

Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento

Humanization of childbirth care in Brazil:
the numerous meanings of a movement

Carmen Simone Grilo Diniz ¹

Abstract *This paper recovers the origins of the term “humanization of childbirth”, the recognition of birth care as a dehumanizing event, the technical criticism to the organization of care, the emergence of a national and international movement, and the related public policies in Brazil. It explores the relationships between the critique to maternal care and the emergence of Evidence-Based Medicine (EBM). Based on a research about “humanized maternity hospitals” in the Brazilian Public Health System, the paper explores the understanding of “humanization”, describing the different (often contradictory) meanings, its possibilities to change the technical culture, the understanding of women’s anatomy and physiology, and gender relations. Those meanings are: the use of EBM, respect for women’s rights (sexual and reproductive, to universal access, to available technology); respectful treatment from providers; pain relief and prevention of iatrogenic pain; the new division and conflicts of responsibilities between doctors and nurses, cost-benefit analysis etc. Instead of finding the “correct humanization”, we try to map a dialogue among different actors – a tense and productive one.*

Key words *Humanization of childbirth, Evidence-Based Care, SUS, Human rights, Sexual and reproductive health and rights, Gender*

Resumo *Este texto recupera as origens do termo humanização do parto, o reconhecimento da sua assistência ao parto como evento desumanizante, a crítica técnica à assistência, o surgimento de um movimento nacional e internacional de humanização do parto, as políticas de humanização do parto desenvolvidas no Brasil, e as relações entre a crítica à assistência e a criação do movimento pela medicina baseada em evidências (MBE). Com base em um estudo de duas maternidades “humanizadas” do SUS, discute os diferentes (às vezes contraditórios) sentidos do termo, e seu alcance em questionar a cultura técnico-assistencial, a anatomia, a fisiologia femininas, e as relações de gênero. Entre os diferentes sentidos estão: o uso da MBE, o respeito aos direitos (reprodutivos e sexuais, ao acesso universal e ao consumo de tecnologia), o tratamento acolhedor e respeitoso, o manejo da dor do parto e a prevenção da dor iatrogênica, novas atribuições profissionais e disputas corporativas; a relação custo-benefício etc. Longe de querer achar a “humanização certa”, busca-se compreender nos diferentes sentidos um diálogo, tenso e produtivo, entre atores sociais em disputa.*

Palavras-chave *Humanização do parto, Assistência baseada em evidências, SUS, Direitos humanos, Direitos sexuais e reprodutivos, Saúde sexual e reprodutiva, Gênero*

¹ Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 715, sala 218, 01246-904, São Paulo SP. sidiniz@usp.br

Origens do termo *humanização* no parto

Na assistência ao parto, o termo *humanizar* é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998). Esses conceitos eram difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, entre eles o norte-americano Joseph DeLee (Rothman, 1993).

A *humanização* da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento *da outra*, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto (Diniz, 1997). A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo: *uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade* (Magalhães, 1916).

Agora a mulher é descrita não mais como *culpada* que deve expiar, mas como *vítima* da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino”. Segundo DeLee, para a mãe o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forçado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea). Através da pelvimetria, “base da ciência obstétrica”, a pélvis feminina é esquadrihada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos *hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las* (Cunha, 1989). Para esses autores, o parto é concebido como uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno “fisiologica-

mente patogênico”; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria portanto patológico (Rothman, 1993). A maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (Diniz, 1997). Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto.

Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um *apagamento* da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolveva uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz, 1993). No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (Magalhães, 1916).

O modelo de assistência acima descrito, da sedação completa associada ao parto instrumental, foi abandonado após várias décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável. Porém, com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem (Martin, 1987). Inicialmente restrito às elites e às indigentes que acorriam às maternidades-escola, o modelo hospitalar se expandiu como padrão da assistência nas áreas urbanas. Na metade do século 20, o processo de *hospitalização* do par-

to estava instalado em muitos países, mesmo *sem* que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Tew, 1995). Não sem resistência das parteras, em alguns países a obstetrícia não-médica, leiga ou culta, foi ilegalizada, assim como o parto não-hospitalizado.

