



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JAQUELINE CORDEIRO BRANTI

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA O DIREITO DA MULHER
ASSISTÊNCIA AO PARTO**

ARIQUEMES - RO

2019

Jaqueline Cordeiro Branti

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA O DIREITO DA MULHER
ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Prof.^a Orientadora: Esp. Fabíola de Souza Ronconi

Ariquemes - RO

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA

B821v BRANTI, Jaqueline Cordeiro.

Violência obstétrica uma violação aos direitos da mulher. / por Jaqueline Cordeiro Branti.
Ariquemes: FAEMA, 2019.

39 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Fabíola de Souza Ronconi.

1 . Enfermagem . 2. Violência. 3. Obstetrícia. 4. Parto. 5. Parto humanizado. I Ronconi, Fabíola de Souza. II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

Jaqueline Cordeiro Branti

<http://lattes.cnpq.br/6901414952862364>

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA O DIREITO DA MULHER ASSISTÊNCIA AO PARTO

Monografia apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Orientadora: Esp. Fabíola de Souza Ronconi
<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a M.^a Mariana Ferreira Alves de Carvalho
<http://lattes.cnpq.br/4163671837709167>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
<http://lattes.cnpq.br/8411996232888777>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 12 de novembro de 2019

Ao meu filho Itallo Gabriel Cordeiro Branti,
fonte máxima de inspiração e luz da minha
vida.

À minha mãe, Maria Luiz Cordeiro, meu
exemplo de vida, que me orientou desde o
dia que eu nasci.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida.

Agradeço à minha mãe, Maria Luiz Cordeiro pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações.

Ao meu irmão, Éder Cordeiro Branti pela amizade e atenção dedicadas quando sempre precisei.

Ao meu filho, Itallo Gabriel Cordeiro Branti Machado por todo amor e carinho.

Agradeço à minha amiga, Mara Lucia de Oliveira Brito pelo incentivo, atenção e carinho.

Ao meu amigo, Valteone Pereira Maulaz pela reciprocidade e generosidade.

À minha professora orientadora, Fabíola de Souza Ronconi pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo.

Enfim, a todos que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!”

Angélica Tavares

RESUMO

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos no decorrer do parto nas instituições de saúde. Tal método não apenas infringe os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação. Este enunciado convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos. (Organização Mundial de Saúde - OMS). Este trabalho quer analisar em que parâmetro pode se definir a violência obstétrica no instante da consumação do parto. Trabalha-se com revisão bibliográfica, com consulta à doutrina e artigos. Há muitas formas de violência contra mulheres, à violência obstétrica é aquela que pode ocorrer no momento da concepção de uma nova vida que também é portadora de direitos. O resultado dessa prática caracterizada pelo tratamento desrespeitoso e desumano em uma situação delicada e frágil vivenciada pelas mulheres é a possível presença de importantes danos psicológicos, muitas vezes irreparáveis. Aos poucos as mulheres vêm discutindo esta questão e tomado conhecimento de que, mesmo em um momento de vulnerabilidade, como o do parto, ainda são titulares de direitos individuais fundamentais.

Palavras-chave: Enfermagem, Violência Obstétrica, Parto, Profissionais de Saúde, Humanização na Saúde.

ABSTRACT

Many women around the world suffer abuse, disrespect and mistreatment throughout health facilities. This method not only violates women's rights and rights care, but also threatens the right to life, health, physical integrity and non-discrimination. This statement calls for greater action, dialogue, research and mobilization on this important theme of public health and human rights. (World Health Organization - WHO). This work is analyzed in the parameter that can define an unstable obstetric violence in consumption. It works with literature review, consultation of doctrine and articles. There are many forms of violence against women, obstetric violence is one that can occur when creating a new life that also carries rights. The result of this practice characterized by disrespectful and inhuman treatment in a delicate situation experienced by women is a possible presence of major, often irreparable, psychological damage. Gradually, as women have been discussing this issue and becoming aware that even in a moment of vulnerability, such as being a part, they still hold individual fundamental rights.

Keywords: Nursing, Obstetric Violence, Childbirth, Health Services, humanization in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDAW	Comitê de Eliminação das Formas de Discriminação contra a Mulher
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
MPC	Marcha do Parto em Casa
MBE	Medicina Baseada em Evidências
NCT	National Childbirth Trust
OMS	Organização Mundial da Saúde
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DA LITERATURA	14
4.1 HISTÓRIA DO PARTO	14
4.2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO.....	16
4.3 O DIREITO DA MULHER	16
4.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	18
4.5 FORMAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	18
4.6 SAÚDE PÚBLICA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO	23
4.7 REDE CEGONHA.....	23
4.8 MOVIMENTOS SOCIAIS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

INTRODUÇÃO

A Assistência ao parto vem passando por longas mudanças ao longo da história, marcadas por um processo de institucionalização que trouxe uma intensa medicalização do corpo feminino, o cuidado integral e familiar no parto assistido pelas parteiras, foi substituído por complexas tecnologias que vê a gestação e parto como um processo patológico, que necessita de intervenções desnecessárias quando a figura médica passa ser a protagonista no trabalho de parto e a mulher fica sem a sua autoridade. (JARDIM; CELINA, 2018, p. 2).

As ações intervencionistas desnecessárias têm causado insatisfações às mulheres, tanto no setor público quanto no privado. A Violência obstétrica já vem acontecendo há várias décadas, ela é caracterizada pela omissão do atendimento, tratamento hostil, ameaças, gritos, humilhação intencional, negar alívio da dor quando há indicação técnica, como também práticas de raspagem dos pelos pubianos, episiotomia de rotina, realização de enema, indução ao trabalho de parto e proibição do direito do acompanhante. (ZANARDO et al., 2017).

