

Humanização na atenção a nascimentos e partos:

breve referencial teórico

Daphne Rattner¹

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

In spite of increased coverage of prenatal care and hospitalized births, maternal mortality coefficients have stabilized at relatively high values. This is attributed here to inadequate quality of care. One of the components of the process of care is interpersonal relationships, and these have been associated with the concept of humanization. A strong international movement with increasing theoretical production can be identified, in which humanization of childbirth care is taken to be a response both to the mechanization of the way in which professional work is organized and to institutional violence. However, 'humanization' is a polysemic term, and the perspective that is adopted and the sense that is conferred need to be identified when this term is used.

Keywords: Humanizing childbirth. Technology. Evidence based medicine.

Apesar da ampliação da cobertura da atenção pré-natal e hospitalização do parto, houve estabilização no coeficiente de mortalidade materna em valores relativamente altos, atribuída aqui à qualidade inadequada da atenção. Um dos componentes do processo de assistência é a relação interpessoal, à qual tem sido associado o conceito de humanização. Identifica-se um forte movimento internacional que aborda a humanização da atenção a nascimentos e partos como uma resposta à mecanização na organização do trabalho profissional e à violência institucional, com crescente produção teórica. Todavia, o termo é polissêmico e faz-se necessário, ao deparar-se com a expressão, identificar que perspectiva está sendo adotada e qual o sentido que lhe é conferido.

Palavras-chave: Parto humanizado. Tecnologia. Medicina baseada em evidências.

¹ Área Técnica de Saúde da Mulher, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 629. Brasília, DF, Brasil. 70.058-900 daphne.rattner@gmail.com

O ser humano e a “máquina de nascer”

No início do século passado, o parto era atendido majoritariamente no domicílio por parteiras. As famílias tinham muitos filhos, para que alguns resistissem às difíceis condições de vida à época, e não havia antibióticos para prevenir e curar infecções. A partir dos anos quarenta, começou a crescer a tendência à hospitalização dos partos, e chegamos ao final do século passado com mais de 90% dos partos realizados em hospitais. Com os avanços na antibioticoterapia e na disponibilidade de meios tecnológicos para diagnósticos e terapêuticas, assim como com a melhoria nas condições de vida, conquistamos a efetiva redução na mortalidade materna e neonatal. Contudo, nos últimos vinte anos a mortalidade materna no Brasil tem se mantido constante e muito superior à dos países desenvolvidos, independentemente dos avanços do conhecimento e da incorporação de novas tecnologias de suporte vital. Em que pese a melhoria da qualidade da informação e a ampliação do acesso ao pré-natal por meio da Estratégia Saúde da Família, ou ao parto hospitalar, a tendência de estabilização da mortalidade materna em nosso país em torno de 55 por cem mil nascimentos vivos (ou 75 por mil nascimentos vivos, se aplicado o fator de correção de 1,4) ainda pode ser explicada por questões referentes a acesso sobretudo a serviços com qualidade na atenção à gestação, ao parto e ao pós-parto. Ressalte-se que todos os trabalhos de análise dessa mortalidade identificam que, nos países em desenvolvimento, mais de 90% dessas mortes seriam evitáveis. Faz-se necessário, então, refletir sobre as razões da estabilidade da taxa.

No século XX, presenciou-se um entusiasmo crescente com as possibilidades do desenvolvimento industrial, que influenciou todos os setores da atividade humana. No setor Saúde, o componente técnico foi privilegiado em relação ao componente do cuidado, e a racionalidade mecânica ou industrial, apenas em função da produtividade, foi aplicada ao entendimento dos muitos aspectos da atenção, como exemplifica um livro-texto de Administração em Saúde Pública:

Como uma analogia, o corpo humano pode ser considerado semelhante a uma máquina. Seu funcionamento adequado depende de vários componentes físicos e bioquímicos. Ele pode ser comparado a uma máquina de combustão interna com membros em lugar de pistões e o sistema endócrino atuando como carburador. Fica super-imposta a função supervisora da mente humana. Similarmente, o corpo humano pode ser encarado como uma unidade humana cuja existência tem propósitos produtivos, potenciais e mensuráveis (Hanlon, Pickett, 1984, p.27). [tradução da autora]