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986). No Brasil, aí se incluem como *rotina* a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas. Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser *prevenido*, por meio de uma cesárea eletiva.

Para além da pobreza das relações humanas nessa forma de assistência e do sofrimento físico e emocional desnecessário que causa, o uso irracional de tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo: é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (Barros *et al.*, 2005, Costello, 2005). Uma vez que esse uso irracional provoca mais danos que benefícios, há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a *des-incorporação* de tecnologia danosa. O movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de *humanização do parto*.

O movimento pela mudança nas práticas no mundo

Nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas (Rorty, 1993).

A crítica ao modelo de assistência, batizada com uma diversidade de termos, se desenvolve a partir de uma variedade de perspectivas. En-

tre elas profissionais dissidentes, já na década de 1950, como os do movimento pelo *parto sem dor* na Europa, os ativistas do método Dick-Read e o *parto sem medo*, e posteriormente os do método Lamaze e Leboyer (*parto sem violência*). Outra vertente é a do *parto natural* do movimento hippie e da contracultura, cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como The Farm nos EUA (Gaskin, 2003). O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência *baseada em direitos* (WHO, 2005). Foram muito influentes a *abordagem psicosssexual* do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de *parto ativo* de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes *amigas da mulher* (woman-friendly) e *centradas na mulher* (woman-centered) são propostas principalmente para organização de serviços (CIMS, 2005). Mais recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência (Vinaver, 2001).

Nas ciências sociais, iniciativas de questionamento da prática usam o termo humanização da assistência, já na década de 1970 (Howard & Strauss, 1975). A chamada Antropologia do Parto, ao final dos anos 70, mostrou a assistência como construto social, sua reveladora variabilidade cultural e seu caráter ritual – tanto nas sociedades tidas como primitivas quanto nas chamadas sociedades complexas. Mostra os diferentes *conhecimentos autoritativos* – o conhecimento que baseia as decisões na assistência (Jordan, 1979), entre eles, o do chamado *modelo tecnocrático*, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores. Essas autoras documentaram extensivamente as relações da assistência ao parto com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino. Analisaram as contradições com as evidências científicas, e os rituais da assistência como expressões do *medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para conti-*

nuar sua existência (Davis-Floyd, 1992). Constituiu um campo de pesquisa muito produtivo, frequentemente ligada ao ativismo feminista e/ou ao de mudança nas práticas (Davis-Floyd & Sargeant, 1997).

Nas ciências da saúde, a crítica à assistência foi relegada à condição de marginal até o final da década de 1970, quando é publicado *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, de Roberto Caldeyro-Barcia (1979), que constituiu uma cunha no discurso médico, partindo de um pesquisador de ponta da fisiologia obstétrica. Redescreve o modelo de assistência como inadequado e propõe mudanças na compreensão das dimensões anatomo-fisiológicas e emocionais do parto. Foi recebida com frieza e certa hostilidade. O texto questiona a representação da mulher como vítima de sua natureza, e do corpo feminino como “normalmente patológico”, evidenciando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica.

No campo da saúde pública, a crítica do modelo tecnocrático se acelera no Ano Internacional da Criança (1979), com a criação do Comitê Europeu para estudar as intervenções para reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente. Se detectavam os mesmos problemas de hoje: aumento de custos, sem a respectiva melhoria nos resultados da assistência; falta de consenso sobre os melhores procedimentos, e a total variabilidade geográfica de opiniões. O Comitê é composto inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, e posteriormente por sociólogos, parteiras e usuárias. A partir desse trabalho, vários grupos se organizam para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto, apoiado pela OMS. Inicia-se uma colaboração internacional, que desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, dando os primeiros passos do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências, MBE (Cochrane, 1989; WHO, 1996; Wagner, 1997). Ainda que o movimento da MBE tenha tomado rumos diversos, mais progressistas ou mais conservadores, esta inspiração inicial é fortemente questionadora, evidenciando as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas. Trouxe à tona também o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas. Além disso, teve como forte prioridade a defesa dos direitos dos pacientes (Cochrane, 1973