Uma entre quatro mulheres sofre de violência obstétrica no Brasil, condutas desrespeitosas e grosseiras são as queixas mais comuns entre as mulheres que passaram por essa situação, as relações entre os profissionais de saúde e as pacientes é marcado pela desconfiança, desrespeito, conflito e maus tratos, como um fator importante que leva o uso de intervenções desnecessárias, principalmente a prática de episiotomia em mulheres negras, pobres, nordestinas e estrangeiras. (ANDRADE et al., 2016).

A história do parto vem desde época que era conduzida por parteiras em domicílios, a qual a mulher tinha total domínio de seu corpo, e tinha o acompanhamento de seus familiares, quando o parto era visto como algo natural da mulher, e após o surgimento do médico nesse ambiente, tornando-o medicalizado, aumentou os índices de cesarianas e apoderando-se da autonomia da mulher.

Buscaram-se esclarecer sobre o Direito das Mulheres, a importância de reivindicar seus direitos, e quão necessária seria a implantação da disciplina de Direito da Mulher nos cursos de graduação, para que abra um leque de oportunidades e esclarecimento entre toda a sociedade. (BRASIL, 2010).

Foi observada a violência obstétrica em mulheres no que representa o alto número de cesarianas fora do recomendado pela OMS, as ocorrências vividas pela gestante, à falta da reconhecimento do sofrimento feminino no instante da parição e por falta de esclarecimento sobre os procedimentos realizados com seu próprio corpo, realizando-os de forma invasiva. (SALGADO, 2012).

O parto humanizado é aquele onde diversas pessoas sejam jurídicas ou físicas, mulheres ou homens, bem como entidades públicas se reúnem para a busca de políticas públicas de humanização ao parto, tanto no setor privado, redes públicas e partos domiciliares, a busca pela autonomia da gestante, para que os responsáveis pela assistência ao parto esperem o tempo certo do nascimento, respeitando a fisiologia feminina. (BRASIL, 2014).

Esta pesquisa surgiu com a necessidade de apresentar a importância da humanização como um elemento fundamental a ser inserido, no que diz respeito às técnicas do cuidado no Parto Normal Humanizado, e rever alguns conceitos da assistência atual, por que essa pesquisa pode auxiliar na reflexão sobre as ações, enriquecer a compreensão a respeito do assunto, expondo conceito de humanização.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Esclarecer de forma científica as razões que influenciam a violência obstétrica no momento do parto e colaborar com a constituição de ponto de vista em benefício da transformação de conduta dos profissionais de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever historicamente a vivência da mulher em relação ao parto violento, bem como os direitos a humanização no parto;
- Definir a humanização do trabalho de parto, seus tipos e importância;
- Verificar as Políticas de saúde pública e assistência ao parto no Brasil;
- Encorajar as parturientes sobre a escolha de seu parto e os métodos a serem utilizados.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que possui a finalidade de reunir um número considerável de resultados de pesquisas sobre um determinado assunto, de forma sistemática e organizada, contribuindo para o aprofundamento do tema estudado. É de grande valia para profissionais como o enfermeiro, que dispõem de pouco tempo para o estudo e investigação de assuntos pertinentes à sua atuação. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca científica foi realizada em livros, manuais, dissertações, além de trabalhos listados e anunciados nas seguintes bases de arquivos eletrônicos, a saber: SciELO, pesquisa de dados em enfermagem (BDENF), e pesquisa na Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Como critérios de inclusão foram utilizadas publicações relacionadas com o tema da pesquisa, violência obstétrica, foram utilizadas bibliografias de periódicos nacionais, que se encontram disponíveis nas redes de dados com os seguintes descritores em Ciência da Saúde (DeCS): humanização no auxílio, competentes de saúde e parto natural, observando um espaço médio de tempo referente a 11 anos de publicação (2008 - 2019), desta forma foram acessados 70 materiais e utilizados 51 por conter em seus dados a finalidade do tema abordado, sendo que em sua maioria atenderam o delineamento, alguns citados fora da média temporal tiveram grande relevância para os dados obtidos diante da abordagem temática.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 HISTÓRIA DO PARTO

Segundo Wolff e Waldow (2008) o parto durante atuação médica se iniciou na Europa nos séculos XVII e XVIII e veio ao Brasil em 1808 com fundação de instituições de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro e Bahia. Previamente a isso, a técnica obstétrica era realizada, sobretudo por parteiras. O trabalho único de parteiras na atuação do parto acontecia, sobretudo, por motivos éticos: os pais não poderiam adentrar no local onde sua esposa teria o bebê, pois era considerada uma prática desrespeitosa ao momento vivido pela parturiente, além do mais, por causas dos preconceitos de que as parturientes não poderiam expor suas genitais.

A partir desse instante, o parto era visto como um acontecimento natural, sendo, a aparência masculina, era somente solicitado nas situações de extrema proporção, para a efetuação de drenagens e suturas. (OSAVA, 1997; BRASIL, 2010).

Com a industrialização da agricultura segundo Odent (2003), a criação de equipamentos e método de anestesia e a chegada do médico obstetra no cenário do parto foram fundamentais para o início da maravilha titulada de “industrialização do parto”. Assim como Osava (1997) enfatiza que a aplicação do fórceps não foi divulgada entre as parteiras, uma vez que estas eram olhadas com entendimento ífero aos homens, ineptas de usar as novas tecnologias. Além de não verem com simpatia a utilização do fórceps como forma de intervenção no parto, a maior parte das parteiras não dispunha de recursos financeiros para a compra do material.

Ao esclarecer os fundamentos do parto ocidental, Helman (2009) alega que a imposição da ciência como a principal fonte da cura e também dos cuidados fizeram com que o corpo passasse a ser visto como uma máquina, sem relação com crenças. O modelo dessa “máquina”, foi baseado em características masculinas sendo, o corpo feminino visto como imperfeito, anormal, sob influência de elementos da natureza, exigindo constante controle e manipulação pelos homens e, no caso da parição, da efígie do médico tocólogo.