Para Braga e Paula (1986), esta abordagem industrial e tecnicista em relação à atenção à saúde também contribuiu para o desenvolvimento dos hospitais como locais privilegiados para a provisão de serviços de saúde. Estes estabelecimentos eram os que conseguiam centralizar equipamentos sofisticados e caros, e técnicos habilitados a utilizá-los, além de médicos, cada vez mais especializados e subespecializados. Destarte, a assistência poderia ser organizada como uma linha de produção – tanto é assim que, nos Estados Unidos, é usual a denominação de indústria da assistência médica (*Health Services Industry*). A teoria de administração hospitalar adaptou a compreensão industrial à assistência, denominando os usuários de *input* – matéria-prima, o processo como *throughput* e o resultado de *output* – desconsiderando, assim, o componente humanístico do cuidado. E na clássica tríade proposta para avaliação de qualidade (estrutura-processo-resultado), um dos componentes do processo de assistência é a relação interpessoal, à qual tem sido associado o conceito de humanização.

A assistência a nascimentos, ainda que “dar à luz não seja uma doença ou processo patológico” (Wagner, 1982, p.1207), também seguiu o padrão industrial, e algumas maternidades que agendam cesarianas como se fosse uma *linha de produção* de nascimentos, por conveniência de profissionais e das instituições, ostentando taxas de 70% e até 100% de cesáreas, são bons exemplos dessa interpretação de economia de tempo e produtividade. Por outro lado, um estudo epidemiológico mostrou clara associação entre a variação de indicadores econômicos e mercadológicos, como o potencial de mercado e agências bancárias por habitantes, e a variação das taxas de cesárea (Rattner, 1996), sugerindo que este procedimento cirúrgico também adquiriu características de *bem de consumo*.

Lo Cicero (1993) focaliza os aspectos psicológicos da interação entre parturientes e obstetras, que seria modulada pelas relações de gênero, uma vez que a abordagem do atendimento segue uma lógica masculina e muitos provedores de atenção obstétrica são do gênero masculino, sendo que, durante a atenção ao parto, se explicita uma grande vulnerabilidade feminina, permitindo a expressão dessa diferença. Já é tradicional a opressão sobre a parturiente nas instituições, com frases como “*Na hora de fazer, você não gritou...*”. Um estudo de D’Oliveira et al. (2002) identificou quatro formas de violência que se manifestam no cenário do parto: a violência por negligência, a violência verbal e/ou psicológica, a violência física e a violência sexual, contribuindo em muito para constituir, no imaginário da sociedade, uma visão do parto e nascimento como experiências traumáticas e dolorosas. A abordagem da violência institucional durante o parto foge ao escopo do presente trabalho, mas acreditamos que o enfoque mecanizado do processo acrescenta uma violência que poderíamos denominar de despersonalizante. Em muitos serviços, essa despersonalização é agravada pelo despojamento da mulher de seus pertences por ocasião da admissão (como óculos, anéis, brincos, dentadura e roupas pessoais), e lhe impõem o uso de uma camisola que parte cobre e parte expõe o corpo – práticas características do que Goffman denominou ‘instituições totais’ (1985). Gomes et al. (2008) expõem como essa violência estrutural, institucionalizada e simbólica é exercida, adotando, como exemplo, o processo de internação num hospital geral do Nordeste. Já Pizzini (1989) apresenta o processo de medicalização, dessexualização e despersonalização durante o atendimento a partos como um drama, com: prólogo, primeiro, segundo e terceiro atos e epílogo.

