

**ASSOCIAÇÃO CARUARUENSE DE ENSINO SUPERIOR E TÉCNICO**

**FACULDADE ASCES**

**BACHARELADO EM DIREITO**

**MILWIA THAMIRIS ANJOS DE LIMA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO:  
UMA ANÁLISE ACERCA DOS PARÂMETROS DO PL 7.633/2014.**

**CARUARU**

**2016**

**MILWIA THAMIRIS ANJOS DE LIMA**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO:  
UMA ANÁLISE ACERCA DOS PARÂMETROS DO PL 7.633/2014.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade ASCES, como requisito parcial, para a obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do Professor Marco Aurélio da Silva Freire.

**CARUARU**

**2016**

## BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Presidente: Prof. Marco Aurélio da Silva Freire

---

Primeiro Avaliador: Prof.

---

Segundo Avaliador: Prof.

*“Gritos silenciados, traumas escondidos”*

*“Ventres sem leis, terra de ninguém”*

Autor desconhecido

*“Para mudar o mundo é preciso antes, mudar a forma de nascer.”*

Michel Odent

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Marco Aurélio da Silva Freire, que me orientou neste trabalho e para muito além dele. Sem dúvidas todo seu apoio, paciência, compreensão e dedicação foram peça chave nesta construção.

Agradeço ao meu namorado Dárcio Holanda, pois seu amor me mostrou o quanto fui capaz de realizar essa construção, sua serenidade me trouxe paz nos momentos em que cogitei ser impossível concluir.

## DEDICATÓRIAS

*Àquele que me deu o dom da vida e me mostrou o quanto sou capaz de conseguir os meus objetivos, encerro este ciclo acadêmico e à Deus dedico todo esforço aqui depositado.*

*À minha amada mãe Marilda, que através de seu amor materno tornou-me a mulher que sou hoje.*

*Ao meu pai Milton, que com sua trajetória de vida me mostra o quanto vale a pena lutarmos pela vitória.*

*Ao meu irmão Miltinho (in memorian), por tudo que me ensinou com sua vida e sua morte. Saudades sempre.*

*Às minhas irmãs Kátia e Mirtes, por estarem comigo em toda construção desse trabalho.*

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: UMA ANÁLISE ACERCA DOS PARÂMETROS DO PL Nº 7633/2014

**Introdução:** Violência obstétrica é a ofensa verbal, o descaso, a proibição da manifestação das emoções, as violências físicas de todos os tipos, como a obrigatoriedade de uma determinada posição, a contenção dos movimentos, a humilhação intencional e todo tipo de atitude torpe que acontece tanto em ambiente público como em ambiente privado. O projeto de lei 7633/2014 traz a proposta de um conceito humanizado para o parto e o combate à violência obstétrica, onde médicos e profissionais de saúde passem a integrar de forma transversal condutas humanas, dando um basta aos vícios existentes, que ironizam e constroem as parturientes, para então promover assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e as necessidades advindas. **Objetivo:** Retratar as formas em que ocorre a violência obstétrica para assim caracterizar, retratar e relatar essa forma de violação aos direitos fundamentais femininos, sofrida por mulheres no pré-parto, parto, no atendimento em situações de abortamento e nas dificuldades enfrentadas no pós-parto, como também no seu estado puerperal. Visando contribuir com a diminuição dos casos dessa tipificação de violência contra a mulher. **Método:** Utilizando o método hipotético-dedutivo, pretende-se orientar sobre a prática delituosa, que embora seja pouco discutida, existe e tem se tornado comum. Assim como a PL Nº 7633/2014, artigos específicos ao tema e jurisprudências das Supremas Cortes Constitucionais. **Resultado:** O estudo possibilitou identificar os diferentes tipos de violência contra a mulher na sala de parto, como a negação do atendimento; exames de toque de forma dolorosa; negação de algum método de alívio da dor, ou não o oferecer; gritar, xingar ou humilhar a mulher em trabalho de parto e parto; e ainda, não informar sobre algum procedimento. Bem como a possível eficácia do Projeto de Lei da Humanização do Parto. **Conclusão:** Reconhecer a existência dessa prática violenta por meio de uma lei federal, visando, através de programas de conscientização, reeducação e sensibilização da sociedade em geral e mais especificamente, dos profissionais de saúde, evitar que essas formas de violências persistam presente em nossa sociedade e prevendo que, quando necessário, sanções mais severas, de natureza penal, sejam aplicadas.

**Palavras-chave:** Direitos humanos; Violência obstétrica; Violência institucional; Humanização do parto, Projeto de lei.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - RECONHECENDO A EXISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	13
1.1    Tipificando a prática violenta: violação física, psicológica, sexual, material e a exposição midiática.....	16
1.2    Violação Institucional como uma questão de gênero .....	18
1.3    Liberdade, igualdade, dignidade e diversidade como princípios fundamentais à mulher .....	20
1.4    O profissional médico e suas práticas, bem como a medicalização do corpo feminino.....	22
1.5    Os dados da Violência Obstétrica no Brasil.....	25
1.5.1    Este mapa é gerenciado pela Associação Artemis e tem o intuito de dar visibilidade aos inúmeros abusos e violências ocorridas por todo o Brasil na assistência ao parto e processos de abortamento. ....	26
1.5.2    O mapa atua de modo colaborativo onde as próprias vítimas atualizam informações, locais e supre uma base de dados que serve como ponto de atuação em busca de melhorias nas políticas públicas. A entidade é referência na implantação de políticas e serviços voltados para a melhoria da vida das mulheres, dando suporte ao setor público e privado na execução das mesmas. ....	26
CAPÍTULO 2 - A ORIGEM DA HUMANIZAÇÃO .....	27
2.1. O Movimento da Humanização pelo mundo e sua construção em diversos fundamentos .....	29
2.1.1. O movimento feminista e sua participação na Humanização.....	29
2.1.2. A Humanização na perspectiva das Ciências Sociais .....	29
2.1.3. A Humanização na perspectiva das Ciências da Saúde .....	30
2.1.4. A Humanização na perspectiva do Campo da Saúde Pública .....	30
2.1.6. O movimento humanizador no Brasil .....	32
2.1.7 O surgimento de profissionais capacitados e voltados à humanização.....	33
2..1.7 A atuação do Movimento Humanizador através das redes sociais resultando em empoderamento.....	35
CAPÍTULO 3 - A PRECÁRIA ASSISTÊNCIA NO PARTO, A VIOLAÇÃO DE DIREITOS E A PROPOSTA DE GARANTIR ASSISTÊNCIA HUMANIZADA. ....	38
REFERÊNCIAS .....	52



## INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma problematização antiga, que enraizou-se no consciente coletivo da sociedade, de forma que muitas é ignorada até mesmo por suas próprias vítimas. Não sendo diferente das outras violências de gênero, essa também sofre com a forma natural como é vista muitas vezes. Sabe-se que o parto nem sempre foi um procedimento médico, pois no início dos tempos os partos ocorriam de maneira natural, ligado à feminilidade da mulher, onde uma auxiliava a outra. No entanto, com os avanços e tecnologias trazidas ao longo do tempo, o parto tornou-se um procedimento cirúrgico e elitizado. E assim, seduzidas pela falsa crença de que isto diminuiria a dor e também a mortalidade neonatal, as mulheres passaram a optar muito mais pela cesariana, resultando nos procedimentos institucionais e práticas violentas desnecessárias, bem como na perda do protagonismo da mulher, uma vez que o parto é um procedimento fisiológico natural, necessitando em suma apenas de apoio, acolhimento, atenção e da mínima intervenção médica.

Dessa forma a violência obstétrica é caracterizada por direitos violados da gestante e de sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento, podendo ser verbal, física, psicológica e até sexual.

A problemática maior a cerca do tema aqui tratado, é a de reconhecer a existência da prática violenta, pois poucas mulheres associam a ocorrência de maus tratos na assistência à maternidade, a um ato de violência. Muito embora, infelizmente, aconteça rotineiramente nas instituições hospitalares públicas e privadas, agressões verbais, através dos insultos e xingamentos proferidos, físicas, nas manobras desnecessárias realizadas, contenções de movimentos e violações sem o consentimento da mulher, bem como qualquer tratamento torpe que resultem também em complicações psicológicas e sexuais, que ocorra contra a mulher no pré-parto, parto, pós-parto e em situação de abortamento.

Através da atenção que o procedimento de parturição necessita, nasce a humanização. Sabe-se que a mulher é a principal protagonista do seu parto e nesse momento apenas precisa de um atendimento voltado às suas necessidades, oferecendo-lhe o comando da situação, trazendo a autonomia de escolher sobre o

que querer ou não querer em seu parto, fundamentado evidências científicas e em direitos disponíveis para ela e para o bebê.

A base emergente da humanização é o oferecimento da saúde de qualidade, respeitando todos os aspectos humanos envolvidos, priorizando a excelência e o bem-estar biológico, psicológico, social e espiritual do ser, a origem da palavra humanização vem de *tornar humano* e ver cada integrante desse procedimento, independente do gênero, classe em que esteja, raça, cor e religião, como um ser humano, digno de respeito e consideração, de compaixão e amor.

Todavia, para que a realidade da violência obstétrica mude, é necessário compreendê-la e principalmente denunciá-la, bem como assegurar que os casos em que ela aconteceu sejam acolhidos, apurados e julgados, para que não se repita com outras vítimas. Da mesma forma que é essencial o cumprimento das leis e normatizações vigentes, a fim de garantir às mulheres, a absoluta execução de sua cidadania, liberdade sexual e reproduzida e o direito à saúde.

No Brasil, existe hoje o PL 7.633/2014, que trata especificamente do direito ao parto humanizado como garantia subjetiva de toda mulher, com a vigência dessa lei pode-se pensar na obrigatoria assistência humanizada, destacando que a humanização não é necessariamente apenas para os partos naturais, as cesáreas podem ser feitas com atributos humanizador, desde que ambas as maneiras sejam voltadas as garantias da parturiente e do bebê, independente da situação em que estejam.

Ressalta-se que o objetivo do estudo aqui desempenhado não é classificar que todas as parturientes devem optar pelo parto natural, ou que mulheres que escolhem a cesárea são menos corajosas que as outras, pois ambas podem ser vítimas de violência obstétrica, mas sim de buscar a real constatação do direito de escolha da parturiente, direito de estar acompanhada, direito de não ser lesionada pelas manobras desnecessárias e rotineiras, direito de não ser insultada, direito de se alimentar, direito de não ficar isolada, direito de ter seu filho nos primeiros minutos de vida (sempre que possível), bem como amamentá-lo, direito de ter esclarecimento, entre outros. Outra expectativa é evidenciar que as mulheres, como sujeitos de direito, merecem ser acolhidas, protegidas, amparadas e principalmente

esclarecidas sobre o que é melhor fazer para ter no momento do parto segurança, respeito, dignidade, longe de qualquer forma de abuso, coação e desrespeito.

## **CAPÍTULO 1 - RECONHECENDO A EXISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Toda conduta agressora baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológica, é violência contra a mulher. Esta, que tem se apresentado em distintas modalidades e uma delas tem se tornado comum e pouco identificada: a violência obstétrica. São características da violência obstétrica a ofensa verbal, o descaso, o tratamento rude, as piadas, os gritos, a proibição da manifestação das emoções, as violências físicas de todos os tipos, a obrigatoriedade de uma determinada posição, os xingamentos, a contenção dos movimentos, a humilhação intencional e todo tipo de atitude torpe que acontece tanto em ambiente público como em ambiente privado.

Para entender um pouco, de como essa prática violenta passou a ser rotineira nos ambientes hospitalares, se faz necessário constatar a massa migratória formada por algumas mulheres, que passaram a optar muito mais pela cesariana, e isso fez com que elas se sentissem sem os poderes do nascimento, passando a entregar nas mãos das equipes médicas, se conformando assim, com os padrões rígidos impetrados no sistema médico. O Brasil tornou o parto como um modelo de ato cirúrgico, ao invés de ser um ato fisiológico, isso após trazer tecnologia e avanços, tomando assim visibilidade como sendo o mais confortável e talvez mais adequado a uma sociedade consumista, que tem pressa pelo nascimento, impetrando assim procedimentos desnecessários.