Após os médicos começarem a exercer a medicina obstétrica verificou-se a alteração da natureza do parto, que deixou de ser considerado como fenômeno natural e passou a ser visto como fenômeno controlado pela vontade humana. (OSAVA, 1997).

Conforme explica Helman (2009), o fato de alguns sintomas de natureza fisiológica da mulher serem tratados com medicação, percebeu-se que deixaram de ser fenômenos naturais do corpo feminino passando a ser considerados doença desta forma o parto também a ser interpretado como um fato cirúrgico, perdendo o seu princípio da naturalidade. Em conformidade com o investigador, a medicalização é explícita, por vários cientistas médicos, como uma crescente forma de controle social das mulheres, tornando-as dependentes de equipes médicas e da indústria farmacêutica.

A instituição não modificou somente o ponto de vista a respeito do parto, mas também o seu protagonismo. Se anteriormente a mulher usufruía o papel principal no momento de dar a luz, a ideia de parto como fenômeno humano fez com que o médico passasse a ser considerado como o protagonista, pois este seria o único detentor das informações técnicas supostamente essenciais a esse momento.

Essa institucionalização ocasionou um enorme dano da liberdade da puerpera, uma vez que tornou o momento do nascimento algo temido e estético perdendo sua naturalidade e emocional. (BRASIL, 2001, p. 18). No parto industrializado, a mãe não tem um papel ativo definido, ela é uma simples “paciente”. (ODENT, 2003).

Percebe-se que o parto industrial não está ligado somente ao profissional responsável pelo nascimento do bebê, mas também pela utilização de técnicas que possuem a intenção de fazer por inteiro os partos os mais parecidos possíveis. Além disso, o ambiente hospitalar, cada vez mais eletrônico, a concentração em grandes hospitais e a utilização de “hábitos” e “pragmáticas” acarretam de maneira que a partição sintam-se cada vez mais parecido com uma veraz linha de armação. (ODENT, 2003).

Alguns autores, inclusive, acreditam que o uso crescente da tecnologia no parto fez com que a atenção do médico fosse direcionada ao feto, secundarizando a atenção à mãe. (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Esse grande acontecido se deu na Europa e, sobretudo nos Estados Unidos, é possível naturalmente ser visto no Brasil. O exagero de consumação de

cesarianas no país, equivale a enormes inequívocos meios de agressão obstétrica e está inerentemente relacionada à perda da autonomia da mulher durante a sua gestação e precipuamente no instante do parto.

4.2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A organização pela humanização do parto e de natividade é um movimento que sugere maneiras menos interventivas para o nascimento. Essa organização começou no Brasil, no começo da década fez à assessoria medicalizada/hospitalar do parto. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

Na concepção de Possati et al. (2017) percebe-se que o contato inicial da gestante deve estar embasado em ações pautadas no atendimento, contribui-se para um atendimento que deve se dar de forma cuidadosa e humano. Explicar sobre a rotina e os procedimentos que serão feitos também auxiliam para que o procedimento do parto seja compreendido pela gestante trazendo para a mesma um contato saudável consciente e preparador para o parto. Portanto pode-se entender o parto como uma experiência de particularidade e singularidade feminina, valorizando o protagonismo da mulher e deixando esta mulher mais confortável para o momento do parto bem como todo seu percurso.

A humanização do parto está associada no respeito nas opções da mulher, no direito a um auxílio digno, respeitoso e sem nenhuma espécie de violência. O parto humanizado deve ser levado a sério por todas as instituições dentre esses em um hospital privado, público etc. É necessário que sejam exercidas práticas que asseguram o direito ao conhecimento e também ao direito que as mulheres gestantes possuem. (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2018).

4.3 O DIREITO DA MULHER

Muitos conceitos analíticos do Direito sugere a fundação de um condicionamento emancipada denominada de “Direito da Mulher” que deve ter como foco as pessoas e não as coisas. A exclusiva limitação nessa parte seria o ponto de vista feminista, não tendo limites entre o direito privado e o direito público. (FACIO, 2000).

Cabe destacar os apontamentos realizados por Revoredo (2006) de acordo com a autora, há duas formas de elaboração desse ponto de vista analítico nas universidades de Direito. A primeira poderia ocorrer de cima para baixo, na qual caberia aos gestores das faculdades o estabelecimento de uma nova visão, dever e fins corporativos, de feito que preste como apoio de uma grade curricular que entusiasme a indagações da ordem sexista do Direito. A autora salienta que a ausência de mulheres na composição das organizações das entidades de ensino superiores, faz com que esse modelo seja de difícil implantação, sugerindo então, uma transformação que ocorra de baixo para cima.

Conforme explica a autora, a transformação pode partir das professoras e dos professores quando estes incorporam, direta ou indiretamente, temas relacionados à discussão do Gênero no Direito, utilizando-se para isso, da prerrogativa da liberdade de cátedra. Neste sentido não apenas servirá para alterar o conteúdo das discussões, como também implicará na adoção de novas metodologias de instrução, eliminando, até mesmo as afinidades entre o corpo docentes e a meios estudantes. (FACIO, 2000).

Observa-se que a fundamentação de um assunto típico das relações sociais, que permita a análise do Direito de forma interligada ao gênero mostra-se essencial para a superação, que sejam combatidos os discursos discriminatórios dentro das próprias entidades. (FACIO, 2000).

Conforme os conceitos descritos acima, cremos que a linguagem do Direito é intrinsecamente ligada ao poder e, sendo o poder estatal baseado em um modelo relacionado ao gênero masculino. (ONU MUJERES, 2011-2012).

Essa linguagem não é visto apenas nas legislações formais, da mesma forma pode ser encontrado nos julgamentos e na forma de organização do sistema judiciário, o que torna essencial o aprofundamento das questões relacionadas às decisões tomadas pelo judiciário fazendo uma análise dos Direitos Humanos. Essa observação mostra-se ainda mais fundamental quando se observa que os conjuntos do sistema judiciário têm virado o principal lugar no qual as mulheres buscam seus direitos. (ONU MUJERES, 2011-2012).

