE PODER E SUAS REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE TRABALHO DO PARTO HUMANIZADO NA MATERNIDADE	ZULEICA MARIA PATRÍCIO
2004	JAQUELINE OLIVEIRA SANTOS	UNICAMP	ENFERMAGEM	M	EPISIOTOMIA: UM SOFRIMENTO NECESSÁRIO?	ANTONIETA KEIKO SHIMO
2005	IVETE LOURDES DUTRA	UFRGS	ENFERMAGEM	M	PARTO NATURAL, NORMAL E HUMANIZADO: A POLISSEMIA DOS TERMOS E SEUS EFEITOS SOBRE A ATENÇÃO AO PARTO	DAGMAR ESTERMANN MEYER
2005	MARIENE JAEGER RIFFEL	UFRGS	EDUCAÇÃO	D	A ORDEM DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA EDUCAÇÃO DA VIDA	NORMA REGINA MARZOLA
2006	MARCOS AUGUSTO BASTOS DIAS	FIOCRUZ	SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	D	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO / CONCEITOS, LÓGICAS E PRÁTICAS NO COTIDIANO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA	SUELY FERREIRA DESLANDES

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2006	SIMONE PEREIRA SANTOS	UERJ	ENFERMAGEM	M	A INSERÇÃO DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DO INSTITUTO MUNICIPAL DA MULHER FERNANDO MAGALHÃES - 1988/1992	JANE MARCIA PROGIANTI
2006	KARLA CARNEIRO ROLIM	UFC	ENFERMAGEM	D	ENFERMAGEM HUMANÍSTICA: CONTRIBUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMEIRA NA UNIDADE NEONATAL	MARIA VERA MOREIRA CARDOSO
2006	MARIA DE FÁTIMA ZAMPIERI	UFSC	ENFERMAGEM	D	CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL: UM OLHAR PARA ALÉM DAS DIVERGÊNCIAS E CONVERGÊNCIAS	ALACOQUE LORENZINI ERDMANN
2007	RENATA MOREIRA LOPES	FEAD-MG	ADMINISTRAÇÃO	MPRO	ESTUDO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) NA MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	PATRÍCIA FULGÊNCIO GAZZOLI
2007	ALESSANDRÉA SILVA LOPES	UERJ	ENFERMAGEM	M	A VIVÊNCIA DE PRIVACIDADE PELAS PARTURIENTES NO COTIDIANO HOSPITALAR: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDAR EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	JANE MARCIA PROGIANTI
2007	RAFAEL FERREIRA DA COSTA	UERJ	ENFERMAGEM	M	AS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO SOB A ÓTICA DO CUIDADO CULTURAL	JANE MARCIA PROGIANTI

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2007	ADRIANA LENHO PEREIRA	UFRJ	ENFERMAGEM	D	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA CASA DE PARTO NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA DO REFERENCIAL TEÓRICO DE GRAMSCI	MARIA APARECIDA VASCONCELOS MOURA
2007	JULIANA FREITAS DIAS	UNB	LINGUISTICA	D	O RENASCIMENTO DO PARTO: DISCURSO E IDENTIDADE	MARIA LUIZA SALES CORÔA
2007	CHANG YI WEI	USP	ENFERMAGEM	M	AÇÕES HUMANIZADORAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: EXPERIÊNCIA E PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE MULHERES EM UM HOSPITAL-ESCOLA	DULCE MARIA ROSA GUALDA
2008	MÔNICA BARA MAIA	PUCMG	CIÊNCIAS SOCIAIS	M	HUMANIZAÇÃO DO PARTO: POLÍTICA PÚBLICA, COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL E ETHOS PROFISSIONAL NA REDE HOSPITALAR PÚBLICA E PRIVADA DE BELO HORIZONTE	CARLOS AURÉLIO PIMENTA DE FARIA
2008	LEILA GOMES FERREIRA AZEVEDO	UERJ	ENFERMAGEM	M	ESTRATÉGIAS DE LUTA DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS PARA MANTER O MODELO DESMEDICALIZADO NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	JANE MARCIA PROGIANTI

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2009	RICARDO JOSÉ OLIVEIRA MOUTA	UERJ	ENFERMAGEM	M	A RECONFIGURAÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL DA MATERNIDADE LEILA DINIZ: A LUTA DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS PELA IMPLANTAÇÃO DO MODELO HUMANIZADO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	JANE MARCIA PROGIANTI
2009	CARLA SAMPAIO DE MOURA	UERJ	ENFERMAGEM	M	CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO: A PARTICIPAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NAS LUTAS DO CAMPO OBSTÉTRICO	TÂNIA FRANCO SANTOS
2009	AMAURY CARVALHO E SILVA	UFMT	ENFERMAGEM	M	ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE UM CENTRO OBSTÉTRICO NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ: VISLUMBRANDO A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO	AUREA CHRISTINA DE PAULA CORREA
2009	ROBERTA COSTA	UFSC	ENFERMAGEM	D	SABERES E PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA NA DÉCADA DE 80 EM FLORIANÓPOLIS	MARIA ITAYRA COELHO PADILHA
2009	LUCIANE TIZATTO WEINFURTER	UNC	DESENVOLVIMENTO REGIONAL	M	DIMENSÕES DA TERRITORIALIDADE DA SAÚDE: ESTUDO DO MOVIMENTO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA REGIÃO DA AMPLANORTE	MARCOS ANTONIO MATTEDI
2010	KARLA GONÇALVES CAMACHO	UERJ	ENFERMAGEM	M	A ENFERMEIRA OBSTÉTRICA FRENTE ÀS TRANSFORMAÇÕES DE SUA PRÁTICA CONSEQUENTE AO MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO CAMPO OBSTÉTRICO HOSPITALAR	JANE MARCIA PROGIANTI

