



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMIÁRIDO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS HUMANAS E APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

JOYCE NAYANNE PEREIRA ROCHA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DAS
MULHERES: UMA ANÁLISE SOBRE A ASSISTÊNCIA AS PARTURIENTES
NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

MOSSORÓ – RN

2019

JOYCE NAYANNE PEREIRA ROCHA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DAS
MULHERES: UMA ANÁLISE SOBRE A ASSISTÊNCIA AS PARTURIENTES
NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Direito do Departamento de Ciências Sociais Humanas e Aplicadas da Universidade Federal Rural do Semiárido, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Gilmara Joane Macêdo de Medeiros.

MOSSORÓ – RN

2019

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

R672v Rocha, Joyce Nayanne Pereira.
A violência obstétrica como violação dos direitos das mulheres:
uma análise sobre a assistência as parturientes no município de
Mossoró/RN. / Joyce Nayanne Pereira Rocha. - 2019.
84 f. : il.

Orientadora: Gilmara Joane Macêdo de Medeiros.
Monografia (graduação) - Universidade Federal Rural do Semi-
árido, Curso de Direito, 2019.

1. Violência obstétrica. 2. Violência de gênero. 3. Direitos
reprodutivos. 4. Parto. 5. Humanização. I. Medeiros, Gilmara Joane
Macêdo de, orient. II. Título.

JOYCE NAYANNE PEREIRA ROCHA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DAS
MULHERES: UMA ANÁLISE SOBRE A ASSISTÊNCIA AS PARTURIENTES
NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada a Universidade
Federal Rural do Semiárido como
requisito para obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Defendida em: 20 /12 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Gilmara Joane Macêdo de Medeiros (UFERSA)
Presidente

Professora Doutora Lizziane Souza Queiroz Franco De Oliveira (UFERSA)
Membro Examinadora

Professora Doutora Lucineire Lopes de Oliveira (UERN)
Membro Examinadora

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me permitido ter chegado até aqui. Para mim, mulher negra, egressa de escola pública a universidade de Direito era algo distante, mas Ele, em sua infinita misericórdia fez muito mais do que pedi ou pensava.

À minha mãe, que me cobre incessantemente com suas orações e com seu amor incondicional. Nunca vou conseguir expressar em palavras toda a minha gratidão por ter, tão jovem, passado por todas as provas para me fazer chegar mais longe. Você é minha maior inspiração de persistência. Obrigado por não desistir de mim e me dar forças para nunca desistir de nada.

Ao meu pai (*in memoriam*), por ter me ensinado, ainda na minha infância, que a educação e o conhecimento são coisas unicamente minhas e que ninguém nunca poderá tirar de mim.

Ao meu esposo, por estar nessa jornada comigo, me dar forças, aconselhar e ser meu lugar de calma.

À minha filha, por me dar a experiência mais empoderadora da minha vida, obrigada por mexer com todos os meus conceitos e me transformar profundamente. Ser estudante e mãe não é uma caminhada fácil, mas eu caminharia quantas vezes fosse preciso por você.

Aos meus amigos, Gustavo, Ingrid e Rafael com quem dividi tristezas e alegrias durante o curso e na vida, obrigada por fazer a caminhada mais leve por me salvarem sempre que possível.

À Taina, uma das primeiras pessoas com quem falei sobre esse projeto e me deu indicações iniciais para que eu pudesse realizá-lo.

À minha orientadora pela disponibilidade e paciência de me guiar nessa caminhada tão importante para minha vida acadêmica.

À banca examinadora que se dispôs a ler e contribuir para este trabalho.

Por fim, à UFRSA, aos professores (as), e aqueles que não foram citados, mas que de alguma forma me auxiliaram academicamente, me tiraram da minha zona do conforto e me fizeram ver o mundo de uma forma nova e desafiadora.

“Existe um segredo em nossa cultura e não é sobre o parto ser doloroso, é sobre as mulheres serem fortes.”

Laura Stavoe Harm.