Considerando o notável dever do Direito na descrição de classe e na possibilidade de sua aplicação como título de combate ao preconceito contra as mulheres, com o propósito de se apurar qual a afinidade do Poder Judiciário com

esse tema de extrema relevância à saúde física e psíquica das mulheres. (RAVOREDO,2011).

Cabe enfatizarmos que, em conformidade estará pesquisado no posposto parágrafo, o Brasil não possui legislação formal referente ao tema, sendo este disciplinado apenas por normativas do Ministério da Saúde, o que também demonstra a seletividade das matérias regulamentadas pelo sistema jurídico. (RAVOREDO,2011).

4.4 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O Direito pode ser utilizado como instrumento na luta contra as discriminações das mulheres. Para tanto, é preciso que seja analisado sob uma perspectiva de gênero, que não somente o Direito constitui e fortalece o sermão de inferioridade das mulheres, mas também a ciência e, mais especificamente, a medicina. Todos devem vislumbrar lutar por um processo mais natural do que medicamentoso nas gestações, buscando estudarem as raízes do parto. Essa medicalização, todavia não está necessariamente relacionada à melhora do atendimento no parto e é responsável, inclusive, por danos físicos, psicológicos e sexuais às mulheres.

Quanto o preconceito em oposição à mulher, convém enfatizar que o Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), em seu artigo 1º define “discriminação contra mulher” como:

Toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. (BRASIL, 2002, p. 02).

4.5 FORMAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda-se que as taxas de cesáreas realizadas em determinado país não ultrapassem o índice de 10-15%, uma vez que há comprovações das quais tarifas maiores não se encontram relativos com o decréscimo de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015), no Brasil, mais de 50% dos partos são realizados por meio cirúrgico (GIBBONS, 2010; NASCER NO

BRASIL, 2012). Esse índice alarmante faz com o Brasil seja conhecido como o país que possui o maior índice de cesárias realizadas (SALGADO, 2012).

Conforme Salgado (2012), no país, existe oposição entre parte dos médicos na aceitação das informações tidas como consenso pela comunidade científica internacional. Ao mesmo tempo, medidas benéficas e, inclusive, previstas em lei, são frequentemente desrespeitadas, por exemplo, o direito ao acompanhamento – previsto na Lei nº 11.108/05.

Ressalta-se que, por ser a cesárea considerada efetiva à segurança das mães e bebês apenas em casos excepcionais e de risco evidente, atualmente, sua excessiva utilização pode ocasionar sofrimentos prescindíveis e, até mesmo, subjugar mãe e neonato a consequências graves. Esse fenômeno é denominado de “paradoxo perinatal” por Diniz (2009) e ocorre justamente quando, apesar de haver maior contato à tecnologia e aos sistemas de saúde, não há redução da taxa de mortalidade materna.

De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil (2012), os índices de realização de cesárea são maiores no setor privado do que no setor público (46%). A grande discrepância das taxas se deve a diversos fatores, no meio cujo, a interesse da consumação da cesárea, em motivo das deficiências no treinamento dos médicos na condução de partos complicados e do menor tempo dispendido no parto cirúrgico.

Soma-se o interesse da parição operada, a credulidade difusa de que o parto cesáreo causa menos perigos à mulher e ao recém-nascido, bem como diminui as dores do parto e não atinge a fisiologia da área vaginal, não envolvendo a atividade sexual. Ademais, a constante expedição de normativas que estimulam a realização do parto normal no SUS faz com que as taxas dos partos cirúrgicos sejam menores no setor público. (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 1998).

Conforme Salgado (2012), a execução do parto cesárea na maioria das ocorrências, é justificada pelo pedido da gestante, independentemente de indicação médica.

Todavia, a autora cita o estudo realizado por Potter e Col. (2008; 2012), onde há reconhecimento cuja maioria das cesarianas ocorreu por motivos médicos não citados e dentre essas cesárias as mulheres queriam ter partos normais e não tiveram. A pesquisadora salienta que esses resultados demonstram que, muitas vezes, as mulheres são persuadidas pelos médicos, mesmo que esse procedimento além de mais invasivo ocasiona um chance maior de mortalidade da mulher parturiente.

Dessa forma, um enorme afligimento das mulheres é relacionado à dor durante o parto, bem como ao medo de traumas vaginais. Há ainda a disseminação de que o parto vaginal pode trazer mais riscos ao recém-nascido do que a cesárea. (FAÚNDES; CECATTI,1991).

Fica nítido que a “opção” no ato de partos cesáreas, na maior parte dos fatos, é acompanhada de ausência de transmissão das informações necessárias às mulheres, tornando-as mais vulneráveis e menos ligadas nas deliberações com relação ao parto. A escassez de informação pelas gestantes e também o receio do parto normal gera o surgimento da explosão das cesarianas intrapartos feitas e solicitadas pela gestante. (SALGADO,2012).

Não apenas a inexistência de comunicado envolve vigorosamente a liberdade da mulher na decisão da escolha do parto, mas também a divulgação de informações questionáveis por setores da saúde e pela mídia. A institucionalização e a medicalização de processos fisiológicos femininos fazem com que a representação social do momento do parto seja associada ao sofrimento e à dor, principalmente no que tange à parição natural tendo, a cesariana, a única forma de escapar do tratamento desumano dispensado às gestantes durante o trabalho de parto. (SALGADO,2012).

As excessivas e desnecessárias intervenções realizadas pelos médicos mesmo nos partos não cirúrgicos são relacionadas ao medo do parto normal. De acordo com Salgado (2012), esses procedimentos possuem forte caráter discriminatório, punitivo e correcional dirigido às parturientes, sendo citadas, a indução ou aceleração do parto com ocitocina - métodos que faz, em modo geral, extrapolar a barreira de razoabilidade da dor - e com a rotura artificial ou com a descolagem manuseável das membranas, a episiotomia (interferência cirúrgica que se constitui numa cesura na área do períneo, para aumentar o canal e facilitar o parto, normalmente realizado em casos de partos instrumentalizados). Esses procedimentos, em especial a episiotomia, são capazes de transformar até o parto normal em um procedimento cirúrgico.