Assim diz Muniz (2012):

A atual conjuntura do atendimento ao parto, no Brasil, como em outros países, transforma as intervenções obstétricas que deveriam ser usadas com indicações precisas em intervenções rotineiras. Assim, o parto é transformado em um evento muitas vezes traumático, física e psicologicamente, para a mãe e para o bebê. Esse excesso de intervenções consideradas danosas à integridade física e psíquica contribuiu para a estigmatização do parto como um símbolo de sofrimento e opressão das mulheres (grifo nosso). (BRENES, apud MUNIZ, 2012).

Com isso, as mulheres passaram a ser submetidas a procedimentos institucionais e práticas intervencionistas, muitas vezes sem que houvesse necessidade, e sem que nem sequer fossem oferecidas a ela informações acerca dos procedimentos adotados, ou se teriam ou não, o seu consentimento.

Atualmente, efeitos negativos desta história são refletidos na sociedade atual, prova disso são os altos índices de cesariana no Brasil, bem como no grande

número de intervenções danosas presentes em partos normais. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), órgão fomentador e agregador de pesquisas em âmbito mundial, o país é campeão mundial em cirurgias cesáreas, a citada organização estabelece que apenas 15% dos partos sejam cesáreos, mas isso não vem acontecendo, pois o índice comprova que 55% dos partos realizados no país são cesáreos. Este aumento corresponde a uma lógica cultural e econômica, que corrobora inegavelmente com este percentual. Como também, grande parte das intervenções médicas é feita sem evidências científicas e podem provocar complicações graves. Por este motivo, muitas delas também não são recomendadas pela OMS.

Percebe-se que mulheres foram e continuam sendo submetidas a procedimentos cirúrgicos sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos possíveis riscos e complicações inerentes vinculados ao ato, muitas vezes por pura conveniência médica, pois, para os hospitais é muito mais vantajoso realizar uma cesárea do que um parto natural, pois neste se tem pouca despesa médica, tornando a cesárea bem mais lucrativa para os sistemas de saúdes.

A maioria dos planos de saúde paga mal pelo parto, e isso acaba trazendo desânimo para os profissionais da área, resultando em incentivo a prática mais rentável. Estudos feitos pela OMS mostrou que a forma agressiva com que se dá à cesárea, acaba trazendo complicações respiratórias para o bebê, onde se aumenta as internações em UTIS neonatal e também sua mortalidade. Já para as mães, os altos índices de hemorragia e problemas pós-operatórios trazem o alerta, sem falar nos problemas psicológicos e sexuais também resultantes. Sem hesitar, o parto é um momento único e inesquecível na vida da mulher, trazendo assim a espera por um cuidado despendido pelos profissionais, voltado ao protagonismo das parturientes, tornando-o mais natural e humano possível, mas isso não vem ocorrendo. Diferentemente de outros acontecimentos que necessitam de cuidados hospitalares, o processo de parturição é algo fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção, e o mais importante, humanização.

Ao tratar de humanização durante a parturição, significa algo simples, uma atenção às necessidades da mulher, oferecendo-lhe o controle da situação na hora do nascimento, trazendo a oportunidade de decidir sobre o querer ou não querer

embasado na ciência e nos direitos disponíveis para ele e para o recém-nascido. Segundo Deslandes (2004), humanizar diz respeito à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado garantindo o respeito quanto aos direitos do paciente, sua individualidade e cultura, bem como a valorização do profissional que presta a assistência, estabelecendo um ambiente concreto nas instituições de saúde, que regularize o lado humano das pessoas envolvidas no processo de cuidar (PESSINI, 2004).

Portanto exprime-se a necessidade de haver alterações no entendimento do parto, como experiência humana e, para aquele que presta o atendimento, uma transformação em como agir no momento oportuno diante do sofrimento do outro (DINIZ, 2001). Parto humanizado é o conceito utilizado para definir o atendimento ao parto centrado nas necessidades da mulher, pois apenas esta deve ser a protagonista, devendo ter total liberdade de escolha e movimentação na hora do nascimento de seu bebê.

Em envolvimento com a discussão tratada, o Ministério da Saúde, criou as Políticas de atenção integral a Saúde da mulher que objetiva garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo (SOUZA, GAÍVA, MODES, 2011). Um exemplo disso é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, que busca avanços na cobertura e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tanto para as mulheres quanto para seus filhos, segundo os direitos de cidadania (BRASIL, 2001). A humanização da assistência ao parto vem ao encontro dos desejos das mulheres de que a vivência do parto aconteça conforme suas perspectivas (DIAS; DOMINGUES, 2005). Portanto, respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade são condições imprescindíveis para que ocorra o parto humanizado (GONÇALVES et al., 2011).

Entretanto, para que a realidade da violência obstétrica seja mudada, é necessária uma compreensão firme da sua caracterização e principalmente que ela seja denunciada, bem como asseverar que os episódios em que ela foi verificada sejam acolhidos, apurados e julgados, para que não se repita com outras vítimas. Do mesmo modo que é necessário o cumprimento das leis e normas vigentes, afim de que se tragam garantias às mulheres, como o simples exercício da sua cidadania, a liberdade sexual, reprodutora, e o direito à saúde. Assim diz MUNIZ, 2012:

Sendo essa violência comum no cotidiano do atendimento à mulher no parto, torna-se fundamental que se fale sobre isso, que se esclareça as condições de possibilidade deste fenômeno, 39 com o objetivo de que as próprias mulheres encontrem meios de identificá-lo e impedi-lo, podendo transformar este quadro (MUNIZ, 2012).

Assim, é necessário que as políticas de conscientização presentes hoje sejam amplificadas, a ponto de que esse conhecimento faça parte da noção de direitos de cada parturiente.

Pois embora a compreensão do tema que aqui se propõe se pareça recente, podemos perceber que desde os tempos bíblicos a dor tem sido associada à parturição, obrigando a parturiente a suportá-la e aceitá-la, tal informação se enfoca na passagem bíblica de Gênesis, por exemplo, em seu capítulo 3, versículo 16, onde retrata esse contexto, quando Eva prova o fruto do pecado original, induzindo Adão também a pecar, recebendo como punição a dor, esta multiplicada grandemente na parturição. A Sagrada Escritura cita que as dores durante o parto são punições que a mulher deve sentir por ter cometido o pecado original, interferindo em seus sentimentos e percepções a cerca deste momento, substituindo o sentimento de prazer durante a concepção pelo castigo (BEZERRA; CARDOSO, 2006). O pensamento se replica no âmbito histórico e cultural da sociedade leiga e de profissionais de saúde quando expõe a mulher à violência obstétrica e de gênero, sendo a dor inerente à experiência da maternidade.

Ressalta-se que o termo violência em boa parte dos campos da saúde não é considerado pela maioria das puérperas e profissionais, foi o que se constatou na pesquisa englobada na tese de doutorado de Janaína (AGUIAR, 2010), onde poucos associaram a ocorrência de maus tratos na assistência à maternidade a um ato de violência, isso acontece por que a associação do termo com a agressão física ou sexual tanto em ambiente público quanto no privado. Embora a maioria das entrevistadas reconheça o desrespeito, maus tratos, negligência e tratamento grosseiro, mas não utilizam a nomenclatura de violência, talvez por este assumir outras definições.

### **1.1 Tipificando a prática violenta: violação física, psicológica, sexual, material e a exposição midiática**

Tomando por base a análise feita pelo dossiê *Parirás com Dor* que através dos relatos das mulheres vítimas de algum tipo de violência, em estado gestacional ou como parturiente. Buscou relacionar as declarações dessas vítimas com as

legislações do nosso âmbito jurídico e as legislações vigentes na Venezuela e Argentina, elaborando uma tipificação para a abordagem dos diversos tipos de violência obstétrica no Brasil, com a intenção de compreender num todo as diversas situações danosas com as quais o sistema de saúde do Brasil corrobora com esse descaso que se tornou um problema de saúde pública em todo território brasileiro.

A tomar por razão não abordar a violência obstétrica como sendo a praticada exclusivamente por profissional de saúde está ligado ao fato do pluralismo que é a fonte da agressão contra as mulheres no que cerne as seus direitos reprodutivos, como por exemplo, o aborto e seus inúmeros relatos de maus tratos e violências nesta circunstância.

Caracterizamos a violência obstétrica como todos os atos praticados contra a mulher trazendo dano a sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser realizado por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de setores públicos ou privados.

Quanto a sua característica física, temos como todas as ações que incidam sobre o corpo da mulher, a fim de interferir, causar dor ou dano físico, em seus mais variados graus. Como por exemplo, privar a parturiente de se alimentar, impedir que a mulher se movimente, a tricotomia (raspagem de pelos), a manobra de Kristeller (aplicação de pressão no fundo do útero durante o período expulsivo para adiantar a saída do bebê), o uso cotidiano de ocitocina (hormônio capaz de promover as contrações musculares uterinas, reduzir o sangramento durante o parto e estimular a liberação do leite materno), cesariana eletiva sem indicação clínica, a não utilização de medicamentos analgésicos quando tecnicamente necessário.

A sua característica psicológica é voltada para a ação verbal ou comportamental que cause à mulher as sensações de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, necessidade de se acuar, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda da integridade, dignidade e prestígio. Como por exemplo, as ameaças feitas, as mentiras recebidas, as chacotas e piadas ouvidas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem inacessível para muitos, desrespeito e desconsideração de seus padrões culturais.



O feitiço sexual da violência obstétrica é retratado nas ações impostas à mulher visando à violação da sua intimidade ou pudor, refletindo sobre sua plenitude sexual e reprodutiva, podendo dispor ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Como por exemplo, a episiotomia, assédio, exames de toque agressivos e constantes, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou deslocamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina ao parir, exames, examinar os mamilos por diversas vezes sem prestar qualquer esclarecimento e muitos menos sem que a paciente esteja consentida.

A questão material é ligada as ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter haveres financeiros das mulheres em processos reprodutivos, violando os seus direitos expressos em lei, vindo a proteger pessoa física ou jurídica. Como por exemplo, as cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, o convencimento à contratação de plano de saúde privativo sob a argumentação de ser apenas essa a escolha existente para proporcionar o direito ao acompanhante.

As exposições da mídia, feita através de seus profissionais midiáticos dirigem-se a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos, através de mensagens, imagens ou outros ícones, difundidos publicamente; as apologias feitas às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de comando. Como por exemplo, a propaganda benéfica da cesariana em todos os casos, a ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce, a satirização da amamentação em lugares públicos. Assim seguem algumas tipificações da violência obstétrica.

## **1.2 Violação Institucional como uma questão de gênero**

A denominação *gênero* teve sua utilização a partir dos anos 60 e 70, como categoria de análise pelas intelectuais do movimento feminista, onde então teve sua interação concreta no espaço acadêmico. Tal conceito, fez com que o sexo se tornasse uma mutação social e, por consequência relacional, dissolveu a disposição biológica dos papéis sociais de homens e mulheres, permitindo então uma indagação crítica quanto às posturas diárias advindo de relações históricas, sociais, políticas e culturais. Assim, as titularizações quanto a sexo passaram a ser entendidas como uma construção das desigualdades sociais.

Segundo o pensamento de Paim (1998) utilizar esta categoria como análise trás a preocupação exagerada das identidades sexuais, da divisão sexual do trabalho e da desigualdade nas relações entre homens e mulheres. Nessa perspectiva, gênero é a construção social do sexo, ou seja, um fenômeno natural, que como qualquer outro é uma construção social, histórica e cultural. “Não se deve interpretar ‘gênero’ como noção unívoca que é determinada do mesmo modo em todos os lugares e épocas, mas como produto da interação de forças sociais.” (Paim, 1998:33)

No mesmo sentido Joan Scott trás duas definições distintas que se interagem. Primeiro quanto ao efeito nas relações sociais e institucionais, definindo gênero como um elemento constitutivo de relações sociais baseados nas diferenças percebidas entre os sexos (1990:14). Tal qual, engloba a associação de símbolos culturais com as mais diferentes interpretações, como por exemplo, imagens de Eva e Maria, e também conceitos normativos que numa dupla antinomia, esclarece claramente e sem resquícios de dúvida o significado de masculino e feminino e se exprimem via doutrinas de caráter religioso, educativo, jurídico, político e científico como resultado de um consenso social e não de um conflito, conservando assim uma natureza ideológica ao normalizar, limitando as possibilidades de se interpretar o sentido desses símbolos.