RESUMO

Este trabalho analisa a assistência dispensada as mulheres no Município de Mossoró/RN antes, durante e depois do parto, sob ótica dos profissionais da saúde e parturientes. Trata-se de pesquisa que envolve os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres sob perspectiva da humanização do parto e das recentes discussões acerca da violência obstétrica. O presente estudo tem como objetivo analisar se as mulheres têm sofrido violência obstétrica, os meios e agentes praticantes da violência, bem como se as parturientes têm consciência da violação. Para tanto, foram feitas entrevistas com os profissionais responsáveis pela assistência das gestantes e puérperas: doulas, enfermeiras obstétricas, médicos obstetras, como também com as mulheres, agentes que vivenciaram a experiência do parto. Tomando por base as experiências vividas pelas puérperas, percebeu-se que a violência obstétrica sofre influências culturais, apresentando-se de maneira mais sutil, de forma que nem sempre as parturientes se reconhecem como vítimas desta violência.

Palavras-Chave: Violência obstétrica. Violência de gênero. Direitos reprodutivos. Parto. Humanização. Autonomia.

ABSTRACT

This paper analyzes the care provided to women in the Municipality of Mossoró/RN before, during and after childbirth, from the perspective of health professionals and parturients. This research involves the reproductive and sexual rights of women from the perspective of the humanization of childbirth and recent discussions about obstetric violence. This study aims to analyze whether women have suffered obstetric violence, the means and agents practicing violence, as well as whether parturients are aware of the violation. Therefore, interviews were conducted with the professionals responsible for the care of pregnant and postpartum women: doulas, obstetric nurses, obstetricians, as well as with women, agents who experienced the experience of childbirth. Based on the experiences lived by the mothers, it was noticed that obstetric violence suffers cultural influences, presenting itself in a more subtle way, so that parturients do not always recognize themselves as victims of this violence.

Keywords: Obstetric Violence. Gender Violence. Reproductive Rights. Childbirth Humanization. Autonomy.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Perfil etário	53
TABELA 2 – Estado Civil das mulheres pesquisadas.....	53
TABELA 3 – Presença de acompanhante desde a admissão no hospital até o trabalho de parto.....	54
TABELA 4 – Renda familiar.....	55
TABELA 5 – Cor.....	55
TABELA 6 – Escolaridade.....	56
TABELA 7 - Informações prestadas durante o pré-natal – tratamentos e exames.....	56
TABELA 8 - Informações sobre risco e benefícios do parto normal e cesárea.....	56
TABELA 9 - Experiência de parto.....	57
TABELA 10 – Indicações de cesáreas no SUS, realizados na maternidade.....	58
TABELA 11 – Indicações de cesáreas NÃO SUS, realizados na maternidade.....	58
TABELA 12 – Indicações de cesáreas nos hospitais X e Y.....	60
TABELA 13 – Alimentação durante trabalho de parto.....	62
TABELA 14 – Movimentação durante trabalho de parto.....	62
TABELA 15 – Tratamento recebido pela equipe.....	63
TABELA 16 – Bebê em contato pele a pele com a mãe, imediatamente após o parto.....	64
TABELA 17 – Estímulo à amamentação nos primeiros minutos de vida.....	64
TABELA 18 – Motivos para escolher o parto humanizado.....	64
TABELA 19 – Intervenções realizadas.....	65
TABELA 20 – Mulheres e a percepção da violência obstétrica.....	68

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I.....	14
COMPREENENDO O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES	14
1.1. Reconhecendo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres	14
1.2. A “dor” do parto.....	19
1.3. A violência obstétrica como violação dos direitos das mulheres.....	21
CAPÍTULO II.....	25
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS E TIPOS	25
2.1 A violência obstétrica de caráter físico	25
2.2 A violência obstétrica de caráter psicológico	25
2.3 A violência obstétrica de caráter sexual.....	26
2.4 A violência obstétrica de caráter institucional	27
2.5 A violência obstétrica de caráter material.....	27
2.6 A violência obstétrica de caráter midiático	28
2.7. A violência obstétrica no ordenamento jurídico – aparo legal para as vítimas ..	28
2.8. Uma nova perspectiva: a humanização do parto	32
CAPÍTULO III – A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	38
3.1. A assistência ao parto no município de Mossoró/RN	38
3.2. Assistência ao parto: a perspectiva da doula	39
3.3. Assistência ao parto: a perspectiva da enfermeira obstétrica	43
3.4. Assistência ao parto: a perspectiva dos médicos obstetras	48
3.5. Assistência ao parto: a perspectiva das gestantes	55
CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÊNDICE A.....	81
APENDICE B.....	82

INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres estão em constante disputa, essencialmente pelo recente reconhecimento destes como direitos fundamentais das mulheres. Em função disso, a luta pelo parto respeitoso e humanizado ainda é fruto de debates recorrentes, pois, muito embora advenha de direitos já reconhecidos, ainda não há em nosso ordenamento jurídico lei específica que garanta um parto humanizado às mulheres.

Consequentemente, não é raro os relatos de violência obstétrica sofrida pelas mulheres nos serviços de saúde. Segundo estudo *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010) 1 em 4 mulheres já sofreu algum tipo de violência obstétrica. Essa violência é praticada em razão do gênero feminino, perpetuada na gestação, parto, pós-parto e contra mulheres em situação de abortamento, tem como agentes os diversos profissionais de saúde e de atendimento à parturiente.

Embora seja um tipo de violência comumente sofrido pelas mulheres, não existe no Estado brasileiro regulamentação específica para o problema. Atualmente, três projetos de Lei estão em trâmite no Congresso, assim, a falta de tipificação quanto esse tipo de violência deixa uma lacuna no ordenamento jurídico, fazendo com que muitas mulheres tenham seus corpos e vontades violadas antes, durante e depois da gestação. Em outra perspectiva, a busca pelo parto humanizado desponta como uma alternativa para assegurar as parturientes um parto seguro e respeitoso.

Analisando as produções científicas na área, é perceptível que o tema não tem tido o enfoque necessário por parte dos estudiosos do direito. Grande parte dos trabalhos publicados tem enfoque maior nos danos ocasionados por essa modalidade de violência à saúde das parturientes e neonatos, existindo poucos trabalhos que abordam o tema sobre o ponto de vista sociojurídico, desconsiderando o reconhecimento desta modalidade de violência como inserida numa espécie mais ampla que é a violência de gênero, isto é, aquela que se pratica e cujo objeto é dirigido e voltado para as mulheres e/ou tudo aquilo que se liga ao feminino em nossa sociedade.

Tal trabalho tem como propósito contribuir para as discussões sobre o tema através da análise da assistência dispensada as parturientes do município de Mossoró, durante a gestação e após o parto, verificando se essa assistência está em consonância com as orientações das principais normativas dos Órgãos responsáveis, tais como, o Ministério da saúde e a Organização Mundial de Saúde, perpassando pelas disputas de

gênero que emanam desse tipo de violação, a qual mulheres são submetidas.

O anseio por pesquisar acerca dos direitos reprodutivos e sexuais iniciou-se após esta pesquisadora passar pela experiência da maternidade, onde vários questionamentos surgiram ainda na gestação, o principal deles era: Terei minha dignidade e autonomia respeitadas em um dos principais momentos na minha vida? Como mulher, percebi já no consultório médico que a busca por um parto natural e humanizado seria uma batalha cotidiana.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo verificar a assistência dispensada as parturientes no Município de Mossoró, avaliando a ocorrência de violência obstétrica, bem como a percepção das gestantes acerca da assistência recebida.

Nessa senda, para a realização do estudo, foram ouvidos diversos profissionais da saúde que desenvolvem a assistência as parturientes no município. A saber, uma enfermeira obstétrica, uma doula e dois médicos obstetras.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas na maternidade e nos escritórios dos mesmos. Ressalte-se que foram contatados outros profissionais, dentre eles, auxiliar de enfermagem e enfermeiros, bem como 11 médicos obstetras, porém apenas 2 médicos aceitaram participar da presente pesquisa. Nas entrevistas, os profissionais foram questionados acerca dos procedimentos realizados na assistência, a percepção sobre violência obstétrica e parto humanizado.