Muitas pesquisas da mesma forma mostram a ocorrência do fenômeno intitulado de tocofobia nas parturientes. Podemos estabelecer a tocofobia como o medo exagerado do parto (PEREIRA, FRANCO, BALDIN, 2011) ou, conforme ressalta Salgado (2012), como o medo irracional do parto cesariano.

Ao descrever a tocofobia, Pereira, Franco e Baldin (2011) destacam que: “os sentimentos refletem os significados de seu meio, são ecos dos conceitos culturais sobre o parto alimentados pela desinformação, a mídia, os relatos de outras mulheres e o modelo de assistência obstétrica”.

Denominados de “conto do parto normal”, versão obstétrica do conto do vigário, nas quais muitas mulheres acreditam, durante todo o período da gestação, que o médico realizará o parto normal. Todavia, em regra, ao final do parto, tomam conhecimento da predominância das cesarianas realizadas pelos médicos. (SODRÉ 2010 *apud* SALGADO, 2012).

Não somente o excesso de realização de cesáreas no Brasil e a prática de procedimentos desnecessários e dolorosos à mulher no momento do parto integram o conceito de violência obstétrica. A privação da presença de um acompanhante pode ser também considerada como uma séria restrição aos direitos da gestante. (DOSSIÊ,2012).

Apesar dos inúmeros benefícios que a presença de um acompanhante pode trazer à parturiente, dentre os quais, a diminuição do tempo de trabalho de parto, o aumento da confiança, a menor necessidade de medicação e analgesia e a diminuição da ansiedade, tanto no parto normal, como no parto cirúrgico, ainda há grande restrição ao acompanhamento no momento do parto e no pós-parto. (DOSSIÊ,2012).

Como tentativa de coibir a violência nos partos, a Lei nº 11.108/05 instituiu que nos serviços de partos do SUS, que a gestante teria direito a um acompanhante no momento do parto. Observa-se, portanto, a intenção era possibilitar que a mulher tenha o direito não somente de ser acompanhada, mas também de escolher o acompanhante. Dessa forma, não pode haver restrição na escolha da mulher, nem do tempo de permanência do acompanhante no momento do parto. (BRASIL, 2012).

Percebe-se porém, que a lei além de nem sempre ser conhecida pelas gestantes também passou por um processo de implementação lento devido a própria infraestrutura dos hospitais e maternidades, incluindo a falta de alimentação ao acompanhante e a acomodação indevida. Ademais, muitas vezes, há a cobrança de taxas para possibilitar acompanhamento à parturiente. (BRASIL, 2012).

Muitos hospitais particulares e outros atendimentos privados compreende que a Lei se aplica somente ao SUS, tendo em vista a literalidade de seu texto. Todavia, referida legislação acrescenta o direito ao acompanhamento no parto à lei nº

8.080/90. Desse modo, o direito ao acompanhamento é aplicável a todas as instituições de saúde, não somente às públicas.

Outra violência comumente identificada corresponde à realização de procedimentos desnecessários com a exclusiva finalidade didática, sendo uma prática recorrente em hospitais-escola. É claro que o treinamento dos profissionais da saúde é importante (DOSSIÊ, 2012).

No entanto, é essencial que o profissional em treinamento seja orientado a respeitar a integridade da mulher, bem como a duração normal do trabalho de parto, incompatíveis com a utilização de procedimentos desnecessários, tais como, a episiotomia desnecessária, a realização de diversos exames de toque vaginal, dentre outros procedimentos realizados com a exclusiva finalidade didática. (DOSSIÊ, 2012).

A separação da criança e da mãe após o nascimento, omissão no atendimento e falta de respeito aos valores culturais e religiosos da mulher. Nesse sentido, Dias (2002) explica que a violência simbólica é aquela na qual não há o emprego de força física, mas sim da utilização de coação e medo, por meio de chantagens e torturas psicológicas.

Observa-se que a violência obstétrica se manifesta de diversas formas nos hospitais brasileiros, sendo todas elas, resultado de uma cultura de patologização de processos naturais das mulheres e do fenômeno conhecido como “industrialização” do parto ou institucionalização do parto. Esse fenômeno aproveita da fragilidade e da paciente diante do conhecimento médico, em motivo, acima de tudo, das dessimetrias de domínio implicadas nessa relação e da falta de transmissão de informações baseadas em evidências médicas pelos profissionais da saúde às parturientes.

Tomando-se em consideração que a mulher desempenha um papel “secundário” durante o parto, há uma cultura médica de que não importam os meios que levaram ao nascimento, mas sim se a mãe e o bebê estão vivos e “saudáveis” após o parto (SALGADO, 2012). Verifica-se que há total desconsideração das possíveis violências física e psicológica aturada por parte da parturiente no decorrer do pré-parto, parto até mesmo após o parto: “o produto final mais desejável da concepção é um hodierno integrante da sociedade, o recém-nascido; a hodierna mãe é um resultado em segundo plano”. (HELMAN, 2009, p. 155).

4.6 SAÚDE PÚBLICA NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A responsabilidade de fiscalizar e melhorar a humanização do parto em redes privadas e públicas é um dever do Ministério Público, de encarar a política de humanização do parto onde as gestantes devem conhecer seus direitos frente ao momento do parto, instante este de sua importância para mulher, reunindo denúncias e intimando os responsáveis pelos serviços e pelo ensino para uma conversa sobre as transformações importantes. Essas situações ocorreram através do incentivo e participação direta de grupos de mulheres, tinha como objetivo revelar a mulher quais são seus direitos tanto no momento do parto quanto antes dele, ou seja, dentro do processo da gestação até o nascimento da criança. (DINIZ, et al, 2015).