Em segundo lugar, Scott (1990) acredita que o conceito de gênero, ao tomar por base uma conjunção de referências, sustentação, discernimento e composição de uma vida social sólida e simbólica e, por sua vez, é a primeira área na constituição dos propensos onde a designação do poder se associa.

Na medida em que essas referências estabelecem distribuições de poder (um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos), o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do poder em si (Scott, 1990:17)

Com isso, gênero se torna um lócus, onde se exercita o poder instituído através da ideologia dominante, com normas que estabelece papéis sociais para homens e mulheres pautados na diferença de sexos.

Desta forma, tomamos com pressuposto a maternidade como o campo, onde por excelência se pratica não só a função biológica feminina, mas também sua função social concebido à mulher nessa construção de símbolos, onde toda e qualquer violência nesta área é inegavelmente uma violência de gênero. Visto que a denominação dada ao gênero está relacionada a fatores de cunho cultural, social,

econômico, político e étnico, onde as próprias mulheres se designam conforme o contexto social que estão inseridas, a violência que incorre nas maternidades é vivenciada por essas questões. E assim, mulheres, mães, usuárias de serviços públicos de saúde e pacientes que se submetem a um modelo médico hegemônico de dominação e controle sobre os seus corpos e sua sexualidade.

Algumas ações e métodos organizacionais trazem dificuldade, atrapalham ou até mesmo impedem o acesso da mulher aos seus direitos assistidos, são os frutos das ações e omissões, que acontecem no serviço público e privado. O impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, o impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, a falta de fiscalização das agências reguladoras e demais entidades competentes, protocolos institucionais que atrapalhe ou negue a aplicação das normas vigentes.

### **1.3 Liberdade, igualdade, dignidade e diversidade como princípios fundamentais à mulher**

Por tratar de uma questão de gênero, o movimento pela humanização do parto correlaciona-se, em muitos aspectos, com o feminismo. Tanto um quanto o outro lutam para que mulheres possam possuir e controlar seus corpos, partindo da premissa de que, para que ocupem posição de igualdade com os homens dentro da sociedade, devem ser respeitadas como sujeitos morais ativos. Para tanto, fundamentam seus argumentos nos princípios da liberdade, igualdade e dignidade.

Percebe-se que o conceito de “dignidade da pessoa humana” correlaciona-se diretamente à imagem que a pessoa faz de si mesma, mas também à sua posição dentro do corpo social. O princípio da dignidade humana nega qualquer tipo de ataque ao indivíduo, seja esta violência psicológica ou física, ou seja, o direito a não ser violada nas relações interpessoais e também o respeito à integridade física. O atual modelo tecnocrático de parto viola diretamente a dignidade das parturientes e o seu controle sobre o próprio corpo. Primeiro porque o médico, e não a mulher é o foco de toda a atenção. Todos os procedimentos buscam o conforto e a facilidade do o profissional, sem que se questione se isto causa algum prejuízo para a futura mãe. Ademais, não é incomum que sejam tomadas decisões e eleitas condutas sem que ela seja questionada ou mesmo comunicada. O abandono, a falta de cuidado, de

informação e de sensibilidade em um momento tão frágil da vida podem causar sequelas psicológicas irreversíveis.

O conceito de liberdade pode ser facilmente visto na autonomia pessoal das escolhas. Isto significa trata-las como sujeitos capazes de tomar suas próprias decisões, uma vez informadas sobre quais as consequências de cada ação adotada. Embora a medicina seja uma ciência técnica, nada impede que, uma vez analisadas as características do caso concreto, o médico levante quais as possibilidades para que a grávida, consciente da situação, decida qual o melhor método a ser usado. Ou seja, é preciso ver a mulher não apenas como meio para o nascimento, mas também como um fim. Importante lembrar que, ao respeitar a vontade da mulher, também serão respeitadas sua cultura, preferências, medos, etc., pois nenhuma decisão é tomada de forma isolada. Toda escolha traz em si toda a construção social de seu tomador. Para que uma decisão seja tomada de forma consciente, é importante garantir que estas mulheres sejam bem informadas sobre toda a situação de parto e, ainda, que existam opções públicas para um parto mais humano e psicologicamente saudável – a exemplo das casas de parto.

A igualdade se aplica às políticas de gênero em duas esferas distintas: nas relações entre homens e mulheres (sistema de gênero) e na correlação entre as próprias mulheres. Para as políticas de saúde, no que tange ao parto humanizado, a desigualdade de gênero é evidente, por tratar-se de um ato atentatório exclusivo do sexo feminino. Aqui, o que preocupa são as diferenças de classes. Os hospitais públicos, carentes de estrutura e profissionais, desrespeitam a individualidade da mulher, colocando-as para parir em salas coletivas, sem qualquer atenção à sua intimidade. Já nas camadas sociais mais altas, o problema é outro: Segundo dados da pesquisa “nascer Brasil”, 88% dos partos realizados pela rede particular são feitos por meio de cesarianas, frente aos 46% da rede pública. Aqui há uma clara distinção das camadas mais altas, motivada pela chamada indústria do parto – a cesariana é mais rápida, possibilitando mais partos em menos tempo, além de se encaixar melhor na agenda médica. Nenhuma das formas de desigualdade ao tratar de direitos fundamentais das futuras mães é aceitável. Para que o governo resolva estes problemas, é necessário que sejam resolvidas pelo menos as suas causas mais gritantes: no SUS, que seja ampliada a estrutura, com o aumento de leitos, quartos e profissionais de saúde para o atendimento adequado das gestantes. No

sistema privado, embora seja difícil o controle sobre os procedimentos adotados, é possível informar as grávidas sobre quais são os riscos de uma cesariana eletiva e como identificar quais são as características que indicam, desde as primeiras consultas, que o médico é adepto desta prática. Ciente desta realidade, a mulher terá a oportunidade de optar por outro profissional. Esta mudança na relação de oferta e procura alteraria o cenário médico profissional atual. Qualquer lei que garanta a liberdade de escolha da mulher sobre os atos praticados em seu corpo será inútil se não forem superadas as causas das desigualdades apontadas.

É importante lembrar que toda a tecnocracia do parto surgiu para tentar reduzir a dor da mulher, sem, com isso, proceder a pesquisas que demonstrassem que a medicalização levaria também ao maior conforto. Com o passar do tempo, percebeu-se que o movimento foi justamente o contrário e que a dor física e psicológica é tanto maior quanto maior a mecanização do nascimento. Hoje, o que se sabe é que o parto será tão melhor sucedido quanto mais calma estiver a parturiente. Para tanto, é preciso que se respeite a individualidade da mulher, envolvendo seus gostos, costumes, religião, para criar um ambiente acolhedor, que reduza de fato o sofrimento. Há quem argumente que a atenção particular às especificidades culturais locais vai de encontro à validade universal dos direitos humanos. Entretanto, esses valores específicos, de forma alguma, negam sua efetividade, mas tão somente explicam, ressignificam, a sua importância dentro de um contexto delimitado. Estas identidades múltiplas das mulheres, de acordo com seu grupo cultural, religioso, étnico e etc. desafiam os direitos humanos a se mostrarem fiéis em suas bases, e múltiplos em sua forma de aplicação, para garantir o real gozo destas garantias.

#### **1.4 O profissional médico e suas práticas, bem como a medicalização do corpo feminino**

É nítido que tais profissionais da área de saúde, estudam muito e acabam tendo um topo na hierarquia do poder, tal posição reflexionando na relação entre médico e paciente. Não podemos ignorar o fato de que a posição de autoridade também é exercida por outros profissionais da área de saúde.

Para Foucault (1995) o poder se exerce por meio das relações como uma ação sobre a ação dos outros. É isso que acontece no campo hospitalar, onde nitidamente o médico assume uma posição superior ao paciente, dele sai a última

palavra para com a situação do paciente, detendo assim um poder maior sobre o corpo, a saúde, o cuidar e o tratamento a ser feito.

Para Starr (1991), a partir da segunda metade do século XIX a profissão médica passa a assumir cada vez mais uma posição social de maior autoridade cultural e de poder econômico e político. A autoridade médica com a sociedade é baseada não apenas em conhecimentos da ciência e tecnologia, mas também de valores e crenças culturais que se associam como verídicos e sua influência sobre a conduta moral dos sujeitos. Este mesmo autor define como os dois pilares da autoridade médica, como sendo suas fontes de controle afetivo, que são a legitimidade e dependência. A legitimidade é quanto a posição do paciente que na maioria das vezes aceita a imposição médica, por ele deter o saber sobre o corpo do paciente. Essa legitimidade se dá mais ainda, pelo valor importantíssimo da saúde na sociedade, esta monopolizada pela medicina.

Já a dependência, é quanto ao receio de sofrer consequências caso venha a desobedecer as medidas impostas pela autoridade médica, é como se a desobediência trouxesse agravos maiores para a saúde. Nota-se assim que dependência e legitimidade possuem uma relação dinâmica de articulação, pois quando uma está ameaçada a outra sustenta a autoridade.

A medicalização do corpo feminino se deu através de uma construção histórica social, no século XVI o conhecimento feminino se detinha quanto a capacidade reprodutiva, onde o parto era de domínio exclusivo das mulheres, mas devido a interesses políticos, religiosos, econômicos e ideologias do Estado, fez com que regulamentações rígidas passassem a ser impostas às parteiras, afim de lutar contra o aborto, o infanticídio e o protestantismo. Tal medida fez com que as parteiras assumissem lugar de extrema importância para o controle popular, mas também trouxe o oposto, que foi quando as mulheres sofreram perseguição e foram caçadas – detentoras de um saber sobre o corpo feminino – como bruxas pela Santa Inquisição (Rohden, 2001; Vieira, 2002).

Porém nos séculos XVIII e XIX as questões dos auxílios médicos tomaram força e se consolidaram como conhecimento de domínio exclusivo dos médicos e dos homens. Isso aconteceu devido às inovações tecnológicas de intervenções e procedimentos cirúrgicos sobre o corpo feminino, nesse exato ponto o parto passou de um evento fisiológico para ser um evento médico.

Assim diz Costa, 2006:

A necessidade de controlar as populações, aliada ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, e permitiu a apropriação do corpo feminino como objeto de saber (COSTA et. al., 2006, p.368-369)

Até o século XVIII o parto trazia um alto risco de morbimortalidade maternal e fetal, com índices alarmantes na Europa Ocidental, principalmente por conta da recorrência de infecção puerperal. Mas somente no século XIX a medicina começou a evoluir em procedimentos cirúrgicos, também de anestésicos e assim teve êxito na infecção puerperal, e consolidou o domínio efetivo sobre essa prática no âmbito hospitalar – uma medicina social, no sentido de estar voltada para a grande massa da população (Foucault, 2007).

Para Emily Martin (2006) a emergência capitalista, fez com que o corpo se tornasse uma máquina, com força para reprodução. O parto então passa a ser entendido como uma linha de montagem, os humanos seriam o resultado dessa produção. A mulher ao deixar de ser protagonista do seu parto, e os saberes femininos relacionada à gestação e parto são rechaçados em favor dos saberes médico-científicos. Assim, as parteiras que antes assistiam parturientes baseadas em saberes construído pela experiência própria e pela tradição, são proibidas de partejar. O fórceps permite a intervenção masculina e se torna instrumento de um novo paradigma de parto, agora visto como evento patológico e que deve ser controlado pelo médico homem. O parto assistenciado por parteiras passa a ser visto como sinônimo de atraso e rusticidade, enquanto o parto medicalizado é associado à civilidade.

Para Davis-Floyd, 2003:

O declínio da parteira e a ascensão do parto mecanicamente manipulado e assistido por homens seguiu de perto a grande aceitação cultural da metáfora do corpo-como-máquina no Ocidente e a aceitação da metáfora do corpo feminino como uma máquina defeituosa – uma metáfora que afinal formou a fundação filosófica da obstetrícia moderna (DAVIS – FLOYD, 2003, p. 51).

Nota-se assim que a partir do século XX, a mudança de um evento fisiológico, natural, feminino e empírico, “em um evento patológico, que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamento e cirúrgico, predominando a assistência hospitalar no parto, tornando-o, a partir daí, institucionalizado” (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007, p. 99).