Como resultado daquela colaboração, em 1985, a OPAS e os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada no parto. Esse encontro foi um marco, com forte apelo de saúde pública e de defesa de direitos das mulheres, assim como a resultante Carta de Fortaleza (WHO, 1985), texto que teve a capacidade de inspirar muitas ações de mudança. Recomenda a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Argumenta que as menores taxas de mortalidade perinatal estão nos países que mantêm o índice de cesárea abaixo de 10% e afirma que nada justifica taxa maior que 10%-15% (WHO, 1985). Publicado no prestigioso *Lancet*, o texto provocou reações indignadas por parte de entidades médicas (Wagner, 1997).

Em 1989 esta Colaboração, já com centenas de integrantes, publicou uma revisão exaustiva dos procedimentos, e em 1993 publicou uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre o tema desde 1950, incluindo 275 práticas de assistência perinatal, que foram classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde em 1996, sendo desde então conhecidas como as *Recomendações da OMS*. Uma coletânea bastante completa dessas revisões, em uma versão popular dirigida a profissionais e usuárias, foi coordenada pelo canadense Murray Enkin (Enkin *et al.*, 1995).

Na assistência ao parto, a redescritura operada pela MBE é extensa. O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou seqüelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar” (WHO, 1986). Os familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as

dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços.

Assim, a chamada MBE – ela própria redescrita pela interpretação dos ativistas – vem ampliando a legitimidade do discurso pela mudança das práticas, e vice-versa. No Brasil, por exemplo, as “Recomendações da OMS” e o “livro do Enkin” tornaram-se as grandes referências para os defensores da humanização do parto. Alguns desses temas viraram bandeiras políticas para campanhas no Brasil, como o direito a acompanhantes no SUS (tornado lei em alguns municípios, estados e agora nacional). Outro tema técnico-político é a abolição da episiotomia de rotina, que já foi objeto de uma campanha (Xô Episio, 2003). A episiotomia é um caso emblemático de violação dos direitos humanos na saúde (França Jr., 2003), um procedimento danoso quando feito de rotina, aos milhões por ano até hoje, apesar de toda a evidência em contrário (Diniz & Chacham, 2004).

As recomendações da OMS foram publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde, sob o título *Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático*, e enviada a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstetras do país em 2000. O livro evidencia que o atendimento ao parto no Brasil se baseia em grande medida naquilo que se busca superar. A distância impressionante entre o chamado padrão-ouro da ciência e a prática obstétrica no Brasil é um exemplo de quanto a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento autoritativo na organização das práticas de saúde.

O movimento pela humanização do parto no Brasil

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação

Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco.

Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia *as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento* (Rehuna, 1993). Considera que, no parto vaginal *a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor* (Rehuna, 1993).

É uma denúncia, mas também uma demanda por justiça e um programa de mudanças. A maioria dos integrantes da Rehuna é de profissionais de saúde, muitos dos quais atuando na implantação de serviços ou na pesquisa. São principalmente enfermeiras e médicos, vindos das áreas de obstetria ou de saúde pública, trabalhando em serviços públicos ou em ONGs. Há também presença importante de usuárias, psicólogas, fisioterapeutas, terapeutas alternativos e profissionais liberais. No Brasil há uma forte participação dos movimentos de mulheres e feminista (Diniz, 2001; Tornquist, 2004), assim como no movimento internacional (BWHBC, 1998; Goer, 2004). Há também uma presença importante das idéias da Saúde Coletiva e de defesa do SUS. Muitos encontros foram organizados por participantes dessa rede, como o Encontro Parto Natural e Consciente no Rio (anual, no qual ocorre a Plenária Nacional da Rehuna), além de encontros locais. Isto contribuiu para formar uma comunidade que se reunia várias vezes por ano presencialmente, e a partir do fim da década de 1990, virtualmente através de listas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas, entre outras (Tornquist, 2004), a maioria criada por consumidoras organizadas de classe média – uma novidade política de *enorme potencial na mudança*. Esta interação levou a uma multiplici-

dade de perspectivas, de iniciativas pessoais e institucionais, políticas públicas, conflitos, colaborações, divergências e convergências. O movimento pela humanização do parto no Brasil é um *movimento de diversos*, que se abriu, não sem conflitos, ao diálogo e à interfecundação.