Essa visão desumanizada e mecanizada tem sido adotada acriticamente na academia, e os profissionais a incorporam ainda durante a sua formação, uma vez que um dos mais tradicionais livros-texto de obstetrícia utiliza a metáfora “*motor-objeto-trajeto*” para explicar os mecanismos do parto: o útero seria o motor, o feto seria o objeto e o canal vaginal se constituiria em trajeto (Rezende, 1992) - uma redução que desconsidera os seres humanos envolvidos e a riqueza desse processo que, além de biológico, tem sido abordado como fenômeno cultural, social, sexual e espiritual, numa concepção holística (Davis-Floyd, 1998).

Marsden Wagner foi, por muitos anos, o responsável pela atenção perinatal no Escritório da Organização Mundial de Saúde da Europa e participou ativamente na organização da antológica Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para Partos e Nascimento (Appropriate Technology for Birth), realizada em 1985 em Fortaleza, e cujas recomendações foram publicadas em seguida no Lancet (WHO, 1985). Em seu livro *Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology* (À procura da máquina de nascer, a busca de tecnologia apropriada para nascimentos e partos, numa tradução livre), Wagner (1994) tece críticas a essa abordagem mecânica e às suas consequências práticas, além de descrever as iniciativas da OMS de criar consensos em torno de políticas de atenção perinatal. Também Emily Martin (2006) identifica metáforas do processo de produção e da linha de montagem no discurso sobre parto dos livros de obstetrícia e na prática obstétrica.

Alguns entendimentos de humanização no parto e nascimento

Num importante trabalho de reflexão, Diniz (2005) discorre sobre os possíveis sentidos que o termo assume em seu estudo de maternidades de São Paulo, encontrando que cada um deles explicita uma reivindicação de legitimidade de discurso, embora possa haver superposição entre eles. Analisando as respostas, encontrou:

a) Humanização como *legitimidade científica* da medicina, ou assistência baseada na evidência, que é considerada como padrão-ouro. Nessa leitura, a prática é orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia. Ela comenta que, “na interpretação dos ativistas, a humanização, no caso do parto, pressupõe que a técnica é também de natureza 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”. Nesse caso, há uma apropriação política do discurso técnico – o que considera uma estratégia não isenta de riscos.

b) Humanização como a *legitimidade política* de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, famílias) na assistência ao nascimento – ou uma assistência baseada nos direitos, demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às idéias de “humanismo” e de “direitos humanos”. Nesse entendimento, as usuárias têm o direito de conhecer e decidir sobre os procedimentos no parto sem complicações. Seria uma estratégia mais diplomática do que falar da violência no parto e de gênero, permitindo um diálogo com os profissionais de saúde. Entre os direitos, estão: o direito à integridade corporal (não sofrer dano evitável); o direito à condição de pessoa (direito à escolha informada sobre os procedimentos); o direito de estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos físicos, emocional ou moralmente penosos); o direito à equidade, tal como definida pelo SUS. Esta abordagem busca compor uma agenda que combine direitos sociais com direitos reprodutivos e sexuais e tem base nas reivindicações do movimento de mulheres.

c) Humanização referida ao resultado de tecnologia adequada na saúde da população. Segundo a autora, uma vez que a assistência apropriada oferece melhores resultados nos *indivíduos*, isso incorre numa dimensão coletiva, com a reivindicação de políticas públicas no sentido da *legitimidade epidemiológica* – a adequação tecnológica resultando em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais. Esse sentido torna-se mais importante na medida em que se avolumam as evidências de que excesso de intervenções leva ao aumento de morbidade e mortalidade materna e neonatal. A redução de intervenções iatrogênicas seria uma forma de promoção da saúde: “O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenções que seja compatível com a segurança. Essa abordagem implica que, no parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural” (Organização Mundial da Saúde, 1996, p.4).

d) Humanização como *legitimidade profissional e corporativa* de um redimensionamento dos papéis e poderes dos atores intervenientes na cena do parto. Essa compreensão representa o deslocamento da função de cuidador exclusivo 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 tem sido um campo de grande conflito, uma vez que médicos sentem seu campo de trabalho invadido e reagem de várias formas, a exemplo do projeto de lei do Ato Médico que, se efetivada na forma como originalmente proposta, criaria um impasse na proposta de mudança de modelo de atenção.