Vieira (2002) trás uma construção teórica de um ideal de natureza feminina ideal, pois a medicalização do corpo feminino que objetiva o corpo como reprodutor natural e a mulher de um papel social como seu destino biológico:

A ideia de “natureza feminina” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorrem ideias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos “naturais” e “essenciais” à divisão de gêneros na sociedade (Vieira, 2002:31).

Assim, embora as relações de gênero sejam construções sociais, assumindo diferentes formas e caminhos de acordo com as mais diversas culturas e contextos históricos, é óbvio que a sociedade capitalista influencia no papel médico, dos processos de medicalização e objetivação do corpo feminino na constituição das identidades de gênero.

### **1.5 Os dados da Violência Obstétrica no Brasil**

Os meios de camuflagem da violência obstétrica na sociedade brasileira são diversos, por não se legitimar como crime, as vítimas sentem-se reprimidas no sentido de divulgar no âmbito comum as adversidades vividas no pré-parto, parto e pós parto.

Dentre os motivos se destacam a falta de informação e a canalização de sentimentos voltados à culpa tradicionalmente atribuída as mulheres. A exemplo, não cumprir o período de *resguardo* após as operações cesarianas, por terem gestações em faixas etárias fora dos ditos como padrões (adolescência e após os 40 anos de idade) ou até mesmo por exímia compreensão e apoio no seio familiar.

Buscando contabilizar os relatos que antes estavam restritos as ouvidorias de hospitais e secretarias de saúde, em todo o Brasil, a organização ARTEMIS torna público um mapa da violência obstétrica no país.



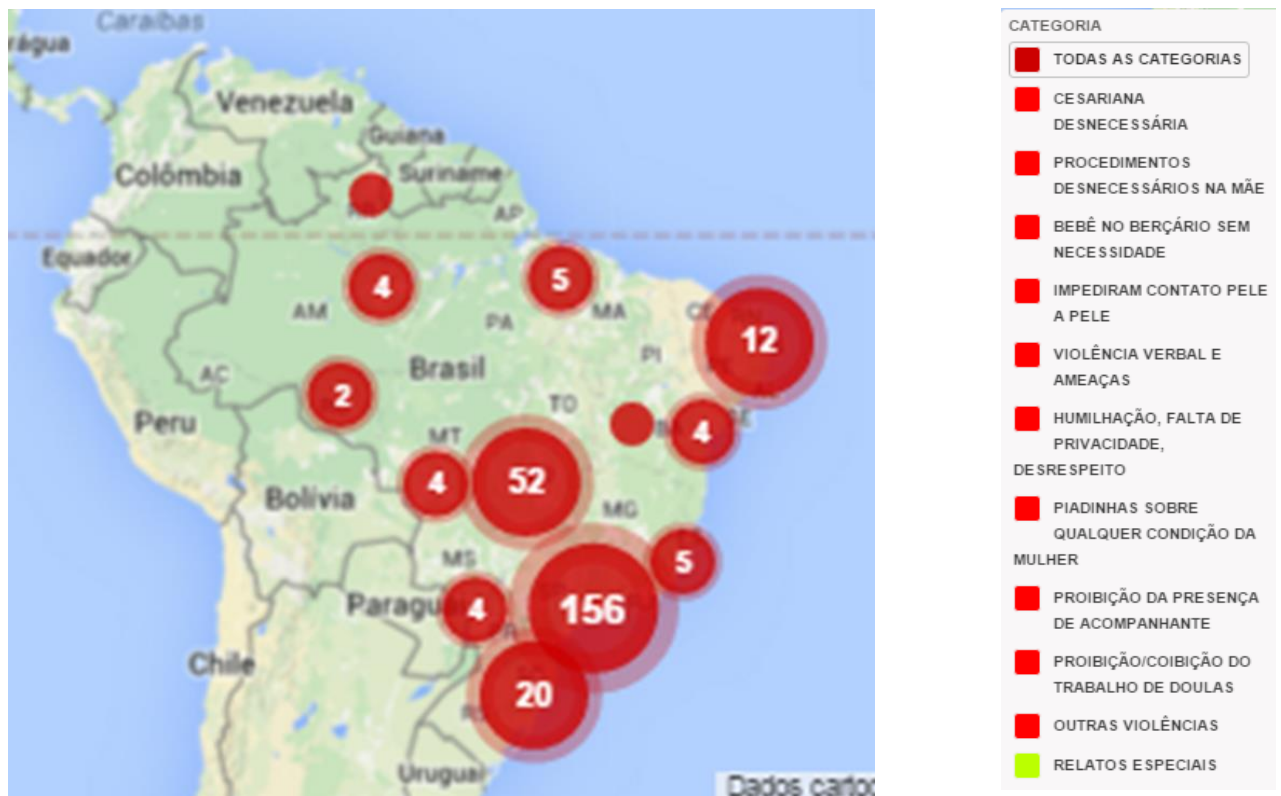


Figura 1. Mapa da Violência Obstétrica no Brasil, extraído do site <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/main>.

1.5.1 Este mapa é gerenciado pela Associação Artemis e tem o intuito de dar visibilidade aos inúmeros abusos e violências ocorridas por todo o Brasil na assistência ao parto e processos de abortamento.

1.5.2 O mapa atua de modo colaborativo onde as próprias vítimas atualizam informações, locais e supre uma base de dados que serve como ponto de atuação em busca de melhorias nas políticas públicas. A entidade é referência na implantação de políticas e serviços voltados para a melhoria da vida das mulheres, dando suporte ao setor público e privado na execução das mesmas.

## CAPÍTULO 2 - A ORIGEM DA HUMANIZAÇÃO

Voltada à assistência ao parto, o termo *humanizar* é utilizado há muitas décadas e indicando distintos sentidos. Fernando Magalhães, considerado o Pai da Obstetrícia Brasileira, utiliza a denominação desde o início do século XX e o renomado professor Jorge de Rezende, passou a utilizar o termo na segunda metade do século. Ambos alegam que a narcose e o uso de fórceps vieram a humanizar a assistência ao parto (REZENDE, 1998). Isso enquanto esses mesmos conceitos eram divulgados por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional.

A humanização da assistência, em suas múltiplas versões, retrata mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outra, já que se trata de uma mulher.

Buscando reivindicar um papel de resgatadora das mulheres, a obstetrícia médica traz:

Uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição 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, 1915)

Com isso, a culpa não mais é atribuída à mulher, essa vista como vítima da sua natureza, se tornando papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do *desfiladeiro transpelvino*.

É por ser visto como um evento assustador, a obstetrícia passou a oferecer uma espécie de “apagamento da experiência”, e assim, durante cerca de 20 décadas, mulheres de classe média e alta no mundo capitalista e voltado a industrialização, deram à luz de forma inconsciente, o parto sob sedação. Este, que passou a ser utilizado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 10, fazendo muito sucesso entre médicos e parturientes da elite. Onde todo o procedimento envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de amnésico chamado *escopolamina*, essa combinação fazia com que a mulher sentisse a dor, porém não existia qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Na maioria dos casos o parto era induzido através do uso da ocitocina, o colo era dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. A “escopolamina” utilizada trazia efeitos alucinógenos, e em suma provocava bastante agitação, isso fazia com que as mulheres fossem amarradas na cama, pois se

debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas; os leitos eram cobertos como barracas, visando evitar situações vexatórias (WERTZ, 1993). No Brasil, essa prática adquiriu uma nova versão, foi usada a mistura de morfina com cafeína, denominada “Lucina” (Magalhães, 1916).

Após várias décadas do uso da prática da sedação completa, acima descrita, o índice alto da morbimortalidade materna e perinatal passaram a ser inaceitáveis, resultando no abandono da atividade. Formas anestésicas mais seguras foram adquiridas, porém o modelo de assistência que tratava a mulher como indústria persistia.

O modelo hospitalar que se restringia às elites e às indigentes que acorriam às maternidades-escola, esse modelo se expandiu e tornou-se modelo padrão da assistência nas áreas urbanas. Mas foi na metade do século XX que o processo de hospitalização do parto instalou-se em muitos países, mesmo sem existir evidência científica que consistisse em comprovar que o parto domiciliar ou em casas de parto fosse mais seguro (Tew, 1995). E isso desencadeou para que a obstetrícia não-médica, leiga, ou culta, fosse ilegalizada em alguns países, bem como o parto não-hospitalizado também.

Na segunda metade do século XX, o modelo hospitalar utilizado nos países industrializados, levavam a mulher ao parto, agora de forma consciente, porém ainda imobilizadas, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por desconhecidos; separadas de seus parentes, pertences e vestes, a mulher agora era submetida à chamada “cascata de procedimentos” (Mold & Stein, 1986). No Brasil, pode-se incluir a prática da abertura cirúrgica da musculatura e do tecido erétil da vulva e vagina, a chamada “episiotomia”. Este modelo é até os dias de hoje o mais aplicado à maioria das pacientes do SUS, e entre os pacientes da rede privada é sinônimo de prevenção de sofrimento, por meio da cesárea eletiva.

É nítida a penúria das relações humanas nesse modelo assistencial e do sofrimento físico e emocional desnecessário causado, o exercício 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, Costelo, 2005). Esse uso irracional fez com que surgisse o movimento internacional para priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e

seus acompanhantes, bem como a desincorporação de tecnologia danosa, no Brasil esse movimento é chamado de Humanização do Parto.

## **2.1. O Movimento da Humanização pelo mundo e sua construção em diversos fundamentos**

O movimento em prol da humanização se desenvolveu a partir de diversas perspectivas, foi em 1950 através de profissionais dissidentes ativistas pelo *Parto Sem Dor* na Europa, os ativistas do método Dick-Read e o *Parto Sem Medo* e posteriormente os do método Lamaze e Laboyer (parto sem violência), englobando também a do parto natural, desenvolvida pelo Movimento Hippie e da contracultura, cuja maior experiência é extraída da comunidade The Farm nos EUA (Gaskin, 2003).

### **2.1.1. O movimento feminista e sua participação na Humanização**

O movimento feminista tem um papel central na construção da humanização, pois desde o primeiro movimento em prol da assistência humanizada, o Reforma no Parto, nos EUA entre os anos de 1950 a 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Em seguida, as feministas envolvem a assistência a partir dos conceitos reprodutivos e sexuais da mulher aos direitos humanos. (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), com isso passando a propor a existência voltada aos direitos (WHO, 2005). Foi de extrema relevância a abordagem psicossocial do parto trazida por Sheila Kitzinger (1985), bem como a redescoberta da fisiologia do parto, conduzida por Michel Odent (2000), e a proposta do parto ativo de Janet Balaskas (1996). Já as vertentes amigas da mulher (woman-friendly) e centradas na mulher (woman-centered) são recomendações para organizações de serviços (CIMS, 2005). Vinaver (2011), trouxe uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, trazendo assim desdobramentos nunca vistos na assistência.

### **2.1.2. A Humanização na perspectiva das Ciências Sociais**

Nas ciências sociais, iniciativas de inquisições da prática usaram o termo Humanização da Assistência isso no início da década de 1970 (Howard & Strauss, 1975). A Antropologia do Parto, chega no final dos anos 70, e trouxe a assistência como construção social, com variações culturais e seu caráter ritual, isso tanto nas

sociedades tidas como primitivas como nas mais complexas. Ainda nos anos 70, tivemos os diferentes conhecimentos autoritativos – conhecimento formado a partir das decisões na assistência (Jordan, 1979), estando entre esses o modelo tecnocrático – da primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores, todas essas autoras visaram documentar de forma extensiva, as relações da assistência ao parto com sexualidade, do gênero com o corpo feminino. Com isso, analisaram as contradições com as evidências científicas, bem como os rituais da assistência que engloba expressões do *medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência* (Davis-Floyd, 1992). Constituindo assim, uma área produtiva ligada ao ativismo feminista, bem como a mudança nas práticas (Davis-Floyd & Sargeant, 1997).