Já em 1994 surge no Rio uma primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada, que recebeu o justo nome de Leila Diniz. Outros marcos em termos de políticas públicas foram a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas, em 1998, e a proposição das Casas de Parto. Os critérios para a concessão do prêmio são baseados na adesão às recomendações da OMS, tais como a presença de acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras, e controle das taxas de cesárea. Concedido em nível estadual, regional e nacional, o Galba tem provocado uma mobilização dos hospitais e tido a participação de um número de serviços crescente a cada edição, contribuindo para conferir legitimidade ao modelo humanizado – ainda que os serviços premiados enfrentem incontáveis problemas para a implementação do modelo (Tornquist, 2004). O projeto de Casas de Parto, após um início promissor, encontra limites e resistências principalmente dos médicos.

Estas iniciativas inauguraram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzido pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de Humanização de Hospitais, lançados em maio e junho de 2000, com objetivo de abranger centenas de instituições. No caso do PHPN, talvez pela ênfase em garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas, imunizações, etc.) e seu registro, o programa não incorporou os questionamentos feitos pelo movimento de humanização à técnica *desumanizada* e sem base na evidência, sendo basicamente um instrumento de gestão.

À medida que o uso do termo humanizar se expande e é utilizado pelos diferentes atores sociais, cada um deles faz sua interpretação e recriação do termo, aplicado para outras formas de assistência. Entre elas, propostas de humanização de hospitais, da assistência ao recém-nascido, ao prematuro (associado ao modelo de “mãe-canguru”), ao abortamento, e inclusive à morte. A humanização aparece como a necessária *redefinição das relações humanas na assistência*, como revisão do projeto de cuidado, e

mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.

Apesar de o termo humanização ser mais utilizado na América Latina, tem tido um apelo internacional, refletido em iniciativas como a Conferência Internacional pela Humanização do Parto, que contou com mais de duas mil pessoas de dezenas de países, realizada em 2000 em Fortaleza. A segunda edição desta Conferência ocorrerá em novembro de 2005, no Rio de Janeiro. O encontro pretende consolidar um movimento global pela humanização do parto (Goer, 2004), celebrar os 20 anos da Carta de Fortaleza (WHO, 1985) e fazer um balanço dos avanços desde então, projetando os próximos 20 anos de movimento.

Questões para o SUS: os muitos sentidos da humanização

Enfim como definir *humanização do parto*? Não pretendemos aqui encontrar a versão mais correta ou mais “científica” do que seria essa humanização, mas descrever como cada interpretação do termo explicita a participação dos interlocutores, no diálogo sobre o tema no Brasil.

Abaixo, descreveremos os principais achados de uma pesquisa de doutorado sobre os diferentes sentidos, limites e possibilidades das propostas de humanização da assistência ao parto, em duas maternidades autodefinidas como humanizadas que atendem pacientes do SUS, uma localizada na Zona Sul e a outra na Zona Leste da cidade de São Paulo. Os serviços foram finalistas regionais do prêmio Galba Araújo na sua primeira edição (1999). Nesta pesquisa, mapeamos as várias interpretações do termo *humanização*, reconhecendo que há entre elas combinações, convergências, divergências e contradições. Com base nesse mapeamento, estudamos também quais os fatores que possibilitavam ou limitavam a implementação da *proposta humanizante*, da perspectiva dos sujeitos envolvidos (Diniz, 2001). Utilizamos uma combinação de metodologias qualitativas, incluindo: observação de plantões nas duas maternidades; produção de depoimentos de profissionais e parturientes por meio de entrevistas semi-estruturadas, e conversas informais durante os plantões observados. Estudamos também as discussões realizadas em três encontros sobre o tema, gravados e transcritos (dos quais participavam ativistas, formuladores de políticas e profissionais); o tratamento

dado ao tema em órgãos da imprensa médica em geral e de gineco-obstetrícia em particular, e em documentos normativos. Na análise dos diversos materiais percorremos as seguintes etapas: primeiro a leitura flutuante do material – o contato exaustivo com o texto, permitindo a impregnação pelo conteúdo das transcrições de entrevistas, seminários, cadernos de campo e artigos. Em seguida, fizemos a leitura detalhada e a distribuição em temas; e finalmente, uma análise temática do material, a partir das categorias de análise iniciais, e daquelas que surgiram no decorrer do trabalho (Minayo, 1993; 1995).