De outra sorte, como forma de ouvir um maior número de parturientes, foi realizada pesquisa por meio de questionários com as mulheres. Para tanto, em um período de duas semanas foram colhidas 64 respostas, enviadas por meio de questionário eletrônico, tais questionários foram enviados para grupos de mulheres e gestantes no *whatsapp*, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e por convênios particulares, tendo como maior alvo as mulheres que tiveram experiências de parto na maternidade da cidade, uma vez que os demais hospitais não realizam parto natural.

Nesse questionário, aplicado com as parturientes, foi feito um perfil socioeconômico das mulheres que buscam o parto humanizado, buscando analisar se houve diferenciação no tratamento ofertado, assim como os aspectos gerais que envolveram o pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto, verificando se a assistência dispensada as mulheres obedece aos critérios estabelecidos nos principais órgãos de saúde como a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil.

CAPÍTULO I

COMPREENDENDO O RECONHECIMENTO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES

No presente capítulo discorreremos sobre o processo de discussão e reconhecimento jurídico, sobretudo, no âmbito internacional, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Buscaremos situar algumas das características culturais que ainda dificultam o seu reconhecimento, bem como são um dos principais fatores para o enraizamento de práticas que podem ser caracterizadas como violência obstétrica.

1.1. Reconhecendo os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres

As primeiras discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos foram centralizadas nas reivindicações das mulheres por autonomia corporal e controle da sua fecundidade, voltadas, em especial, para os debates relativos à saúde reprodutiva (MIRIAM VENTURA, 2009, p. 22). De maneira geral, pode-se afirmar que o debate sobre a sexualidade e reprodução das mulheres é tema reivindicado pelos movimentos de mulheres, em especial, pelo movimento feminista.

A autora Laura Davis Mattar (2008, p.73) enfatiza que a conquista de direitos pelas mulheres está absolutamente atrelada com a conquista de espaços na sociedade e crescimento do movimento feminista, uma vez que todo o ordenamento jurídico era feito por homens e para homens, excluindo as mulheres dessa narrativa, e, conseqüentemente, os direitos humanos inerentes ao gênero feminino que permaneceram por muito tempo sem a regulação estatal.

A liberdade e autonomia corpo feminino tem passado por diversas formas de controle, pelos homens e pelo Estado, devido ao regime patriarcal que rege a nossa sociedade. Heleieth Saffioti (2004) explica o patriarcado como uma a forma de dominação das mulheres pelos homens, tendo como núcleo central o controle da sexualidade feminina, onde sua estrutura de poder perpassa por todos os nichos da sociedade, se perpetuando através da violência.

Nesse sentido, para a referida autora o patriarcado se apropria do discurso de suposta fragilidade do corpo feminino e a naturalização da masculinidade e corpo forte

do homem, normatizando as condutas de mulheres (como frágeis) e de homens (como dominadores).

Corroborando com a tese de que tais papéis sociais são reforçados em função do gênero, a autora Flávia Biroli (2014, p.7) diz “o gênero é, assim, um dos eixos centrais que organizam nossas experiências no mundo social. Onde há desigualdades que atendem a padrões de gênero, ficam definidas também as posições relativas de mulheres e de homens”.

Ainda em relação ao controle dos corpos e da sexualidade feminina o patriarcado como sistema de dominação masculino tem, ao longo da história, apropriado-se dos direitos sexuais das mulheres, controlando também a sua capacidade reprodutiva. Esse controle masculino é exercido de diversas formas, “seja para induzir as mulheres a ter grande número de filhos, seja para convencê-las a controlar a quantidade de nascimentos e o espaço de tempo entre os filhos, o controle está sempre em mãos masculinas” (SAFFIOTI, 2004 p. 106).

Assim, o patriarcado pode ser analisado como um sistema político, com repercussões em várias esferas, familiar, sexual, trabalhistas, exercendo controle e o domínio sobre as mulheres. Seguindo essa perspectiva, o movimento feminista popularizou a ideia de que o pessoal é político, onde os problemas individuais das mulheres são fruto de algo maior, um sistema opressor (GARCIA, 2011).