### **2.1.3. A Humanização na perspectiva das Ciências da Saúde**

A crítica assistencial na área da saúde foi trazida após a publicação de uma redescrição construída Roberto Caldeyron-Barcia (1979) pesquisador da fisiologia obstétrica, que redescreveu o modelo assistencial como inadequado e trouxe a proposta de alterações na compreensão na área anátomo-fisiológicas e emocionais do parto, porém sua redescrição foi recebida com desprezo, o texto que por sua vez trazia indagações a representatividade da mulher como possível vítima do seu instinto, e o corpo feminino como “normalmente patológico”, assim abordando o viés de gênero da interpretação médico-obstétrica.

### **2.1.4. A Humanização na perspectiva do Campo da Saúde Pública**

Em 1979, chamado de Ano Internacional da Criança, foi criado o Comitê Europeu para estudar as intervenções, reduzir a morbimortalidade perinatal e materna no continente, os problemas detectados não eram diferentes dos de hoje em dia: aumento dos custos, sem que houvesse melhoria; falta de consenso quanto aos procedimentos e a variação geográfica de opiniões.

O comitê era composto por profissionais de saúde, epidemiologistas, sociólogos, parteiras e usuárias; após sua criação, grupos com apoio da OMS, foram criados com a finalidade de sistematizar a eficácia e segurança na assistência à gravidez, parto e pós-parto. Assim tendo início a colaboração internacional que posteriormente deu partida no MBE (Movimento pela Medicina Baseada em

Evidências), tal movimento tomou diversos rumos, trazendo à tona o papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, e no desdobramento de pesquisas, além de trazer com veemência a defesa dos direitos dos pacientes (Cochrane, 1973). Como resultado deste apoio, a OPAS e os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas realizaram uma conferência sobre a tecnologia correta a ser usado no parto, tal encontro tornou-se um verdadeiro marco, com forte súplica de saúde pública e defesa de direitos das mulheres, resultando na Carta de Fortaleza (WHO, 1985), esta foi capaz de inspirar muitas ações de mudanças, por recomendar a participação das mulheres nos programas de parto, a liberdade na hora de parir, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a extinção das episiotomias e da indução do parto, trazendo como justificativa o baixo índice de mortalidade perinatal dos países que possuem a taxa de cesáreas a baixo de 10% (WHO, 1985). Tendo seu conteúdo publicado no prestigioso *Lancet*, provocando reações indignadas por parte de entidades médicas (Wagner, 1997).

Em 1993, foi publicada uma revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos sobre os procedimentos, uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela OMS, ficando conhecidas, desde então, como as Recomendações da OMS, uma coletânea bem completa dessa revisão foi publicada tendo como seu alvo os profissionais da área e usuárias e foi coordenada pelo canadense Murray Enkin. (Enkin et al. 1995).

Agora o corpo feminino é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções. O nascimento que antes era visto como um perigo ao bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição para a vida extra-uterina. O parto passa de evento médico-cirúrgico de risco, para experiência altamente pessoal, sexual e familiar. Os familiares são convidados à assistir o parto, principalmente os pais. De evento apreensivo e de medo, o parto passa a ter novo ponto de vista, permitindo-lhe que seja sentida a sua dor natural, expressado os gemidos, a sexualidade, a emissão de secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato pessoal.

Com isso, a chamada MBE amplia a legitimidade do discurso pela mudança das práticas, no Brasil por exemplo, as “Recomendações da OMS” e o “livro de Enkin” foram o ponto de partida para os defensores da humanização. Alguns desses

temas, inclusive, se tornaram atrativos para campanhas, como o direito a acompanhante no SUS, a abolição da episiotomia de rotina. As recomendações da OMS foram publicadas 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.

### **2.1.6. O movimento humanizador no Brasil**

O movimento da humanização chegou ao Brasil na década de 70, através de profissionais dissidentes e inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas com Yoga, com o Instituto Aurora no Rio de Janeiro. Foi na década de 80 que grupos como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul de São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto de Pernambuco, ofereceram assistência humanizada à gravidez, parto e mudanças na prática.

A Rede Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), é de 1993 e atualmente ainda agrega participantes, conseguindo, através de sua mobilização atuar nas reivindicações e promoções positivas voltadas para melhoria da qualidade de vida, bem estar e o bem nascer; foi fundada através da Carta de Campinas, onde denunciava as circunstâncias de violência e constrangimento ocorridas na assistência, enfatizando a situação desumanas em que são submetidas mulheres e crianças no nascimento.

A REHUNA considera que no parto vaginal a violência se dá com a imposição de rotinas, a posição do parto e das interferências desnecessárias obstétricas que perturbam e anulam a proliferação natural dos meios fisiológicos do parto, que passa então a ser sinônimo de patologia e intervenção médica, transformando-se em uma experiência amarga, deixando cicatrizes impossíveis de esquecer, onde a mulher se sente impotente e alienada onde a dor (em seus vários aspectos) se torna sua companhia. Embora seja através de denúncias, a demanda é na verdade por justiça e um projeto de transformação. A REHUNA tem em sua integração profissionais de saúde, como médicos e enfermeiras, que em sua boa parte atua no campo da obstetrícia ou saúde pública, muitas vezes voltados para o campo da pesquisa, ou faz parte de alguma ONG. É grande a atribuição das usuárias, fisioterapeutas,

terapeutas alternativos e profissionais liberais, bem como dos movimentos feministas e das ideias da Saúde Coletiva e de defesa do SUS.

Em 1994, surgiu no Rio de Janeiro a primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada, a Maternidade Leila Diniz. Temos como alguns marcos em termos de políticas públicas a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas, em 1998, e a proposta das Casas de Parto. Para que fosse beneficiado com o Prêmio Galba, era necessário seguir as recomendações da OMS, que eram a presença de um acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras, e controle das taxas de cesáreas. Por ser concedido em nível estadual, regional e nacional, o Prêmio Galba provocou forte mobilização dos hospitais, tendo grande participação e um número de serviços constantes, contribuindo de forma intensa pela legitimidade da humanização.

Tais iniciativas estrearam uma metodologia ampla de humanização dos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização de Hospitais e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançados em maio e junho de 2000, objetivando abranger centenas de instituições.

Conforme o termo humanizar cresce é utilizado em diferentes interpretações e empregos, aplicando-se em diversas formas de assistência, uma vez que temos a proposta de humanização de hospitais, da assistência ao recém-nascido, ao prematuro, a situação de 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 de compreensão da condição humana e de direitos humanos.

Embora o termo humanização seja mais utilizado na América Latina, tem conquistado seu caráter internacional, refletindo em iniciativas como a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que este ano estará na sua quarta edição, tendo como slogan “Acolhendo experiências e irradiando mudanças”.

### **2.1.7 O surgimento de profissionais capacitados e voltados à humanização**

A proposta da humanização trouxe consigo a figura da “doula”, a imagem de alguém capaz de oferecer apoio e amparo físico e mental à parturiente, essa propositura só se emprega como necessidade nos casos da não despersonalização



daquela que recebe a assistência à saúde. O uso da expressão “doula” mostra como sua emergência está voltada ao movimento pela humanização, uma vez que desde o final da década de 70 já existe essa atuação.

No livro *Entre as Orelhas* de Jones (2012) contou como percebeu a necessidade de um auxílio na humanização. Conta um episódio muito divertido que lhe aconteceu, quando uma vez estava numa livraria e um livro, literalmente, caiu sobre sua cabeça, tratando-se de um livro de Michel Odent, autor do movimento de revisão do parto e ao abri-lo se deparou com uma foto que lhe chamou muita atenção, expõe que na imagem havia uma parteira abraçada e sua paciente nua. Davys-Floyd (2012, p. 15) comenta essa história na íntegra:

Ali percebeu o seu limite, a margem; a sua borda pessoal. Não havia como, em sua prática de obstetra humanizado solitário, oferecer aquele tipo de integração, aquela conexão e o nível de intimidade feminina que aquelas duas mulheres apresentavam. [...] ‘Bem, se eu quero mesmo chegar a esse nível de atenção integradora do parto, oferecendo um suporte que vai além das questões fisiológicas e mecânicas, eu precisarei do auxílio das mulheres nesta tarefa’.

Assim a doula trouxe um envolvimento mais feminino ao parto, de forma que não é concebida a possibilidade de um homem exercer essa função, uma vez que a feminilidade é algo muito ligada à essência do ser mulher. Sendo esta uma profissional cujo surgimento é ligado à humanização, constantes são os enfrentamentos entre a classe das doulas e a classe médica e/ou hospitais de modelo tecnocrático. Um caso atual que podemos tomar por exemplo, para demonstrar a existência dessas oposições por exemplo, ocorreu no final de janeiro de 2013, quando as duas maiores maternidades de São Paulo imputaram medidas afim de restringir a presença das doulas, considerando essas como acompanhantes, e como nessas unidades apenas era permitido a presença de um acompanhante, a mulher teria que escolher entre seu acompanhante e a doula.

Indignados com essa medida, cerca de mil manifestantes mobilizados através de uma marcha foram às ruas protestar em prol da liberação do acesso as doulas na sala de parto, sem que precisassem ocupar a vaga do acompanhante, segundo matéria da Folha de São Paulo. Após essa mobilização, algumas maternidades se retrataram, passando a efetuar cadastros das doulas, para que a partir de então estas recebessem a autorização de atuarem nas respectivas instituições.

Mesmo com a existência desse conflito em potencial, entre as classes, a postura ativista das doulas não deve ser refletida no ambiente de parto, devendo sua

atuação como doula ser momento de total concentração, sem que haja questionamento e/ou conflitos com a equipe médica.

Tanto para esta nova classe profissional, quanto a humanização são alvos constantes de observações e análises. Onde comumente é exposto a questionamentos da linha “Será que essa é mesmo uma postura humanizada?” e através da adversidade de posicionamentos vai sendo definido qual profissional deve ser nomeado como “humanizado”, qual é “vaginalista” e qual ainda seria um “cesarista disfarçado”. A preferência em realizar cesáreas eletivas costuma ser a grande fragmentação entre o modelo tecnocrático e o humanizado, levando a argumentação que um profissional realmente humanizado, apenas realiza cesárea em caso de real indicação fisiológica. Segundo ativistas do movimento, o profissional que seguem o princípio da humanização, são aqueles que consideram, além dos aspectos fisiológicos, também a esfera emocional e o desejo revelado pela mulher, materializando assim apenas as cesáreas a pedido.

### **2.1.7 A atuação do Movimento Humanizador através das redes sociais resultando em empoderamento**

Nota-se no meio da internet, uma publicidade de casos e indagações das práticas comuns da assistência à gravidez e parto. Desse modo, a internet se torna uma esfera pública digital, onde são descritas diariamente reivindicações, anseios e diligências são expostas e compartilhadas.

Embora o acesso à internet e aos conhecimentos dos quais dependem seu uso não ocorre de maneira justa, é importante ressaltar como grupos organizados se utilizam desse mecanismo tecnológico, ou até mesmo se organizam através dela, afim de tornarem público e acessível, discursos que não encontram oportunidade nas mídias habitual com o propósito de debaterem demandas sociais de grupos específicos que praticamente não possuem espaço na agenda pública. Quanto a isso Massimo Di Felice (2012) diz: “o que se manifestou foi a assunção, através do uso de uma nova tecnologia comunicativa, de um novo protagonismo sociopolítico emerso da descentralização das redes” (p. 35).

Rousiley Maia (2014) ressalta que na sociedade contemporânea afloram distintas oportunidades democráticas de interpretações na esfera civil, com o propósito de defender interesses e ambições dos grupos étnicos ou de minorias de gênero ou sexuais, entre outros.

(...) novos vocabulários precisam ser criados, a fim de problematizar o que antes não era reconhecido como problema, no contexto social. (...) Particularmente em casos em que não há direitos garantidos, algo moralmente relevante, porém ainda não tematizado, precisa ser mostrado, *revelado* como injustiça enraizada nas regras de convivência ou nos arranjos institucionais mais gerais da sociedade (MAIA, 2014,p. 83).

Os grupos minoritários se apropriam do espaço virtual de forma organizada, contendo suas diferentes estruturas, harmonizada com ações de natureza política, assim se tornando visível e levando sua demanda e necessidade para a esfera política de decisão. Através de informações relatadas rotineiramente, de pessoas que se consideram afetadas por algum tipo de injustiça, são construídas as verdadeiras representações. Porém os discursos trazidos se tornam experiências subjetivas, não sendo suficiente para a justificação na esfera pública.