Humanização como polissemia e como convite ao diálogo

No decorrer do trabalho, percebemos como cada um desses sentidos dados à humanização, de certa forma, explicita uma *reivindicação de legitimidade* do discurso. Trata-se de um diálogo, em um espaço político a ser ocupado, no qual essas reivindicações de legitimidade, em disputa, podem ser convergentes ou conflitantes. A ordem dos itens abaixo não corresponde a uma hierarquia de importância, difícil de mensurar dada a superposição de sentidos.

a) Humanização como a *legitimidade científica* da medicina, ou da assistência **baseada na evidência** (*evidence-based*, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia). É considerada pelos iniciados como o *padrão ouro*; a prática orientada através de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela opinião e tradição. A superposição entre a crítica política (da organização do cuidado) e a crítica à técnica (da indicação clínica dos procedimentos) é tão intensa, que a adesão à Re-huna por seus filiados é condicionada exatamente à defesa por parte dos mesmos daqueles textos técnico-políticos (WHO, 1985; 1996).

Pelo menos na interpretação dos ativistas, a *humanização*, no caso do parto, pressupõe que a técnica é política, e que inscritos nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo – estão “encarnadas” as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Assim, a mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o “moderno”,

enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica e sem base na evidência é o que se busca superar.

Trata-se de uma apropriação política do discurso técnico – uma estratégia não isenta de riscos. A equivalência dos termos *humanização* e adesão às *recomendações da OMS* causa justificável estranhamento. Porém reflete o fato de que essas recomendações expressam, em grande medida, a perspectiva do movimento pela mudança, resultantes do processo de interfe-cundação conceitual, não sem contradições, que se deu pela participação das usuárias e ativistas no desenho e disseminação das pesquisas. Isto se reflete também na criação de *novos objetos* de estudos randomizados, digamos, *extra-clínicos*, tais como os acompanhantes no parto e a *satisfação* com a assistência (Hodnett, 2002), o respeito aos direitos no parto e a abordagem *baseada em direitos* (Panos, 2001), e mesmo na recuperação dos chamados ensaios pragmáticos sobre *promoção da mudança* institucional (BBI, 2005).

b) Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. Uma assistência **baseada nos direitos** (*rights-based*), demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”, dando às usuárias inclusive o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações: [...] *As mudanças na oferta de serviços e no acesso a eles não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – sejam respeitados* (WHO, 1998).

Falar em *humanização* é também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da *violência* de gênero e demais *violações de direitos* praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde. Entre eles os direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos); o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos físicos, emocionais ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS etc. Esta abordagem *baseada nos di-*

reitos busca compor uma agenda que combine os direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e sexuais em especial. Está relacionada à reivindicação do movimento de mulheres por desfazer as supostas incompatibilidades entre essas gerações de direitos, reivindicando sua integralidade. Considera que o direito de decidir sobre sua vida e saúde (um direito individual, à liberdade) não pode se realizar sem que existam os direitos sociais (serviços, equidade) que viabilizem essas escolhas (Dora, 1998).

c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. Além dos melhores resultados nos *indivíduos* de uma assistência apropriada, esse resultado é visto em sua dimensão *coletiva*. A reivindicação de políticas públicas no sentido de uma *legitimidade epidemiológica*, ou de saúde pública. Essa adequação tecnológica resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. Essa é a tônica de alguns documentos da Iniciativa Maternidade Segura, pois a *racionalidade* no uso de recursos *apropriados* aparece como um conceito diferente do mero acesso quantitativo a consultas pré-natais, a leitos e procedimentos obstétricos, independentemente de seu conteúdo e adequação. Este sentido se torna ainda mais importante à medida em que se avolumam as evidências de que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal, e se postula uma redução das intervenções iatrogênicas como forma de *promoção da saúde*: *O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural* (WHO, 1996).