Por outro lado, segundo Carla Cristina Garcia (2011) a existência do patriarcado não implica na inexistência de direitos das mulheres, mas na mudança de problemas antigos a medida que a sociedade evolui. A título de exemplo, as mulheres conquistaram o direito de trabalhar fora de casa, no entanto, mesmo quando o exercem, o trabalho doméstico permanece culturalmente como uma de suas obrigações, considerado como um trabalho feminino. Este fenômeno é compreendido como uma divisão sexual do trabalho, instituída pelo patriarcado. Assim, a luta feminista se concentra em acabar com o patriarcado como forma de organização política, libertando as mulheres deste sistema opressivo.

Apesar da longa história do feminismo mundial, a discussão sobre os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres teve sua primeira sistematização apenas no *I Encontro Internacional da Saúde da Mulher*, ocorrido no ano de 1984, em Amsterdã na Holanda. A nomenclatura “direitos reprodutivos” utilizada apenas em 1994 na *Conferência Internacional da População e Desenvolvimento* (CIPD) no Cairo, Egito.

Inicialmente, o conceito de direitos reprodutivos partiu do marco de

desconstrução da maternidade compulsória, uma vez que ser mãe era uma imposição da sociedade para as mulheres e não uma vontade genuína da mulher, essa luta se deu através da reivindicação pelo direito ao aborto e da anticoncepção em países desenvolvidos. (MATTAR, 2008, p. 63).

Gradativamente, estudiosas (os) passaram a definir a liberdade sobre o corpo e a sexualidade feminina como uma categoria de direitos, pertencente ao conjunto específico de direitos humanos das mulheres. E, a partir desta construção, passaram a apontar as leis que dispusessem contra esta autonomia de violadoras a direitos básicos das mulheres.

Neste processo, passam a combater legislações daquela natureza, bem como a reivindicar o reconhecimento na esfera normativo-jurídica dos direitos sexuais e reprodutivos (saúde sexual e reprodutiva, o acesso a métodos contraceptivos, aborto legal etc.). Ainda nesse processo, são desenvolvidas as ideias de saúde reprodutiva e autodeterminação reprodutiva, conceitos que serão explorados mais adiante no presente trabalho (MATTAR, 2008, p. 63).

No Brasil, nos anos 80 houve um dos mais importantes marcos na luta das diversas organizações femininas (denominadas assim uma vez que nem todas eram declaradamente participantes do movimento feminista) com a proposição de mais trinta emendas sobre direitos das mulheres na Constituição de 1988, através do documento “Carta das mulheres”, movimento que também ficou conhecido como *lobby do batom* (CELI REGINA JARDIM PINTO, 2003).

Tal carta foi pioneira uma vez que abordou a questão da violência contra a mulher, propondo a criação de delegacias especializadas no atendimento à mulher em todo país e com isso a defesa da integridade física e psíquica das vítimas. A carta também tratava da questão do aborto de forma implícita, quando tratava que às mulheres deveria ser garantido o direito de decidir sobre os próprios corpos. (CELI REGINA JARDIM PINTO, 2003).

Em atenção a estas preposições a Constituição consagrou conquistas importantes nos direitos das mulheres, tais como: a igualdade formal de direitos entre homens e mulheres (Art. 5º, 1); Direito das presas a permanecerem com seus filhos durante a amamentação; licença gestante; proibição de diferenças salariais entre homens e mulheres; igualdade de direitos perante a sociedade conjugal, dentre outros. (CELI REGINA JARDIM PINTO, 2003, p. 78).

Acerca dos direitos em debate nessa época, Celi Regina (2003, p.83) enfatiza

que a década de 80 trouxe temáticas até hoje sensíveis no tocante aos direitos das mulheres, como, por exemplo, o tema da saúde da mulher, uma vez que “a questão da saúde da mulher pressupunha três outros temas que envolviam controvérsias e preconceitos: planejamento familiar, sexualidade e aborto”. Logo, os direitos femininos acabam por esbarrar em temas mais profundos como na liberdade da mulher em dispor da própria sexualidade.

Ainda hoje a capacidade da mulher de decidir livremente sobre a própria sexualidade desperta diversas discussões. Como já afirmado anteriormente, um marco para alcance desses direitos sexuais e reprodutivos é a definição da ideia de saúde reprodutiva e autodeterminação reprodutiva.