(...)é preciso criar discursos abstratos e gerais de justificação que possam, inclusive, ser representados politicamente em ambientes legislativos e executivos. Defendo o argumento de que a geração de legitimidade deve ser buscada, sobretudo, através de práticas discursivas contínuas (MAIA, 2014, p.81).

Para a autora, são os representantes informais que desenvolvem recursos e uma estrutura oportuna que sustenta o debate na esfera pública. Agindo assim resultam na visibilidade para questões até então sem atenção, exercendo influência contra ou dentro do Estado, e é através dos grupos em prol da humanização do parto que a comunidade do Facebook *Vamos falar de violência obstétrica?* se organiza de forma política, buscando trazer visibilidade às suas causas e promovendo mudanças nos âmbitos decisórios relacionados à saúde reprodutiva feminina.

Por isso a relevância de se buscar o entendimento dos discursos sustentados por grupos desse cunho e pelas possibilidades influenciadoras nas esferas decisórias. Carneiro (2011) sobreleva a relevância do ciberespaço no Movimento de Humanização do Parto e do Nascimento. Entre suas informantes, frequentadoras de cursos de preparação para o parto humanizado, a maioria tinha ouvido falar de parto humanizado pela internet, por meio de sites, blogs e redes sociais.

O mundo *cyber* parecia operar como difusor e aglutinador de adeptas de outros modos de parir e, somado ao letramento e ao acesso ao mundo digital, vinha também um “capital cultural” ou “capital crítico”, no sentido da existência de uma postura crítica perante o sistema de saúde do país, modelo médico, sistema político e resguardo dos direitos sociais e individuais (p.80).

Porém existem indagações se o ciberespaço não seria lugar de exprimir e arquitetar discursos, ao ponto do sujeito, através de troca de conhecimento e também quanto ao coletivo facilitar o planejamento de demandas com as agendas públicas voltadas à saúde reprodutiva feminina.

Castells (1999), por sua vez entende que existe um novo espaço adquirindo importância na estrutura das relações sociais, espaço esse como uma instância de fluxos que se interage em torno de conexões e não localizações, resguardando que “o campo da etnografia poderia converter-se no estudo dos espaços de fluxos, e estruturar-se em torno das conexões mais que sobre lugares concretos e delimitados” (HINE, 2000, p. 77). Porém, as características das interações que se executam no ciberespaço trazem desafios metodológicos à aplicação da etnografia.

Para Christine Hine (2000) a metodologia de uma etnografia é inseparável dos contextos/objetos específicos e por isso deve ser considerada a partir de uma perspectiva adaptativa que reflete sobre o método. Ao pesquisar cibercultura, é preciso adotar uma postura etnográfica que faça “justiça à riqueza e complexidade da Internet, uma vez que advoga pela experimentação dentro de um gênero que responde a situações inteiramente inovadoras” (HINE, 2000, p. 23). A autora sustenta, assim, que a etnografia virtual deve problematizar o uso próprio da internet. “O status da rede como forma de comunicação, como objeto dentro da vida das pessoas e como lugar de estabelecimento de comunidades, sobrevive através dos usos, interpretados e reinterpretados, que se fazem dela” (HINE, 2000, p.80). Assim, busca-se apreender não apenas os processos de significação dos conteúdos postados na página em estudo, mas também problematizar o uso da internet como meio de divulgação, discussão e deliberação democráticas, e como *locus* de compartilhamento de experiências relativas ao poder de decisão de mulheres nos processos relacionados à gestação e parto.

### **CAPÍTULO 3 - A PRECÁRIA ASSISTÊNCIA NO PARTO, A VIOLAÇÃO DE DIREITOS E A PROPOSTA DE GARANTIR ASSISTÊNCIA HUMANIZADA.**

O primeiro processo judicial a tratar da violência obstétrica, foi o de Ana Paula, sua história é composta por uma série de casos que cerne a violência obstétrica. Ana Paula, em uma matéria publicada na revista eletrônica Carta Capital, relatou que após planejar o nascimento de sua filha através do parto natural, precisou ir ao hospital com uma complicação e, sem que houvesse qualquer explicação por parte dos profissionais que a atendiam, foi anestesiada, amarrada na cama (sob protestos), submetida à episiotomia, separada da filha após seu nascimento e deixada em uma sala sem o marido e sem informações por várias horas. Conta que após o nascimento, recebeu a notícia de que seu bebê havia falecido, sem que tenha sido informada das causas de sua morte.

Ana Paula denunciou o falecimento de sua filha ao Ministério da Saúde, pedindo uma investigação, e, em paralelo, denunciou a equipe que fez o atendimento a ela, o convênio médico e o hospital que a atendeu ao CRM de Belo Horizonte, sem que tenha recebido qualquer resposta, mesmo após aberta uma sindicância, em novembro de 2012.

Depois de todos os transtornos e a falta de informações, Ana Paula procurou uma advogada e ajuizou uma ação judicial. Sua representante relatou na matéria o diferencial da ação, quanto à especificidade do tema, a violência obstétrica: “Não é um processo contra erro médico, ou pelo fim de uma conduta médica. É sobre o procedimento, a violência no tratar”. A advogada propôs algo que certamente ainda não faz parte da preparação para o parto pelas mulheres (e nem deveriam fazer, caso fossem respeitados seus direitos): que, antes de sua internação, as mulheres escrevessem uma carta de intenções com os procedimentos que aceitam e os que não aceitam que sejam feitos durante o trabalho de parto, uma espécie de *Plano de Parto*, que orientasse a equipe e ainda fizesse com que eles assinassem a espécie de carta, requisitando também o prontuário da mãe e do bebê. Infelizmente, é um direito que muitas mulheres desconhecem e isso é mais importante do que a mala

da maternidade, fraldas e roupas. Trata-se de algo que pode deixar marcas terríveis para o resto da vida. (DIP, 2013)

### **3.1. A legislação no atendimento ao parto**

A Lei do Acompanhante de nº 11.108/2005 foi sem dúvida um grande avanço em prol do bem estar da parturiente, estando suas determinações englobadas tacitamente:

*Altera a Lei no 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*

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L (VETADO)

Reafirma-se o direito ao acompanhante na Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 3 de junho de 2008, onde trazia disposições sobre a estrutura física, biossegurança, prevenção e controle de infecção para trabalhadores, mulheres e seus acompanhantes.

A Resolução Normativa nº 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 11 de janeiro de 2010, versa quanto à cobrança da taxa do acompanhante dos planos de saúde nos casos de atendimento hospitalar de obstetrícia, disposta na portaria nº 2.418/2006. Para a ANS, tal cobrança é ilegal seja tanto em quarto coletivo, quando em privativo.

Pois bem, embora a lei estabeleça o direito à parturiente de escolher um acompanhante, essa é omissa quanto a punição, de caso alguém impeça ou não cumpra a mesma, faltando fundamentos penais legais. Ficando assim bem vago quanto ao cumprimento da norma, tendo o responsável pela instituição de saúde conhecimento da falta de punição e de fiscalização também, não se intimida, pois sabe que embora possa ocorrer denúncias, não há maiores consequências.

Algumas correntes do direito não considera o pai ou outro membro da família como membro da família, pois o Art. 21 do Estatuto da Criança e do Adolescente garante essa presença na ocasião, mas na prática isso não acontece. O Hospital

Beneficiária Portuguesa de Santo André, citado na reportagem, apresentou defesa e alegou que a referida lei só se aplicaria ao SUS, sendo desobrigados os hospitais particulares do cumprimento da lei nº 11.108, visto que esta, em seu artigo 19-J, faz referência à obrigatoriedade nos serviços de saúde da rede própria ou conveniada. No entanto, o texto da lei é claro:

Altera a Lei nº 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.

Quanto a isso, a lei nº 8.080, dispõe sobre a justificativa de conduta explanada pela instituição, de forma objetiva:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS :

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;

Com isso, verifica-se que o direito do acompanhante proferido a parturiente, não se restringe apenas as usuárias do SUS, mas à todas as instituições hospitalares que realizem atendimento ao parto, independente de ser da rede pública ou privada.

## **1.6 A ineficácia das normatizações e legislações vigentes**

Em 2013 o Senado aprovou o PLS 8/2013 (a matéria aguarda, ainda, análise da Câmara dos Deputados), cujo conteúdo obriga o SUS a oferecer condições adequadas para a realização de partos humanizados em seus estabelecimentos. Seu texto dispõe que o SUS deve obedecer às orientações técnicas para que o parto humanizado ocorra e deve, ainda, permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

A proibição do acompanhante se refere ao descumprimento da Lei 11.108/2005, da RDC nº 38/2008 da ANVISA e do Estatuto da Criança e do Adolescente (relacionado a adolescentes grávidas), desde 1985 a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a mulher tenha um acompanhante no parto, pois exime vários benefícios, como a diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgésicos, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumentos dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto. Se o nascimento for através de uma cesárea, os benefícios trazidos pela presença de um acompanhante englobam a diminuição do sentimento de ansiedade, de solidão, da preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno, e assistência nos primeiros contatos entre a mãe e o bebê. Após expor todos esses benefícios comprovados pela simples presença de uma pessoa escolhida pela parturiente para acompanhá-la naquele momento tão delicado e importante, é impossível imaginar a existência de justificativas que impeçam a entrada e a permanência de um acompanhante escolhido pela mulher.

A privação do direito ao acompanhante durante a cesárea e após a cirurgia é tão recorrente em nosso país que pesquisas denominam a recuperação anestésica como o período de ficar “largada no cantinho” (SALGADO, 2012; LINO, 2010).

Segundo o dossiê Parirás com Dor, os argumentos mais comuns que utilizam na tentativa de justificar a imposição da proibição do acompanhante são: “O anestesista não deixa entrar; “Não tem estrutura”; “Aqui é SUS, não tem luxo não; “Se quiser, pode pagar para ter, aí paga tudo particular”; “Essa lei só vale pro SUS, aqui é particular”; “O hospital tem suas próprias regras”; “Só pode acompanhante durante o horário de visita”; “A norma do hospital não permite acompanhante para quem não paga quarto”. O fato é que de forma bem abrangente as “desculpas” desse tipo constituem a violência obstétrica em seu caráter institucional e, por seus desdobramentos causais, conseqüentemente a ocorrência da violência obstétrica em seu caráter psicológico, vejamos pelo relato extraído também do dossiê, vejamos:



Quando o médico chegou, pedi pra deixar o meu marido entrar, Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse 'Então eu vou embora e você faz o parto'. (C.M., atendida na rede pública, Barbacena/MG).

É bem comum, em instituições privadas, o estabelecimento de protocolos superiores à legislação vigente. Porém em algumas instituições públicas ou ligadas ao SUS, argumentam o desconhecimento do dispositivo, ou imputam ao setor privado o direito ao acompanhante como uma espécie de *privilégio* a quem paga para usufruir de um direito que está previsto para todos, infringindo o disposto na Lei nº 8.080/90. Com a finalidade de aplicação na Lei Federal 11.108/05 que garante o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, pós-parto imediato são os 10 dias após o parto, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418/05.

São considerados descumpridos o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato quando:

Houver restrição da escolha da mulher, exemplos: “só pode entrar se for uma mulher”, “só pode entrar se for o pai”, “só pode entrar se for da família”, “só pode entrar se for profissional da área médica”.

Dispuser restrição do tempo de permanência do acompanhamento, como limitar a entrada apenas ao momento pré-parto, ou quando for à hora do parto, ou alegar que só poderá após o parto, ou só no horário de visitas;

Usufruir restrições pelo vínculo com a instituição, isso ocorre quando limita o benefício a só quem fizer o uso do SUS ou quem estiver usando um setor privativo, por exemplo.

Tiver restrições pelo tipo de parto, dizendo quando o parto for cesáreo que só pode acompanhante para o parto normal e quando o parto for normal dizer que só pode acompanhante para o cesáreo. Também alegam frequentemente, com a intenção de proibir os acompanhantes, que a Lei não cita *bloco cirúrgico* ou *cesárea* no texto. Pois bem, a classificação oficialmente adotada pelo Brasil, o CID-10, classifica cesárea como um subtipo de parto, e essa classificação é de conhecimento de todos os profissionais de saúde. Outrossim, costumam justificar levando em conta o risco de infecção hospitalar, no entanto existem normatizações para o controle de infecção hospitalar que devem ser aplicadas a todos os profissionais que entram no bloco cirúrgico e

inclusive aos acompanhantes, conforme a RDC nº 38/2008 da ANVISA, assim várias maternidades já colhem as mulheres com seus acompanhantes inclusive dentro dos blocos cirúrgicos adotando práticas como paramentação (veste higienizadas, touca, máscara), movimentação restrita dentro de sala.