e) Humanização referida como *legitimidade financeira* dos modelos de assistência, ou seja, da racionalidade no uso de recursos. Este sentido é utilizado tanto como desvantagem (economia de recursos e sonegação do cuidado apropriado para as populações carentes, a “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).

f) Humanização como a *legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde*, com melhora da relação profissional-usuária. Há ênfase na importância do diálogo, inclusão de acompanhante no parto, seja o pai ou doulas, e há negociação sobre os procedimentos de rotina. Nessa abordagem prevalece a tradição liberal, dos direitos da consumidora à escolha, surgindo uma “rede privada de assistência humanizada” e reiterando a legitimidade da Medicina Baseada em Evidências, que estava restrita ao setor público.

g) Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos ditos humanitários e antes restritos às clientes do setor privado. Esta é uma abordagem mais frequente entre médicos menos próximos do ideário baseado em evidências ou baseado em direitos. Para eles humanização é sinônimo de acesso à analgesia de parto. A autora recorda que a dor no parto pode ser potencializada por medidas que o iatrogenizam, como: a solidão, imobilização, uso abusivo de ocitócicos, manobra de Kristeller, episiotomia e episiorrafia desnecessárias, entre outras.

Finalmente, a autora comenta que *Humanização* é um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional.

Acreditamos que é possível correlacionar esses diferentes sentidos de legitimidade nos pontos em que se tangenciam, a exemplo da legitimidade científica e a do uso racional de tecnologias (a+c); a

legitimidade política de defesa de direitos, reconhecendo os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, e a de participação da parturiente nas decisões sobre seu corpo, que se constituíram historicamente como evolução das reivindicações dos movimentos de mulheres (b+f); e a legitimidade profissional fundamenta-se na discussão do modelo de atenção e está relacionada com a lógica epidemiológica, como se verá a seguir (c+d).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde adota uma perspectiva abrangente de compreensão do termo, integrando várias dimensões, uma vez que entende que “no campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (Brasil, s/d).

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. Assim, estabelece que para haver humanização deve haver: compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Brasil, 2004).

Discussão

Aprofundando a primeira interpretação, de legitimidade científica, cabe salientar que a maior parte das práticas adotadas no atendimento ao parto o foi à medida que iam sendo criadas, não havia critérios para sua avaliação. Nos anos noventa do século passado, intensificou-se um movimento na Medicina que foi denominado Medicina Baseada em Evidências, e que tem sido muito difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua origem deve-se à proliferação de técnicas de diagnóstico e terapêutica, sendo que se verificou, após anos de uso, que muitas eram inefetivas, ou mesmo provocavam problemas maiores do que os que se destinavam a tratar. No campo da atenção perinatal, foi criada a Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS que, em parceria com a Colaboração Cochrane (Enkin et al., 2000), estudou as práticas adotadas na atenção a partos e nascimentos, publicando um manual (Organização Mundial da Saúde, 1996) em que as classifica em quatro grupos: Grupo A, das práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, com as práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas; Grupo C, de práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas; e, finalmente, o Grupo D é de práticas que até são benéficas, mas que frequentemente têm sido utilizadas de maneira inadequada.

Paralelamente, houve uma convergência entre as ciências biológicas e as ciências humanas, com estudos antropológicos sobre modelos de atenção ao parto. A antropóloga Robbie Davis-Floyd, acadêmica norte-americana de renome e prestígio internacionais, tipificou esses modelos em tecnocrático, humanista e holístico (1998). O modelo tecnocrático foi adotado no mundo ocidental, sobretudo nas Américas, e caracteriza-se por: institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde. Uma consequência dessa concepção são as altas taxas de cesarianas, monitoramento fetal, episiotomias e outras. O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo

acompanhamento contínuo do processo de parturição. Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatórios, sendo que se reservam os hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para o de partos cirúrgicos. A presença de acompanhantes é incentivada e a parturiente pode escolher a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nesse modelo, a profissional de eleição é a parteira (*midwife, sage-femme, hebamme*), responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para instituição com condições de atender. Esse modelo continua sendo adotado em muitos países europeus, como Holanda, Suécia, Alemanha, Inglaterra, França e, também, no Japão. Na Inglaterra, país que pauta o funcionamento de seu sistema de saúde em diretrizes fundamentadas em evidências científicas, já em 2006, a Secretária de Saúde do Reino Unido (cargo equivalente a Ministro da Saúde) divulgava a política pública de que "uma mudança estratégica em direção a mais partos domiciliares é parte do movimento do Governo para que mais assistência seja oferecida na comunidade e no domicílio, afastando-a de hospitais" (Woolf, Goodchild, 2006). Essas diretrizes são parte do movimento de desospitalização e pelo cuidado domiciliar, como resposta do sistema de saúde ao aumento de infecções hospitalares por bactérias multirresistentes, e podem indicar uma transição do modelo humanista para o holístico. A discussão de modelo de atenção é a que fortalece o sentido de legitimidade profissional e corporativa. E o modelo holístico se pauta pela individualização do cuidado e incorpora, além do entendimento do parto como evento biológico, social, cultural e sexual, o enfoque do nascimento e do parto como eventos da vida espiritual.

No Brasil, foi interessante constatar que muitas das práticas adotadas pelos profissionais que preconizavam o modelo de atenção humanizada eram referendadas pelas evidências científicas e estavam classificadas no Grupo A. Por exemplo, hoje em dia, reconhece-se que a presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor "tecnologia" disponível para um parto bem-sucedido: mulheres que tiveram suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto e, no parto, tiveram menor probabilidade de receber analgesia, de ter parto operatório, e relataram maior satisfação com a experiência do parto. Esse suporte emocional estava associado com benefícios maiores quando quem o provia não era membro da equipe hospitalar e quando era disponibilizado desde o início do trabalho de parto (Hodnett et al., 2007). Dessas evidências deriva a Lei 11.108/2005, denominada Lei do acompanhante (Brasil, 2005).

Por outro lado, muitas das práticas adotadas rotineiramente nas maternidades foram classificadas no Grupo B, como: a raspagem de pelos, a lavagem intestinal, o jejum, ou colocar soro de rotina, ou manter a mulher deitada durante o trabalho de parto. Finalmente, a cesariana e a episiotomia, por exemplo, foram classificadas no Grupo D (Enkin et al., 2000; Organização Mundial da Saúde, 1996).

A avaliação internacional de modelos de atenção evidencia que países que mantiveram o modelo de atenção ao parto, valorizando a atuação de enfermeiras-parteiras (*midwife* ou *nurse-midwife*), como os países escandinavos, a Inglaterra, Japão, Holanda, França, Alemanha e outros, conseguiram manter baixos seus indicadores de morbimortalidade materna e fetal/neonatal, assim como o índice de intervenções, a exemplo de cesáreas, episiotomias etc. O atendimento a partos e nascimentos nesses países prima pelo respeito à fisiologia e à dignidade da mulher e sua família. Sendo gestação e parto processos fisiológicos, poderão receber atendimento no nível da atenção primária. O parto poderá ocorrer no domicílio, no ambulatório e em casa de partos (denominada Centro de Parto Normal no âmbito do Ministério da Saúde), além do hospital. Ademais, nos países supracitados, os partos sem complicações são atendidos pela enfermeira-parteira que, por conhecer a intimidade da maioria das famílias e ter papel importante em momentos cruciais da vida - como o parto e o nascimento -, conquista liderança e reconhecimento, além de tornar-se referência para as famílias que atendeu, numa vinculação que, em nosso país, é recomendada pela Política Nacional de Humanização. A opção por essa profissional para atendimento ao parto eutócico é referendada por recente publicação da Colaboração Cochrane (Hatem et al., 2008).