d) Humanização como *legitimidade profissional e corporativa* de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetrix – legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. Desloca também o local privilegiado do parto, do centro cirúrgico para a sala de parto ou casa de parto, a exemplo dos modelos europeu e japonês de assistência. Essa perspectiva envolve disputas corporativas e de recursos, e é um campo de intenso conflito, pois os médicos sentem seu espaço apropriado, reagindo de várias formas. Como na proposta de lei do Ato Médico, em que os de-

mais profissionais de saúde devem estar submetidos à sua supervisão – o que seria incompatível com a prática autônoma das enfermeiras obstetrizes. Esta lei estaria em contradição com as próprias portarias do Ministério da Saúde, inclusive as que instituem os Centros de Parto Normal, constituindo um dos impasses atuais da mudança das políticas públicas.

e) Humanização referida à *legitimidade financeira* (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. Esta racionalidade é argumentada tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, uma “medicina para pobres”), quanto como vantagem (economia de recursos escassos, propiciando um maior alcance das ações e menos gastos com procedimentos desnecessários e suas complicações). Do ponto de vista dos planejadores, essa vantagem aparece como um elemento definidor da adesão ao modelo, por sua relação custo-benefício, extensão de cobertura e melhora de indicadores, como na fala de um representante do Ministério da Saúde em um seminário: *Não é por mero acaso que essas coisas se reúnem apontando para a mesma direção, a de uma legitimidade financeira, quando se pensa também na eliminação de tecnologias desnecessárias ou na não intervenção. Felizmente, quando a gente discute com os economistas, um novo projeto, uma nova postura, a gente também pode usar o argumento deles, que além de todas as vantagens técnicas, das vantagens das filosofias, afetivas, de crédito, de justiça, elas são mais econômicas também. Eventualmente, esse argumento é muito mais forte do que os anteriores.*

É importante notar que o setor privado pode se beneficiar do modelo oposto, pois uma vez incorporada, a tecnologia deve pagar-se e ser lucrativa. Estudos da relação custo-benefício dos modelos de assistência – e sobre quem paga e quem se beneficia – tem sido uma quase total ausência quando deveriam ser prioritários (NPEU, 2005).

f) Humanização referida à *legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde*, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente de uma noção referida a direitos sociais, aqui

está fortemente presente a tradição liberal, de direitos do consumidor à escolha, criando uma “rede privada de assistência humanizada” e ampliando a legitimidade do modelo da MBE, até então restrita ao setor público. Isto inclui a mudança arquitetônica de vários serviços particulares para a superação do modelo de linha de montagem, com a instalação de salas PPP (pré-parto e pós-parto) ou “Labour and Delivery Rooms”, banheiras de hidromassagem para o trabalho de parto e outras inovações.

g) Humanização como direito ao *alívio da dor*, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como *humanitários*, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto. Entre os médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos, “parto humanizado” é praticamente um *sinônimo* de acesso à anestesia peridural, como explica essa médica: *Primeiro, eu acho que não pode haver humanização sem ter peridural. Como podemos ser humanos com a parturiente sem sedar a dor dela, que é uma tarefa primordial do médico? [...] Aí a gente vê que na prática não tem anestesia disponível no SUS, é só discurso.*

Ainda que a anestesia seja formalmente prevista e pagável desde 1998 pelo SUS (portaria/GM/MS 2815), na prática é inviabilizada, pois o pagamento do procedimento “parto” foi aumentado de valor, sem incluir honorários específicos para o anestesista.