Desenvolver pesquisas e avanços de indicadores de violência obstétrica, é um dos desafios nos dias de hoje incide no desenvolvimento de políticas públicas de conscientização no que tange o conhecimento da mulher e seus desejos no momento do parto para que a violência obstétrica possa ser combatida”. (HELMAN, 2009).

A precaução e a superação desta forma de violência busca o comprometimento de todos os envolvidos com a assistência, por coagir o preciso destemor para a integração de abalroadas revolucionárias, tal como a maiores indícios de confiança dos indivíduos, como do progresso dos seus benefícios nos atos de saúde. (DINIZ, et al, 2015).

4.7 REDE CEGONHA

No que se refere à humanização do parto, pode ser considerada como o momento em que a gestante passa seus últimos momentos com seu filho no ventre e neste momento tão importante ela possa escolher a forma de parto, bem como ser tratada de forma digna e com atenção necessária para que possa ter a criança de forma respeitosa e cuidadosa. (POSSATI et al.,2017).

É possível perceber que com o surgimento do parto em instituições hospitalares e acompanhamento de profissionais a opinião da gestante restou prejudicada nesse momento que seria somente dela e seu bebe, isso porque através

de estudos os pesquisadores querem impor tipos de partos que nem sempre é o desejo da parturiente. (POSSATI et al.,2017).

Com o propósito de atingir o objetivo cinco do desenvolvimento do milênio, qual seja a melhoria da saúde materna, o Brasil lançou diversos programas com o intuito de diminuir a mortalidade dos recém nascidos bem como das gestantes, entretanto, o investimento no acesso aos serviços não tem ocasionando enormes efeitos na letalidade materna. (DINIZ, 2009).

Essa é a situação que pode ser encarada como “paradoxo perinatal”, pois consiste no reconhecimento de que a habilitação dos profissionais de acompanhamento ao parto é essencial. Contudo, o excesso da medicalização acompanhado pela ausência da realização de técnicas e estratégias fundamentadas em indícios não são o bastante em direção a ampliação da segurança da mãe e do bebê. Nesse sentido, a pesquisadora destaca que “no auxílio ao parto no Brasil iremos lidar com o péssimo dos dois universos: a enfermidade e o óbito na ausência de tecnologia adequada, e a enfermidade e o óbito por excedente de tecnologia inadequada”. (DINIZ, 2009).

Em discussão no que tange a forma técnica de auxílio no parto, parturientes, médicos e enfermeiras da saúde passam a se organizar para exigir a implementação de políticas públicas que incentivem e tenham consideração ao parto de forma humana e natural, assim como de maneira hospitalar e domiciliar, aliar com o reconhecimento e com a qualificação de parteiras e doulas que são responsáveis nos períodos pré-parto, do parto e pós-parto e com o consequente resgate do parto como atividade essencialmente feminina.

De modo geral, pode ser entendido como aquele realizado com a menor quantidade de intervenções médicas e farmacológicas possível, o qual tenha consideração ao estado físico e emocional de qualquer mulher que esteja para parir, ocorrido em ambiente conscientizador e permissivo pela parturiente, bem como adequado para que possa trazer segurança, informado para todos os procedimentos que possam ser realizados, sempre com observância da medicina baseada em evidências. (CARNEIRO, 2011).

Cada dia mais o parto humanizado tem sido uma escolha aconselhável pelos profissionais de saúde, e também pelas gestantes, pois visa uma recuperação valorada da mulher após o parto bem como uma forma mais humana de conceber a criança. (MARTINS, 2003).

O parto humanizado requer ainda que o pai da criança consegue ficar junto todo o tempo da puérpera, a mesma ganha um atendimento especial e ambiente que condiz com o momento da concepção do bebê, o ambiente é muito importante. (BRASIL, 2002).

4.8 MOVIMENTOS SOCIAIS NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

De acordo com Odent (2003), nos Estados Unidos e na Europa, durante o século XX vários movimentos já se manifestavam contra a “industrialização do parto”, principalmente após a década de 20. Após a Segunda Guerra Mundial a mobilização foi mais expressiva, com o aparecimento de movimento nacional com o objetivo de propor alternativas ao parto institucionalizado.

Assim como em um estudo levantado por Odent (2003), ele menciona a *National Childbirth Trust* (NCT) no Reino Unido, movimento fundado por mulheres que achavam que as parturientes não possuíam informações suficientes sobre a gravidez, e o parto gerava medo e dor às mulheres. Movimentos semelhantes e com o objetivo de devolver à parturiente o papel ativo no parto surgiram não somente no Reino Unido, como também na Itália e na Alemanha.

O Movimento *hippie* e da contracultura, junto à importância do parto normal, cuja principal experiência foi verificada na comunidade conhecida como *The Farm* nos Estados Unidos, esse também foi um importante movimento no que tange o parto. (GASKIN, 2003 *apud* DINIZ, 2005).

Diniz; Duarte (2004), os movimentos pelo parto humanizado ganham respaldo da chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE), movimento internacional surgido na década de 1980. De acordo com o movimento, a medicina é baseada em muitas pesquisas tendenciosas e que, às vezes, acabam estimulando a prática de procedimentos desnecessários e danosos. Dessa forma, foi organizada uma iniciativa internacional, denominada de Colaboração *Cochrane*, como forma de sistematizar o conhecimento menos tendencioso. Esses estudos são realizados com base em uma metodologia a qual possa analisar se o método ou tratamento é de fato, seguro.

No parto, tem-se como exemplo a prática reiterada da episiotomia sem que haja evidências sólidas de benefícios para a mãe e para ao bebê. Na verdade, a

evidência que temos é de que as pesquisas utilizadas pelos defensores do procedimento apenas eram relacionadas ao modo de realização do procedimento e não à sua eficácia ou segurança. (DINIZ, DUARTE, 2004).