Tais termos tiveram prelúdio na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, mais conhecida como Conferência do Cairo, ocorrida em 1994. Na Conferência foi apresentada a definição de saúde reprodutiva como sendo “um estado de bem-estar físico, mental e social completo em todos os aspectos relacionados m o sistema reprodutivo, função e processos”, estando ligada à capacidade de reprodução e liberdade para decidir sobre ter ou não filhos, bem como acerca dos métodos contraceptivos.

Nesse contexto a autodeterminação reprodutiva seria o direito de escolha da mulher sobre número, espaçamento, quando e se querem ter filhos. A Conferência do Cairo também abordou o direito de todos, sem distinção gênero e discriminação, de tomarem decisões sobre a reprodução livres de coerção ou violência. Desse modo, a Conferência do Cairo, consagrou o conceito de Direitos reprodutivos.

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos [...] (e) se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos.

Com base na definição trazida acerca dos direitos reprodutivos, ao final da Conferência do Cairo foi sugerido um plano de ação, no qual até o ano de 2015 todos os países participantes deveriam buscar garantir o acesso à saúde reprodutiva, através do sistema de cuidados primários, devendo incluir “aconselhamento sobre planejamento familiar, informação, comunicação e serviços; educação e serviços para cuidados pré-natais, partos seguros e cuidados pós-natais, especialmente o aleitamento materno e cuidados de saúde materno-infantil” entre outros.

No que diz respeito, em específico, aos direitos sexuais, mesmo estes sendo discutidos na Conferência do Cairo, foram suprimidos no seu relatório final, apenas sendo retomada sua discussão em 1995 na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (MATTAR, 2008, p.63).

A Conferência de Pequim, na China, dispôs pela primeira vez sobre os direitos sexuais, conforme o seu art. 96:

Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, **livre de coação, discriminação e violência**. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (grifo nosso)

A importância das Conferências do Cairo e de Pequim foi o reconhecimento desses direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e bens jurídicos, e que para tanto, necessitam de proteção. De acordo com Miriam Ventura (2009) ao reafirmarem o dever dos Estados de proteção a esses direitos essenciais para o exercício da sexualidade e reprodução, torna-se possível à ampliação gradativa do conteúdo desses direitos.

Destarte, os direitos sexuais e reprodutivos abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, bem como, o exercício da maternidade de forma voluntária e da contracepção auto decidida. Segundo Adriana Lemos (2014, p.245) para que haja o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos são necessárias políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

Ainda, segundo a mesma autora, os direitos sexuais e reprodutivos devem ser vistos como direitos humanos e integrantes das necessidades humanas básicas, tendo a mesma importância que os direitos sociais e econômicos. Assim, qualquer violação desses direitos é considerada como violação dos direitos humanos fundamentais.

Cabe ressaltar, no que diz respeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, percebe-se a contínua luta dos movimentos de mulheres, sobretudo, dos movimentos feministas para reconhecê-los.

Destaque-se ainda que os debates acerca dos direitos sexuais e reprodutivos são considerados recentes, uma vez que as mulheres conseguiram o reconhecimento de sua cidadania tardiamente (tendo em vista que o voto feminino só foi conquistado no século XX), e ainda há sub-representação destas nas instâncias de Poder.

De acordo com Miriam Ventura *et al* (2003, p.46), em virtude das assimetrias acima listadas, as mulheres “são afetadas de forma mais direta, tanto no que diz respeito às discriminações sociais, quanto ao auto reconhecimento de que são titulares de direitos, incluindo o direito de terem direitos”. Destarte, a luta pela igualdade de gênero é primordial para efetivação desses direitos.

Ademais, Miriam Ventura *et al* (2003) destaca que, além de ações de promoção desses direitos por parte dos Estados, como a melhoria do acesso à educação, assistência à saúde, redução da morbimortalidade materna, redução da violência doméstica e sexual, é necessário que as mulheres tomem conhecimento e consciência sobre seus direitos, sentindo-se titulares dos mesmos, processo chamado de empoderamento.