Essa idéia da humanização, que coloca a peridural como condição necessária no parto, é sempre referida à tradição hipocrática, ao papel humanitário do médico, que resgataria a parturiente da pena do Gênesis, uma ação em defesa das mulheres e seus direitos. A escolha ou a contingência, por parte do profissional, da assistência ao parto sem analgesia é considerada pelos médicos má técnica, “tigrada” ou “medicina para pobre”, orientada pela carência de recursos. Seria papel do SUS oferecer a indulgência desta pena a todas, democraticamente. O que não ocorre, como conta esse médico: *Então a gente praticamente só conta com anestesia quando é cesárea. Uma rara vez, a gente faz uma peridural humanitária, quando a paciente, às vezes uma adolescente, está muito descompensada. Já no consultório, a gente faz analgesia em praticamente 100% dos partos vaginais.*

A dor do parto é em grande medida iatrogênica, amplificada por rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia, en-

tre outras. Por isso a experiência, para profissional, de infligir esses procedimentos dolorosos, e para parturiente de submeter-se a eles, é *muito diferente com e sem a peridural*. E suportar a dor da paciente, provocada pelos procedimentos *que ele pratica* pode ser uma experiência muito penosa também para o profissional. A ponto de, em um estudo recente, a disponibilidade da anestesia peridural ser considerada pelos médicos o fator *mais importante* na lista de “boas condições de trabalho do obstetra” (Diniz, 2004).

Conclusões

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.

No caso brasileiro, a obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática. Nossos obstetras seriam mais humanos que os obstetras das outras: se o parto é um evento medonho, um agravo à saúde, por que não simplesmente *prevenilo*, através da cesárea de rotina? Um parto moderno, indolor, conveniente em horários e datas, racional, sem gemidos, genitais expostos ou destroçados. Nesta *via de parto*, há também uma certa decência, um apagamento da dimensão sexual do parir.

As propostas de humanização do parto, no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Enfim, de reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento.

Referências bibliográficas

- Balaskas J 1996. *Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural*. Ed. Ground. São Paulo.
- Barros F, Victora C *et al.* 2005. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 365: 847-854.
- BBI (Better Births Initiative) 2005. Disponível em <<http://www.liv.ac.uk/lstm/ehcap/BBI/bbimainpage.htm>>. Acesso em 2005.
- Boston Women's Health Book Collective (BWHBC) 1998. *The New Ourbodies, Ourselves*. Touchstone Simon and Schuster, Nova York.
- Caldeyro-Barcia R 1979. *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo.
- CLADEM/CRLP 1998. *Silencio y complicidad: violencia contra la mujer en los servicios de salud en el Peru*.
- Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) 2005. *The mother-friendly childbirth initiative*. Disponível em <<http://www.motherfriendly.org>>.
- Cochrane AL 1973. *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres.
- Cochrane AL 1989. Foreword. In I Chalmers, M Enkin & MJNC Keirse (eds.) 1989. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, Oxford.
- Costello A & Osrin D 2005. Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: three Brazilian birth-cohorts. *The Lancet* 365(9462): 825-826.
- Cunha F 1989. De como os modismos influenciam as condutas médicas. *Femina, Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia* 19(11):934-936.
- Davis-Floyd R 1992. *Birth as an American rite of passage*. University of California Press, Berkeley-Los Angeles.
- Davis-Floyd R & Sargeant C 1997. Introduction. In R Davis-Floyd & C Sargeant (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge – cross-cultural perspectives*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
- Diniz CSG 1997. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo.
- Diniz CSG 2001. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo.
- Diniz CSG & Chacham AS 2004. The cut above and the cut below: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 12(23): 100-110.
- Diniz CSG 2004. *Os desafios da mudança: expectativas e satisfação de usuárias e profissionais frente à humanização do parto*. Relatório de pesquisa de pós-doutorado. Fapesp/CEMICAMP. (Mimeo).
- Dora DD & Silveira DD (orgs.) 1998. *Direitos humanos, ética e direitos reprodutivos*. Themis, Porto Alegre.
- Enkin M, Kierse M, Renfrew M & Nielson J 1995. *A guide to effective care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford Medical Publications, Oxford.
- Febrasgo 2000. *Tratado de obstetrícia*. Revinter, Rio de Janeiro.
- França Jr. I 2003. Saúde pública e direitos humanos, pp. 63-69. In E Zóbole & P Fortes. *Bioética e saúde pública*. Ed. Loyola, São Paulo.
- Gaskin I M 2003. *Ina May's Guide to Childbirth*. Bantan Books, Nova York.
- Goer H 2004. Humanizing birth: a global grassroots movement. *Birth* 31(4):308-314.
- Hodnett ED 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186(5):S160-72.
- Howard J & Strauss A 1975. *Humanizing health care*. John Wiley & Sons, Nova York.
- Jordan B 1979. *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. (4ª ed.). Ill. Waveland Press, Prospect Heights.
- Kitzinger S 1985. The sexuality of birth, pp. 209-218. In S Kitzinger (ed.). *Women's experience of sex*. Penguin, Nova York.
- Magalhães F 1916. *Lições de clínica obstétrica*. 2ª ed. Livraria Castilho, Rio de Janeiro.
- Martin E 1987. *The woman in the body*. Beacon Press, Boston.
- Mello e Souza C 1994. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Camb Q Health Ethics* 3: 358-366
- Minayo C 1993. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro.
- Minayo C 1995. Pesquisa social – teoria, método e criatividade. Vozes, Petrópolis.
- Mold J & Stein HF 1986. The cascade effect in the clinical care of patients. *NEJM* 314(8):512-514.
- NPEU National Perinatal Epidemiology 2005. *Birth Center Review*. Report 2005. Oxford.
- Odent M 2000. *A cientificação do amor*. Ed. Terceira Margem, São Paulo.
- O'Dowd M & Philipp E 1994. *The history of obstetrics and gynaecology*. Parthenon Publishing, Nova York-Londres.
- Paciornik M 1979. *Parto de cócoras – aprenda a nascer com os índios*. Ed. Brasiliense, São Paulo.
- Panos Institute 2001. *Birth Rights. New approaches to safe motherhood*. Disponível em <<http://www.panos.org.uk>>. Acesso em 2005
- Ramos JGL 2003. Morte materna em Hospital Terciário no Rio G. do Sul, Brasil: um estudo de 20 anos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 25(6):431-436.
- Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) 1993. *Carta de Campinas*. (Mimeo).
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNFSDR). Dossiê Humanização do parto. <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>. Acesso em 2005.
- Rezende J 1974. *Obstetrícia*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- Rezende J 1998. *Obstetrícia*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- Rorty R 1993. Feminism, ideology, and deconstruction: a pragmatist view. Special Issue: Feminism and Prag-