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2010	FATIMA ROSADO MORAIS	UFPB	PSICOLOGIA SOCIAL	D	A HUMANIZAÇÃO NO PARTO E NO NASCIMENTO: OS SABERES E AS PRÁTICAS NO CONTEXTO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA BRASILEIRA	MARTHA TRAVERSO-YÉPEZ
2010	RENATA MEIRA VÉRAS	UFPB	PSICOLOGIA SOCIAL	D	PRÁTICAS INSTITUCIONAIS/DISCURSIVAS ACERCA DOS CUIDADOS COM OS BEBÊS PREMATUROS E/OU DE BAIXO PESO: O PROGRAMA CANGURU	MARTHA TRAVERSO-YÉPEZ
2010	ANA LYDIA SOARES DE MENEZES	UFRJ	PSICOS-SOCIOLOGIA DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL	D	A DIMENSÃO (IN)VISÍVEL DA HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A VISÃO DE OBSTETRAS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO	RUTH MACHADO BARBOSA
2010	HELENA DA COSTA LINO	USP	SAÚDE PÚBLICA	M	O BEM-ESTAR NO PARTO SOB O PONTO DE VISTA DAS PACIENTES E PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA OBSTETRICA	CARMEN SIMONE GRILO DINIZ
2010	ANA PAULA LIMA	USP	PSICOLOGIA CLÍNICA	M	A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO PRÉ E PÓS-NATAL EM UMA ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL	ELIANA KERZBERG
2011	ANDRÉA RITA PAIVA PEREIRA	PUCMG	PSICOLOGIA	M	OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO DECORRENTES DA REDE DE CUIDADOS HUMANIZADOS NO MOMENTO DO PARTO	ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2011	ALINE BASTOS PORFIRIO	UERJ	ENFERMAGEM	M	A ATUALIZAÇÃO DO HABITUS DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO MODELO HUMANIZADO NA MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING (1998-2004)	JANE MARCIA PROGIANTI
2011	ROSANA MACHADO MARTINHO	UFBA	SAÚDE COLETIVA	D	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO: ANÁLISE DA TEORIA E IMPLANTAÇÃO EM SALVADOR	LIGIA MARIA VIEIRA DA SILVA
2011	MAYSA LUDUVICE GOMES	UFRJ	ENFERMAGEM	D	A PRÁTICA OBSTÉTRICA DA ENFERMEIRA NO PARTO INSTITUCIONALIZADO: UMA POSSIBILIDADE DE CONHECIMENTO EMANCIPATÓRIO	MARIA APARECIDA VASCONCELOS MOURA
2011	ROSAMARIA GIATTI CARNEIRO	UNI-CAMP	CIÊNCIAS SOCIAIS	D	CENAS DE PARTO E POLÍTICAS DO CORPO: UMA ETNOGRAFIA DE EXPERIÊNCIAS FEMININAS DE PARTO HUMANIZADO	LUIZA MARGARETH RAGO
2011	MARIA PENIDO REBELLO	UNI-MONTES	CIÊNCIAS DA SAÚDE	M	A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA	JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO
2011	MICHELLY MARCONDES NUNES	USP	ENFERMAGEM	M	ENTRE O IDEALIZADO E O POSSÍVEL: LIMITES DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO CENTRO DE PARTO NORMAL DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA.	LUIZA AKIKO KOMURA HOGA

APÊNDICE B
QUADRO DE TESES E DISSERTAÇÕES PRÉ-SELECIONADAS PARA ANÁLISE QUALITATIVA
(CONTINUAÇÃO)

ANO	AUTORIA	UNIVERSIDADE	PROGRAMA	TIPO	TÍTULO	ORIENTAÇÃO
2012	GILBERTO VASCONCELOS	CRUZEIRO DO SUL	CIÊNCIAS DA SAÚDE	M	PARTO HUMANIZADO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	DANILO ANTONIO DUARTE
2012	JULIANA AMARAL PRATA	UERJ	ENFERMAGEM	M	A INFLUÊNCIA DO HABITUS DA ENFERMEIRA NAS REPRESENTAÇÕES DAS MULHERES ACERCA DO PARTO: O SURGIMENTO DE UMA NOVA DEMANDA SOCIAL PARA O CAMPO OBSTÉTRICO	JANE MARCIA PROGIANTI
2012	TATIANA ASSUNÇÃO MIRANDA	UERJ	SAÚDE COLETIVA	M	"CIÊNCIA", "NATUREZA" E A NORMATIZAÇÃO DO PARTO	KENNETH DE CAMARGO JUNIOR
2012	HELOISA LESSA	UFRJ	ENFERMAGEM	D	A SAÚDE DA MULHER E A OPÇÃO PELO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO	MARIA RUBIO TYRREL
2012	CLEBER GONÇALVES FERREIRA	UNI-MONTES	CIÊNCIAS DA SAÚDE	M	A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NA VISÃO DE MULHERES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS EM HOSPITAL-ESCOLA	JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO
2012	FABIANI WAECHTER RENNER	UNISC	EDUCAÇÃO	M	O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO À FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO DA ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA NA UNIS	NIZE MARIA CAMPOS PELLANDRA