Saliente-se que a reflexão do presente trabalho aborda os diferentes sentidos de humanização, especificamente no campo da atenção a nascimentos e partos. A conceituação de humanização da PNH é transversal aos vários sentidos elencados, incorporando questões referentes a: ambiência,

universalidade, processo de trabalho, gestão do sistema, controle social, subjetividades de cuidadores e receptores do cuidado, e outros aspectos relevantes. A proposta / aposta ética-estética-política é um projeto de sociedade baseada na equidade, em que o acesso a serviços de saúde com humanização e qualidade reflete a garantia da cidadania numa sociedade democrática.

Considerações finais

A estabilização dos coeficientes de mortalidade materna certamente está associada à inadequação na qualidade da atenção, preponderando a deficiência no componente do processo de atenção. Um dos aspectos desse componente é a relação interpessoal, à qual a humanização está fortemente associada. Neste trabalho identifica-se um forte movimento internacional que aborda a humanização da atenção a nascimentos e partos como uma resposta à mecanização na organização do trabalho profissional e à violência institucional, com crescente produção teórica. Todavia, o termo é polissêmico e faz-se necessário - ao deparar-se com a expressão - identificar que perspectiva está sendo adotada e qual o sentido que lhe é conferido.

Referências

- BRAGA, J.C.; PAULA, S.G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.
- _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, s.d. CD-Rom.
- DAVIS-FLOYD, R.; ST. JOHN, G. **From doctor to healer**: the transformative journey. New Jersey: Rutgers University Press, 1998.
- DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.627-37, 2005.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C.S.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. **Lancet**, n.359, p.1681-5, 2002.
- ENKIN, M. et al. **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**. 3.ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1985.
- GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste brasileiro. **Saúde Soc.**, v.17, n.1, p.61-72, 2008.
- HANLON, J.J.; PICKET, G.E. **Public health**: administration and practice. St. Louis: Times Mirror/ Mosby College Publishing, 1984.
- HATEM, M. et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.4, 2008. Art. n.CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

HODNETT, E.D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.3, 2007. Art. n.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

LoCICERO, A.K. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: Contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development. **Soc. Sci. Med.**, n.37, p.1261-69, 1993.

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Relatório de Grupo Técnico. OMS/ SRF/ MSM/ 96.24. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1996.

PIZZINI, F. The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards. **Health Promotion**, v.4, n.1, p.1-10, 1989.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saude Publica**, v.30, n.1, p.19-33, 1996.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

WAGNER, M. **Pursuing the birth machine**: the search for appropriate birth technology. Camperdown: ACE Graphics, 1994.

_____. Getting the health out of people's daily lives. **Lancet**, n.8309, p.1207-8, 1982.

WHO. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. **Lancet**, v.2 n.8452, p.436-7, 1985.

WOOLF, M.; GOODCHILD, S. Childbirth revolution: mummy state - more women should have babies at home, not in hospital, says Health Secretary. **The Independent**, London, 14 maio 2006. Disponível em: <http://news.independent.co.uk/uk/health_medical/article448999.ece>. Acesso em: 18 jun. 2009.

RATTNER, D. Humanización en la atención a nacimientos y partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

A pesar de la ampliación de cobertura de la atención prenatal y hospitalización del parto, el coeficiente de mortalidad materna se ha estabilizado en valores relativamente altos, lo que aquí se atribuye a la calidad inadecuada de la atención. Uno de los componentes del proceso de asistencia es la relación interpersonal a la cual se ha asociado el concepto de humanización. Se identifica un fuerte movimiento internacional que plantea la humanización de la atención a nacimientos y partos como una respuesta a la mecanización en la organización del trabajo profesional y a la violencia institucional, con creciente producción teórica. No obstante el término es polisémico y se hace necesario, al deparar con la expresión, identificar la perspectiva que se adopta y el sentido que se le confiere.

Palabras clave: Parto humanizado. Tecnología. Medicina basada en evidencias.

Recebido em 11/01/09. Aprovado em 17/06/09.