1.2. A “dor” do parto

A história do mundo ocidental é marcada, principalmente, pela concepção de mundo cristã, ainda hoje bastante influenciada por sua perspectiva. A bíblia, como livro norteador central do cristianismo, conta a história de Eva, primeira mulher e denominada “mãe de todos os viventes”. Nele, Eva é punida em razão de sua desobediência, tendo as dores do parto multiplicadas (GÊNESIS, versículo 3.16 -20).

Nesse contexto, é possível compreender a construção da ideia de penosidade e sofrimento que está atrelada ao momento de dar à luz: o castigo recebido pela desobediência de Eva torna-se real no contexto obstétrico. Para a mulher ocidental, o prazer da concepção é convertido em punição no trabalho de parto.

A idealização do parto como castigo se revela uma vez que a gestação deixa de ser um evento fisiológico e passa a ser um evento médico, envolvendo riscos e passível de intervenções. Para Camila Pimentel *et al* (2014, p. 181) as primeiras intervenções obstétricas encaravam a mulher como “vítima do parto” e nessa perspectiva a obstetrícia buscava “oferecer às mulheres um paliativo ao sofrimento e aos riscos do parto, [...] pôde atribuir a si própria a missão solidária, humanitária e superior de intervir racionalmente no trabalho feminino de parir e partejar”.

Esse ideal de mulher vítima e incapaz retira a autonomia e protagonismo da parturiente no processo, perpetuando uma assistência obstétrica repleta de intervenções. Dessa maneira, “a replicação deste pensamento no arcabouço histórico e cultural da sociedade leiga e de profissionais de saúde expõe a mulher à violência obstétrica e de

gênero, colocando a dor como parte da experiência da maternidade” (PHILIPP; CUNHA; CRUZ, 2018, p. 115).

Não são poucos os relatos de mulheres que foram abusadas psicologicamente durante o parto com frases como “Na hora que você estava fazendo, você não estava gritando desse jeito, né?” ou “Na hora de fazer, você gostou, né?”, evidenciando o caráter punitivo no qual o parto é apresentado para gestantes, como pode ser constatado na maioria das bibliografias utilizadas para a realização deste trabalho.

Perpetuando o ideal de punição existe uma verdadeira suspensão dos direitos das mulheres quando se encontram gestantes, onde todas as intervenções sofridas teriam um objetivo maior. Em concordância, Bianca Zorzam (2016, p.9) pondera: “seu direito à condição de pessoa, seu direito à integridade corporal, seu direito à equidade e à diversidade não valiam mais, pois a maternidade é sacrifício, e qualquer desobediência de sua parte seria, [...], uma ameaça à segurança do bebê”.

Assim, a maternidade é considerada um sacrifício, e qualquer desobediência de sua parte seria, segundo aprendemos, uma ameaça à segurança do bebê.

Nesse contexto, é possível compreender as razões pelas quais as mulheres temem o parto natural. Acerca do tema, Ciello *et al* (2012, p. 131) reflete “mulheres sentem que merecem o tratamento hostil que recebem na assistência à gestação e ao parto, como uma forma de punição pela sua sexualidade e por sua gestação”. A dor sentida no trabalho de parto como produto da correção e repreensão da sexualidade feminina ainda é a opção apresentada às parturientes.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada pela Fundação Fiocruz (2014) apontou que o medo da dor é o principal motivo que leva as mulheres a escolher a cesariana no Brasil. Na pesquisa, 83% das mães da rede pública e 69% da rede privada citaram o medo da dor do parto como principal razão para preferir a cirurgia cesárea. Comprovando como o medo da dor é norteador das decisões das mulheres.

Segundo Simone Grilo Diniz (2009, p. 06), a cesárea frente ao parto natural estão em âmbitos diferentes, uma vez que a primeira tem diversos riscos de um procedimento cirúrgico, no entanto “quando comparado ao parto vaginal repleto de intervenções desnecessárias, dolorosas e potencialmente danosas, pode parecer uma alternativa comparável”.

Reforça-se assim o modelo de que a cirurgia cesárea não é escolhida apenas por ter vantagens frente ao parto natural, e sim, pela busca das mulheres por dignidade em um momento importante como o nascimento dos filhos.