Existindo impedimento da entrada ou permanência do acompanhante, dizendo que o médico não permite, que é protocolo do hospital, culpando anestesista, o desconhecimento da lei, autorizar a entrada e depois não mais deixar ou o segurança retirar o acompanhante de dentro do quarto. No Brasil é comum essa “história” de desconhecimento da lei, e assim fazem com que a mulher seja impedida de exercer o seu direito.

Pode ser um empecilho para a aplicação da Lei 11.108 de 2005 a falta de previsão de punição para o descumprimento da referida Lei. Buscando o cumprimento de seu direito, muitas mulheres procuram o Ministério Público ou chamam a polícia quando dão entrada em algum serviço de saúde. Já outras relatam o medo de buscar esses mecanismos e acabarem por prejudicar equipes médicas e resultar numa retaliação durante seu atendimento. Assim nota-se o quanto a mulher é vulnerável na assistência à saúde e necessita de ações efetivas para sua proteção.

## **1. A Violência Obstétrica tipificada como lei na Argentina e na Venezuela**

Na Argentina e na Venezuela, a violência obstétrica foi legalmente tipificada. Sem dúvidas, foi um grande feito, pois reconhecer e prever a violência demonstra a obrigação do Estado com as mulheres. Muito embora, não seja só tornar tipificada a conduta para que seja sanada a problemática, é necessário que a sociedade civil se esforce na compreensão, a fim de configurar os agressores.

Na Argentina, a Lei Nacional nº 25.929, vulgarmente conhecida como Lei do Parto Humanizado, define como os Direitos dos Pais e Filhos durante o Processo de Nascimento devem ser garantidos, versando de maneira detalhada e coerente sobre a difusão do Parto Humanizado.

Observando a lei argentina percebe-se a lentidão, bem como o descaso das autoridades legais brasileiras e seus códigos diante da situação da assistência ao parto e nascimento. Outro aspecto relevante é a taxa de cesarianas nos dois países, pois enquanto no ano de 1995, o índice de

cesariana do Brasil girava em torno de 36%, na Argentina o percentual não passava de 23%. Mas, mesmo assim, em 2009, a Argentina sancionou a Lei nº 26.485 de “Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Internacionais”, onde estão previstos 6 tipos de violência contra a mulher, entre ela a obstétrica.

A Assembleia Nacional da República Boliviana da Venezuela aprovou, no dia 25 de novembro de 2006, dia em que se celebra o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra Mulher, a Lei Orgânica sobre Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência esta, substitui a Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família, de 1998, foi publicada em 2007 e tipifica 19 formas de violência contra a mulher, entre elas, a obstétrica.

Outrossim, é de grande respaldo a introdução à lei em sua publicação oficial, onde se esclarece o reconhecimento do Estado sobre a necessidade de políticas específicas às questões de gênero:

A luta das mulheres no mundo para obter reconhecimento de seus direitos humanos, sociais e políticos e o respeito à sua dignidade tem sido um esforço de séculos, que teve uma de suas expressões mais elevadas na Declaração dos Direitos Humanos da Mulher e Cidadã em 1791. Seu proponente, Olympe de Gouges, não conseguiu que os revolucionários franceses aprovassem tal declaração e, ao contrário, sua iniciativa foi uma das causas que determinaram sua morte na guilhotina.

Um gravíssimo problema, contra o qual tem lutado historicamente as mulheres de todo o planeta, é que a violência se exerce contra elas somente pelo fato de sê-lo. A violência de gênero encontra suas raízes profundas na característica patriarcal das sociedades em que prevalecem estruturas de subordinação e discriminação contra a mulher que consolidam a conformação de conceitos e valores que desqualificam sistematicamente a mulher, suas atividades e suas opiniões. Assim, qualquer negativa ou rechaço ao poder masculino é vivida pelo homem agressor como uma transgressão a uma ordem “natural” que justifica a violência de sua reação contra a mulher. Se trata, pois, de uma violência que se dirige sobre as mulheres por serem consideradas, por seus agressores, carentes dos direitos fundamentais de liberdade, respeito, capacidade de decisão e de direito à vida.

A violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e de violação sistemática de seus direitos humanos, que mostra de forma dramática os efeitos da discriminação e subordinação da mulher por razões de gênero na sociedade.

O exercício dos direitos humanos das mulheres, em matéria de violência baseada no gênero, se vê afetado significativamente também pelas concepções jurídicas tradicionais, baseadas em paradigmas positivistas e sexistas. Até algumas décadas atrás se acreditava, em uma perspectiva generalista, que os maus tratos às mulheres era uma forma a mais de violência, com uma adição de excepcionalidade e causa possível na patologia do agressor da vítima. Desde os anos setenta do século XX é reconhecida sua especificidade e o fato de que suas causas estão nas características estruturais da sociedade. A compreensão do tema, então, exige algumas chaves explicativas que vão desde a insistência em sua especificidade e compreensão sociais, passando por uma denúncia de sua frequência e seu caráter não excepcional, mas comum.

[...] Em virtude de que é obrigação do Estado atender, prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres, devendo expedir as normas legais que sirvam para tais fins, se estabeleceram nesta lei todas as ações e manifestações da violência, tanto no âmbito intrafamiliar como fora do mesmo, dando lugar a novas definições como a violência institucional, midiática e laboral, entre outras, que afetam às mulheres em diferentes espaços de seu desempenho social. Com esta lei se pretende criar consciência em todos os setores do país sobre o grave problema que constitui para a sociedade venezuelana que se violem os direitos da metade de sua população, por isso é necessário trabalhar em sua instrumentação e garantir o cumprimento da mesma.

De maneira geral, o dispositivo venezuelano é bastante fundamental na sua forma de reprimir e erradicar a violência obstétrica, como também em outras formas da violência, devido ao seu caráter rigoroso e punitivo. Ao profissional de saúde, diz o que deve fazer, para com a mulher gestante, em estado de parturição, sob pena de sofrer consequências legais previstas em lei.

### **3.2. O Projeto de Lei 7.633/2014 e sua atuação benéfica ao tipificar a humanização no parto no âmbito jurídico brasileiro**

O projeto de lei 7.633/2014 de autoria do Deputado Federal Jean Wyllys busca trazer a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, bem como assegurar todas as providências necessárias.

Versando basicamente sobre questões atinentes às áreas de saúde e de direitos humanos, referidas à problemática tratada, o projeto contém 31 (trinta e um) artigos, organizados em 4 (quatro) Títulos.

O Título I aduz quanto às diretrizes e princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, contendo 16 (dezesesseis) artigos, seu 1º artigo tem a finalidade de explanar a sua conjuntura objetiva, vejamos:

Art. 1º - Toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar.

Dando continuidade ao que estabelece o artigo já citado, o 2º artigo faz menção ao Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, primordialmente considerando o não comprometimento com os envolvidos (as) ou oferecimento de risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, assegurando todo o processo fisiológico do parto, bem como a retomada das rotinas e procedimentos sejam frutos da extensão e ação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida; garantindo à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, garantindo também a presença de um(a) acompanhante, indicado(a) pela gestante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O artigo 3º apresenta os princípios fundamentais da assistência humanizada no parto e no nascimento, sendo esses: a mínima interferência por parte da equipe de saúde; a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, conforme a vontade da parturiente; proporcionar informações adequadas e completas à mulher, bem como ao acompanhante, quanto aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério e a harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do conceito.

Os demais artigos do Título I da lei compreende em estabelecer os direitos e vedações à mulher gestante, em trabalho de parto, abortamento e puerpério; o direito à elaboração de um Plano Individual de Parto (PIP); as essenciais anotações no prontuário quando for obrigado a administração de enemas, ocitocina sintética, esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo, a amniotomia, a episiotomia, a tração ou remoção manual da placente e adesão de dieta zero durante o trabalho de parto; as permissões durante o pré-parto e parto.

O seu artigo 13º traz a caracterização da Violência Obstétrica, vejamos:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

O artigo 14 expõe de maneira muito minuciosa as condutas que caracterizam as ofensas verbais e físicas, citando todos os tipos de tratamentos proferidos, condutas desferidas, impedimentos e proibições impostas.

O Título II trata da erradicação da Violência Obstétrica, formado por (8) artigos que estabelecem que todos os casos de violência obstétrica praticados pelos profissionais da equipe de saúde serão relatados à ouvidoria dos serviços de saúde e as Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO); a exposição de cartazes informativos contendo as condutas humanizadas elencadas nas diretrizes desta lei nos estabelecimentos ligados à saúde, a implementação obrigatória nas diretrizes curriculares dos profissionais da área de saúde conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde e do conceito, nos termos desta lei; os direitos e a proteção à vida de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e de seus recém-nascidos, assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade ou qualquer outra. Quanto às disposições contidas nesta Lei, aplicam-se tanto ao Sistema Único de Saúde como também a toda a rede de saúde suplementar e filantrópica do país e aos serviços de saúde prestados de forma autônoma; às mulheres, crianças, homens e famílias devem ter preservados seus direitos sexuais e reprodutivos.

No último artigo do título II (24), prevê que em comunhão das instituições de ensino e de saúde e entidades representantes da sociedade civil, o Poder Executivo Federal deverá praticar regularmente estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, conforme compromissos nacionais e internacionais de promover os direitos humanos e de executar metas de Pactos pela Vida e de redução da mortalidade materna e perinatal.

O Título III estabelece como deve ser o controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas, contendo 3 (três) artigos que explanam que os índices de cesarianas nas instituições ou estabelecimentos obstétricos públicos ou privados não devem ultrapassar a média preconizada pela OMS, conforme pacto entre o Poder Executivo Federal, exceto em hospitais-maternidades de renomada referência setorial que possuam uma grande demanda de alto risco, que deverão pactuar os seus próprios índices; a criação e regulamentação, por meio de portarias, as CMICBPO, com representação na esfera estadual, municipal, institucional.

Por fim, o Título IV traz as preposições gerais que contém (4) quatro artigos expondo que a observação dos dispositivos desta Lei pelas instituições e profissionais elencados e o atendimento aos princípios expostos na referida lei, independem da criação e início de funcionamento das CMICBPO; as instituições e profissionais que não cumprirem o estabelecido nesta lei, responderão no âmbito civil, penal e administrativo conforme suas ações e/ou omissões; o Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implantação desta Lei.

A lei especial é instrumento apto para reafirmar e conferir maior segurança jurídica à forma de atuação dos profissionais de saúde durante o processo de parto. Não há como dizer, no entanto, que o dispositivo regulamentatório do tema é pressuposto necessário para o direito subjetivo.

Ainda que o projeto de lei em comento esteja na fase de votação nas casas legislativas, não há como negar que o sistema jurídico brasileiro tem a intenção de por a salvo os direitos fundamentais das gestantes e grávidas em fase puerperal. A ausência de dispositivo legal específico, nestes casos, pode ser suprida pelos princípios gerais do sistema, que, assim como as leis, também são normas, embora

mais amplas e com uma maior abertura de discussão sobre seu alcance e significado. Porém, o dispositivo específico tratará de forma mais minuciosa e objetiva a problemática.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica tornou-se algo natural na sociedade e isso vem acontecendo de maneira muito frequente e intensa, dificultando a sua identificação e denúncia. Porém, para que a atual situação mude é fundamental que haja a devida compreensão das vítimas, que denúncias sejam feitas, a fim de que os casos sejam acolhidos, apurados e julgados, para que não se repita com outras vítimas, tendo por objetivo maior a cessação dessa prática.

Faz-se necessário que as políticas de conscientização presentes hoje sejam amplificadas, a ponto de o conhecimento fazer parte da noção de direitos de cada parturiente. As propostas de humanização do parto, seja no SUS ou no setor privado, têm o objetivo 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.