- matism. *Hypatia* 8(2). Disponível em <<http://www.cyberartsweb.org/cpace/cspace/schwartz/philosophies.html>>
- Rothman B (ed.) 1993. *The Encyclopedia of Childbearing*. The Oryx Press, Nova York.
- Tew M 1995. *Safer childbirth? A critical history of maternity care*. (2ª ed.). Chapman & Hall, Londres.
- Tornquist CS 2004. *Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC.
- Vinaver N 2001. *Birth day* (video). Frank Ferret and Georges Vinaver (Direção). Produzido por Sage Femme, Inc.
- Wagner M 1997. Confessions of a dissident, pp. 366-395. In R Davis-Floyd & C Sargeant (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge – cross-cultural perspectives*. University of California Press, Berkely e Los Angeles.
- Wertz D 1993. Twilight sleep, pp. 403-405. In *The Encyclopedia of Childbearing*. Oryx Press. Nova York
- World Health Organization 1985. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet* 8452(ii):436-437.
- World Health Organization 1986. *Recommendations for Appropriate Technology Following Birth*. WHO Regional Office for Europe. Disponível em <<http://www.who.dk>>
- World Health Organization 1996. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva.
- World Health Organization 1998. *World health day: safe motherhood*. Geneva.
- World Health Organization 2005. Gender and Reproductive Rights. *What is a rights-based approach?* Disponível em <<http://www.who.int/reproductive-health/gender/rights.html>>
- Xô Episio, 2005. *Episiotomia não*. Disponível em <<http://www.xoepisio.blogspot.com.br/>>

Artigo apresentado em 1º/04/2005

Aprovado em 2/05/2005

Versão final apresentada em 2/05/2005