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) surgiu em 1993 e teve como inspiração o trabalho de atenção mais humanizada ao parto, realizado pelo médico, José Galba de Araújo, professor da Universidade Federal do Ceará - que implantou um sistema misto de atenção ao parto, com destaque às parteiras tradicionais, ao parto domiciliar e às casas de parto – e Moysés Paciornik e seu filho Cláudio Paciornik – a qual transmitiram a parição de agachadas em conformidade nos modos dos indígenas kaingangue. (BRASIL,2014)

Referida rede, em seu início, teve muitas dificuldades ao tentar determinar uma opção ao parto e à agressão institucionalizada no parto. Para ilustrar essa dificuldade, cabe destacar o comentário de uma das fundadoras da rede:

Conforme a supramencionada rede, podem ser visualizadas diversas contribuições do movimento da humanização do parto, tanto quando a propagação de conhecimentos à sociedade, a contribuição para a formulação de políticas públicas, a resistência na imposição de procedimentos não humanizados à mulher e o estímulo na formação de profissionais para atenção humanizada ao parto (Ministério da Saúde, 2014).

Cabe destacar o movimento local no Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte. Referido hospital contou com a participação da comunidade desde o momento de sua criação e conta com o trabalho voluntário e acompanhamento para mulheres e recém-nascidos, sendo considerado como referência no que tange o parto humanizado. (BRASIL,2014).

Alguns profissionais de saúde, em consonância a Associação Comunitária de Amigos e Usuários e com a direção do supramencionado hospital, idealizaram o projeto denominado de “Doula Solidária”. O plano, entre o acordo ao meio da sociedade e hospital, proporciona o domínio social, junto a participação ativa na assistência prestada às parturientes. (LEÃO; BASTOS,2001).

Também podemos salientar a Marcha do Parto em Casa (MPC), feita em junho de 2012 e que recebeu grande destaque pela mídia. O movimento surgiu após denúncia realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), devido

à defesa do parto domiciliar pelo professor de Obstetrícia Jorge Francisco Kuhn em entrevista a alguns programas. (BRASIL, 2014).

O movimento ainda conseguiu o apoio do Ministério da Saúde, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), do Conselho Federal de Medicina, dos Conselhos Regionais de Medicina da Bahia e de Pernambuco, do Conselho Nacional de Saúde, da Associação Brasileira de Saúde e do Centro Brasileiro de Estudos sobre Saúde (Cebes). (BRASIL, 2014).

Apesar de ainda não se ter chegado ao resultado definitivo da ação, o Movimento do Parto em Casa obteve grande repercussão midiática na defesa da humanização do parto e da natividade e da independência de triagem e liberdade de ponto de vista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica está presente na vida de algumas parturientes, quando realizado procedimentos desnecessários que venham feri-las de alguma forma, na maioria das vezes ela é resultado da ausência de consentimento na realização das intervenções e escolhas durante o parto. Por isso, uma boa forma para evitar essa violação é preparar a gestante, informando e perguntando como prefere passar pelas diversas etapas do trabalho de parto e como gostaria que seu filho fosse cuidado após o nascimento, quais procedimentos que ela quer e quais procedimentos prefere evitar, se possível.

Não existe uma lei definindo o que é violência obstétrica no Brasil. A Organização Mundial da Saúde se refere a estes procedimentos como abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em estabelecimentos de saúde e as avalia como uma violação dos direitos humanos.

A OMS objetiva conscientizar através da humanização e conseqüentemente capacitar os profissionais da saúde, reduzindo assim os índices de prevalência desta violência, assim oferecendo um momento mais agradável, respeitando e zelando mãe e filho, para que a parturiente não sofra em um dos momentos mais importantes de sua vida.

Nesse sentido, é importante que os representantes dos profissionais de saúde e o Governo, se unam para adotar cada vez mais políticas públicas voltadas a extinguir as condutas inadequadas, que resultam no tratamento desumano sofrido pelas gestantes. Pois quanto maior for a conscientização e capacitação dos profissionais de saúde, e quanto mais claras forem as informações passadas para as gestantes, menor será os índices de violência durante os trabalhos de parto.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BARSTED, Leila Linhares. Lei Maria da Penha: uma experiência bem-sucedida de advocacy feminista. In: Campos, Carmen Hein (org.). Lei Maria da Penha, comentada em uma perspectiva jurídico-feminista. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

BESSA, Lucineide Frota; FERREIRA, Sílvia Lúcia. Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. Salvador: GRAFUFBA, 1999.

_____. Humanização do parto e do nascimento. Cadernos HumanizaSUS ; v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf >. Acesso em: 13.ago. 2015.

_____. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf >. Acesso em: 20.abr. 2015.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

DEL PRIORE, Mary. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer Ribas. O “des”cuidado em saúde: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2002.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.13 n. 5. Rio de Janeiro: Sept./Oct. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017>.

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomia em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2006.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. Parto normal ou cesárea/: o que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004.
DINIZ, Simone Grilo. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.*, 19(2): 313-326, 2009.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 627-637, 2005.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo: 2002.

DOSSIÊ. Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília: 2012.

Disponível em: <

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

Acesso em: 20 jun. 2015.

EI DIARIO DE MISIONES. Abrirán el primer Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina. Argentina: 2015. Disponível em: < <http://ht.ly/SF5bC>>. Acesso em: 23. Set. 2015.

FACIO, Alda; FRIES, Lorena. Feminismo, género y patriarcado. *Revista sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, Buenos Aires, año 3, n. 6, p. 259-294, 2005.

FACIO, Alda. Hacia otra teoría crítica del derecho. In: HERRERA, Gioconda (Coord.). *Las fisuras del patriarcado, Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Quito, Ecuador: FLACSO, 2000.