Assim, o reconhecimento da humanização do parto como direito fundamental torna-se ferramenta importante para a mudança de paradigma, bem como a expressão *Humanizar* trata-se de termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde quanto à violência institucional.

Para ocuparem espaço de igualdade com os homens, dentro da sociedade, as mulheres devem ser tratadas como sujeitos ativos de seus direitos e de sua individualidade. Portanto, não devem ser subjugadas em um momento tão importante de suas vidas. Longe de ocuparem lugar secundário, devem ser o foco da atenção deste momento. O direito não tem como pressuposto a existência de lei específica positivada, desde que da leitura de todo o sistema seja possível extrair que a garantia pleiteada é justa e condizente.

Por sua vez, o tema abordado vem de encontro à pouquíssima existência de recurso jurídico encontrado na legislação nacional, demonstrando a necessidade de legislação específica a fim de esclarecer a parturiente de seus direitos, bem como mecanismos de prevenção à violência obstétrica. Dessa forma é necessário orientação, não só para a mulher, enquanto que gestante que logo se tornará parturiente, mas dos profissionais que a acompanham e possuem o dever

juramentado de zelar pela vida. Há que se observar a sociedade como um único nível social, sendo a parturiente orientada independente se irá parir em hospital público ou particular, se vai para uma maternidade ou para uma banheira, seja ela de qualquer raça, cor, classe social ou religião.

Outrossim, é indispensável destacar que o objetivo da pesquisa não é defender que as mulheres devem deixar de optar pelo parto cesáreo e aderirem a forma natural de parto, mas sim defender que o direito de escolha da parturiente deve ser respeitado.

Conclui-se que o enorme índice de cesarianas se dá pelo fato do parto natural sofrer inúmeras intervenções, as quais causam sofrimento, tanto a parturiente, quanto ao filho. Ocorre que o fato de ser submetida à cirurgia cesariana não a livra de ser vítima de violência obstétrica, pelo contrário, muitas vezes pelo nível de sedação em que a mulher se encontra, os procedimentos muitas vezes acontecem e quando a parturiente se dá conta, tudo já ocorreu, sem que ela fosse comunicada.

Por fim, embora uma lei específica seja um instrumento importante de segurança jurídica e identificação clara das situações de agressão, hoje já é possível o reconhecimento do ilícito em nosso ordenamento, posto que a liberdade e a igualdade são reconhecidas como direitos fundamentais invioláveis, e a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da república. Mas o descumprimento desses direitos fundamentais vem ocorrendo, e é quando, a luta contra a violência obstétrica se inicia, cobrando ao Estado a aplicação de medidas severas que realmente tenham força de cessar as agressões, pois as ações voltadas a trazer informações para as mulheres e propostas da mudança de postura dos profissionais, ainda são insuficientes e não comportam força para alterar o cenário atual.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
- BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M.V. L. M. L. **Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos.** Rev. Latino-am Enfermagem.v. 14, n. 3, p.14-21, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300016)  
Acesso em: 20 de novembro de 2015.
- 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.
- Boston Women's Health Book Collective (BWHBC) 1998. **The New Ourbodies, Ourselves.** Touchstone Simon and Schuster, Nova York.
- BRASIL. **Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher.** Ministério da Saúde, 2001.
- Caldeyro-Barcia R 1979. **Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal.** Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano, Montevidéo.
- Patrícia Delage Gomes; Juliana Barroso Zimmermann; Lizandra Maris Borges de Oliveira; Kátia Aureana Leal; Natália Delage Gomes; et al. **Ciência & Saúde Coletiva,** 2011.
- Costello A & Osrin D 2005. **Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: three Brazilian birth-cohorts.** The Lancet 365(9462): 825-826.
- CLADEM/CRLP 1998. **Silencio y cumplicidad: violencia contra la mujer en los servicios de salud en el Peru.**
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado.** [Tese de Doutorado]. Campinas: Unicamp, 2011.
- Cochrane AL 1973. **Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services.** Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres.
- CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede - a era da informação: economia, sociedade e cultura.** São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COSTA, T., STOTZ, E.N., GRYSZPAN, D., SOUZA, M.C.B. **Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução.** *Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.363-80, jul-dez, 2006.

Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) 2005. **The mother-friendly childbirth initiative.** Disponível em <http://www.motherfriendly.org/>. Acessado em 02 de dezembro de 2015.

Costello A & Osrin D 2005. **Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: three Brazilian birth-cohorts.** *The Lancet* 365(9462): 825-826.

CRIZOSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; LUZ, M. H. B. **Women experience with home and hospital childbirth.** *Escola Anna Nery*, v.11, n.1, p.98-104, mar. 2007.

DAVVIS-FLOYD, Robbie. Prefácio. In: Ricardo Jones. **Memórias do homem de vidro: reminiscência de um obstetra humanista.** Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012. P. 21-30.

DAVIS, K., Kumar, D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43 (6):555-68.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C., RAPP, R. **Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives.** UNIVERSITY OF CALIFORNIA PRESS, 1997.

DAVIS FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage.** Berkeley: University of California Press, 1992.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar.** *Ciênc. Saúde Colet.*, v.9, n.1, p.7-13, 2004

DI FELICE, Massimo. **Netativismo: novos aspectos da opinião pública em contextos digitais.** *Famecos*, Porto Alegre, v.19, n.1, p.27-45, jan./abr.2012.

DIP, Andrea. **Na hora de fazer não gritou, 2013.** Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/na-hora-de-fazer-nao-gritou>. Acessado em 20 de janeiro de 2016.

DINIZ, CSG. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese].** São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 10, n.3, p. 699- 705, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300026&script=sci_arttext) Acesso em: 06 de dezembro de 2015.

Enkin M, Kierse M, Renfrew M & Nielson J 1995. **A guide to effective care in Pregnancy and Childbirth.** Oxford Medical Publications, Oxford.

FOUCAULT, M. **O Sujeito e o poder**. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995, p.231-249.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal; 2007a. Foucault M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal; 2007b.

FUNDAÇÃO Perseu Abramo. **Gravidez, filhos e violência institucional no parto. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado** [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Acessado em 12 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

Gaskin I M 2003. **Ina May's Guide to Childbirth**. Bantan Books, Nova York.

GONÇALVES, R; AGUIAR, A. C; MERIGH, B. A. M; JESUS, P. M. C. **Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias**.

HINE, Christine. **Etnografia Virtual**. Barcelona: UOC, 2000

**HOSPITAIS descumprem Lei do Acompanhante**. Diário Regional. 09 de setembro de 2012. Disponível em: <http://www.diarioregional.com.br/2012/09/09/hospitais-descumprem-lei-do-acompanhante/>. Acessado em 05 de dezembro de 2015.

Howard J & Strauss A 1975. **Humanizing health care**. John Wiley & Sons, Nova York.

JONES, Ricardo. **Entre Orelhas – Histórias de Parto. Ideias a Granel**: Porto Alegre, 2012.

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.

**Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm). Acessado em 09 de dezembro de 2015.

**Lei nº 8.080/1990** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acessado em 02 de dezembro de 2015.

**Lei nº 11.108/2005** de 7 de abril de 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm) Acessado em 02 de dezembro de 2015.

**Lei nº 25.929**. Argentina. Disponível em: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley\\_de\\_parto\\_humanizado.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ley_de_parto_humanizado.pdf). Acessado em 09 de dezembro de 2015.

**Lei Nº 26.485**. Argentina. Disponível em: <https://docs.google.com/document/edit?id=1DK7cQLD5jTHo7g2mIOVgY4Xa5->

[DbQcAngBMINSn88Jg&hl=es&pref=2&pli=1](#). Acessado em: 09 de dezembro de 2015.

**Lei Orgânica sobre Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência**, de 25 de novembro de 2006. Venezuela. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/arquivos/publicacao\\_femicidio.pdf](http://www.pnud.org.br/arquivos/publicacao_femicidio.pdf). Acessado em 09 de dezembro de 2015.

LINO, Helena da Costa. **O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica**. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

MAIA, Rousiley C.M. **Representação política de atores cívicos e esfera pública**. In: SOUSA, Mauro Wilton; CORRÊA, Elizabeth Saad (orgs.). *Mutações no espaço público contemporâneo*. São Paulo: Paulus, 2014.

MAGALHÃES F 1916. **Lições de clínica obstétrica**. 2a ed. Livraria Castilho, Rio de Janeiro.

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

Mold J & Stein HF 1986. **The cascade effect in the clinical care of patients**. NEJM 314(8):512-514.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? Memórias Convención Internacional de Salud Pública**, Cuba, Havana, 2012.

NOTÍCIA. **Manifestação na av. Paulista pede acesso de doulas a salas de parto**. Folha de São Paulo, 4 de dezembro de 2015 <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/02/1225276-manifestacao-na-av-paulista-pede-acesso-de-doulas-a-salas-de-parto.shtml>. Acessado em 05 de dezembro de 2015

OMS Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

ODENT M 2000. **A cientifização do amor**. Ed. Terceira Margem, São Paulo.

**PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica: Parirás com Dor**, 2012. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

[http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html). Acessado em 04 de dezembro de 2015.

**Projeto de Lei nº 7.633 de 2014**. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014). Acessado em: 09 de dezembro de 2015.

**Portaria nº 569/GM**, de 1 de junho de 2000. Disponível em: [http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/legis/portaria\\_ms](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_ms)

[569\\_2000\\_programa\\_humanizacao\\_pre\\_natal\\_e\\_nasc.pdf](#). Acessado em 09 de dezembro de 2015.

**Portaria n° 1.067**, de 04 de julho de 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/portarias-politicas-saude>. Acessado em 09 de dezembro de 2015.

**Portaria n° 1.459**, de 24 de junho de 2011. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acessado em 09 de dezembro de 2015.

**Portaria n° 2.418**, de 02 de dezembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html). Acessado em 09 de dezembro de 2015.

Paim HHS. **Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares**. In: Duarte LF, Leal O, organizadores. Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998, p.31-47.

PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; São Paulo: Loyola, 2004.

**Resolução da Diretoria Colegiada n° 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, de 03 de junho de 2008. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>. Acessado em 03 de dezembro de 2015.

**Resolução da Diretoria Colegiada n° 38 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, de 18 de junho de 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0038\\_18\\_06\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0038_18_06_2014.pdf). Acessado em 03 de dezembro de 2015.

**Resolução Normativa n° 211 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, de 11 de janeiro de 2010. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&forma\\_t=raw&id=MTU3NQ](http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&forma_t=raw&id=MTU3NQ). Acessado em 04 de dezembro de 2015

Rezende J 1998. **Obstetrícia**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

**Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45; n.1; p. 62-70, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/09.pdf> Acesso: 20 de novembro de 2015.

Scott, J. Gênero: **Uma Categoria Útil para Análise Histórica**. Tradução S.O.S. Corpo, Educação e Realidade (Porto Alegre). 1990; 16(2):1-27.

Starr P. **Orígenes sociales de la soberanía profesional**. In: STARR, P. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México: Biblioteca de la Salud. Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica; 1991, p.17-44.

SALGADO, Heloísa. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.** Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

SOUZA, T. G, GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. **A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.** Rev. Gaúcha Enferm.v. 32, n.3, p.479 86, Porto Alegre, 2011. Disponível em:<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17497>>Acesso em: 06 de dezembro de 2015

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação e Realidade, (Porto Alegre,) v.16, n.2, p.5-22, 1990

TEW M 1995. **Safer childbirth? A critical history of maternity care.** (2ª d.). Chapman & Hall, Londres.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

VINAVER N 2001. **Birth day (video).** Frank Ferret and Georges Vinaver (Direção). Produzido por Sage Femme, Inc.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA. **Mapa de abusos Cometidos no Parto.** Disponível em: <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/main>. Acessado em 19 de fevereiro de 2016.

WAGNER, M. **Episiotomy: a form of genital mutilation.** Lancet, 1999; 353: 1977.

WERTZ D 1993. Twilight sleep, pp. 403-405. **In The Encyclopedia of Childbearing.** Oryx Press. Nova York

World Health Organization 2005. **Gender and Reproductive Rights.** What is a rights-based approach? Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/>. 05 de dezembro de 2015.

WHO. **Appropriate technology for birth.** Lancet, Philadelphia, vol.2, n.8452, Aug. 24 1985, p. 436- 347.