_____. ¿Igualdad y/o Equidad. Nota para la igualdad n. 1. Políticas que transforman: una agenda de género para América Latina y el Caribe, 2011. Disponível em:

<[http://americalatina genera.org/newsite/index.php/es/centro-de-](http://americalatina genera.org/newsite/index.php/es/centro-de-recursos?title=Notas+para+la+Igualdad&search=enviado&keyword=&autor=&pais=&anio=&open=cri1383)

[recursos?title=Notas+para+la+Igualdad&search=enviado&keyword=&autor=&pais=&anio=&open=cri1383](http://americalatina genera.org/newsite/index.php/es/centro-de-recursos?title=Notas+para+la+Igualdad&search=enviado&keyword=&autor=&pais=&anio=&open=cri1383)>. Acesso em: 06 jul. 2015.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad. Saúde Pública, vol.7 n. 2. Rio de Janeiro: Apr./June 1991.

FMDH, Fórum Mundial de Direitos Humanos. Violência obstétrica pede que tema seja incluído na carta do FMDH. 2013. Disponível em: < <http://fmdh.sdh.gov.br/index.php/noticias/302-violencia-obstetrica-pede-que-tema-seja-incluido-na-carta-do-fmdh>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. São Paulo: 2010. Disponível em: < <http://csbh.fpabramo.org.br/node/7247>>. Acesso em: 14. Jun. 2015.

GIBBONS, Luz et. at. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf>>. Acesso em: 20. set. 2015.

GROSSI, Patrícia Krieger. Avanços e desafios da Lei Maria da Penha na garantia dos direitos das mulheres no RS. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis: 2012. Disponível em: < http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386620845_ARQUIVO_PatriciaKriegerGrossi.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. Tradução: Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital Sofia Feldman. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.9 n.3. Ribeirão Preto: Mai. 2001.

LEÃO, Viviane Murilla; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de. O papel da doula na assistência à parturiente. REME: Revista Mineira de Enfermagem. 10(1): 24-29, Belo Horizonte: jan./mar., 2006.

MINAS GERAIS, Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 406.288-6. Relator: Des. Albergaria Costa. Belo Horizonte. J. em: 15 out. 2003.

NASCER NO BRASIL. Projeto - Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/principais-resultados2/>>. Acesso em: 20. Jul. 2015.

ODENT, Michel. O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Tradução: Sarah Bauley. São Paulo: Editora Ground, 2003.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2015. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 20. jun. 2015.

OSAVA, Ruth Hitomi. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. Tese (Doutorado em saúde pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2007.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. Rev. Bras. Anestesiol. vol.61, n.3. Campinas: Mai./Jun. 2011.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; BESSA, Gina Hunter de; FONSECA, Maria do Carmo. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. XI Encontro Nacional de Estudos populacionais da ABEP, 1998. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a126.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

REVOREDO, Marisol Fernández. Usando el género para criticar al Derecho. Revista de la Facultad de Derecho PUCP. N. 59, p. 357-369. Lima, Peru: 2006.
ONU MUJERES. El progreso de las Mujeres en el mundo: En busca de la Justicia, 2011- 2012.

RIO DE JANEIRO, Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Agravo inominado em apelação cível n.º 0087049-04.2005.8.19.0001. Relator: Des. Mauro Dickstein. Rio de Janeiro. J. em: 19 ago. 2014.

_____. Apelação nº 0068413 - 53.2006.19.0001. Relator: Des. Alexandre Freitas Câmara. J. em 18 ago. 2010.

_____. Apelação cível n.º 0122777-09.2005.8.19.0001. Relator: Des. Gabriel Zefiro. Rio de Janeiro. J. em: 07 mar. 2012.

_____. Apelação cível n.º 2008.001.28159. Relator: Des. Roberto de Abreu e Silva. Rio de Janeiro. J. em: 05 ago. 2008.

RUIZ, Alice. Cuestiones acerca de Mujeres y Derecho. Revista Aportes. Buenos Aires, Argentina, n. 25, p. 115-121, 2009.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012

SÃO PAULO, Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação nº 0333802-04.2009.8.26.0000. Relator: Des. Silvia Sterman. J. em 3 jun. 2014.

_____. Apelação nº 296.280-5/0-00. Relatora: Des. Vera Angrisani. J. em 11 set. 2007.

_____. Apelação nº 3000651-68.2013.8.26.0634. Relator: Des. Sidney Romano dos Reis. São Paulo. J. em: 22 jun. 2015.

_____. Apelação nº 455.553-4/1-00. Relator: Des. Sebastião Carlos Garcia. São Paulo. J. em 11 dez. 2008a.

_____. Apelação nº 473.357-4/9-00. Relator: Des. A. C. Mathias Coltro. São Paulo. J. em 16 set. 2009.

_____. Apelação nº 547.533-4/6-00. Relator: Des. Morato De Andrade. São Paulo. J. em 29 jul. 2008b.

_____. Apelação nº 9187209-81.2008.8.26.0000. Relator: Des. Adilson de Andrade. São Paulo. J. em 20 mar. 2012.

SEVERI, Fabiana Cristina. Direitos Humanos das mulheres e a Transversalidade de gênero no sistema de Justiça. Revista de Estudos Jurídicos, Franca, v. 15, n. 22, p. 325-338, 2011.

_____. Violência e discriminação contra as mulheres e o acesso à justiça: algumas considerações sobre os desafios em se construir uma Justiça de Gênero. In: PONZILACQUA, Márcio Henrique Pereira (Org.). Violência Doméstica, Agressão Sexual e Direito: da constatação ao enfrentamento pela perspectiva transdisciplinar. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2013.

SMART, Carol. La teoría feminista y el discurso jurídico. In BIRGIN, Haydée. El derecho em el gênero y el gênero em el derecho. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2000, p. 31-71.

SUPREMA CORTE DE JUSTIÇA DO MÉXICO. Protocolo para juzgar con perspectiva de gênero: haciendo realidad el derecho a la igualdad. México: 2013.

WILLIAMS, Patricia. "La Dolorosa prisión del Lenguaje de los Derechos". In: La Crítica a los Derechos. Bogotá: Uniandes, Instituto Pensar y Siglo del Hombre Editores, p. 43-74. 2003.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.