1.3. A violência obstétrica como violação dos direitos das mulheres

Historicamente, o parto era considerado como um evento fisiológico natural, feito em ambiente domiciliar pela mulher com ajuda de uma parteira. Somente após 1820, os médicos passaram a controlar a assistência ao parto, surgindo o parto onde a mulher não era mais a protagonista, tornando-se a paciente (PINTO, 2017, p.15).

A autora Jaqueline de Oliveira Santos (2008, p. 646) indica como a medicina passou a se apropriar do corpo feminino. De acordo com ela, através do uso contínuo de rotinas obstétricas, o discurso médico retirou o protagonismo das mulheres e parteiras do ato cotidiano do parto, passando a hierarquizar o conhecimento médico/científico em detrimento dos saberes cotidianos construídos historicamente, por meio da ideia preconcebida de que a mulher não teria discernimento para entender seus próprios processos corporais, devendo, por consequência, ser submissa aos profissionais que a assistiam (SANTOS, 2008, p. 646).

Michel Foucault (1999) chama a esse conjunto de práticas de biopoder – ou o poder sobre a vida. Um tipo de controle que se é exercido sobre toda a população, citando ainda a medicina como meio de controle dos corpos, por meio de intervenções com efeitos disciplinadores e reguladores (FOUCAULT, 1999).

Nesse sentido, através da expressão desse biopoder o corpo feminino foi analisado, qualificado/desqualificado, como uma condição patológica, o que, por fim, foi classificando as mulheres como histéricas, ou seja, sem domínio de suas emoções, levando à uma medicalização minuciosa de seus corpos. Essa medicalização seria justificada pela necessidade do controle da mulher, uma vez que recaía sobre ela a responsabilidade em relação aos filhos e a solidez da instituição familiar. Assim, uma mulher sob controle produziria uma prole forte e socialmente ajustada (FOUCAULT, 1988, p. 136).

A medicalização da mulher, com enfoque nos processos reprodutivos, levou a retirada da autonomia sobre seu próprio corpo, como consequência tem-se a entrada dos profissionais médicos como detentores do saber-poder.

Como resultado da medicalização da assistência ao parto e retirada do protagonismo feminino, foram desenvolvidas técnicas intervencionistas muitas vezes inapropriadas, desnecessárias, dolorosas e arriscadas, desconsiderando as necessidades das parturientes (CIELLO *et al*, 2012, p.7).

Mas, essas intervenções seriam consideradas como violência? Para a socióloga

Heleieth Saffioti (2004, p.17), violência é a “ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral”. Assim, se mostra razoável denominar as condutas que coloquem a mulher em situação degradante antes, durante e depois do parto como violência obstétrica.

Na realidade brasileira, o aumento das intervenções tornou a assistência obstétrica um ambiente propício para violações. Segundo o *Dossiê de Humanização do Parto* de autoria de CIELLO *et al* (2002, p. 11) “o modelo de assistência obstétrica encontrado no Brasil atualmente é caracterizado por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas”.

Nesse contexto, o ambiente hospitalar e de assistência à parturiente desponta como lugar propício para práticas violentas. Zanardo *et al* (2017) classifica como violência a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis, sendo a violência obstétrica um tipo específico de violência em decorrência do gênero.

Na doutrina e na legislação nacional, ainda não existe definição uma definição unificada sobre a violência obstétrica. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2015, p. 4), na cartilha *Conversando sobre violência obstétrica*, explica que ela é:

A violência obstétrica é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos.

A violência obstétrica passa a se fazer presente no momento do parto e do pós-parto ou no atendimento em situações de abortamento. Para Ciello *et al* (2012) no *dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”*, elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito de Violência contra as Mulheres, a violência obstétrica compreende os atos praticados contra a mulher no exercício da saúde sexual e reprodutiva, podendo ser exercida por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.

A violência obstétrica vai muito além de ações e omissões perpetradas por tais profissionais em detrimento de parturientes, é produto de diversas violações resultantes do entrelaçamento entre o machismo, o racismo e o capitalismo.

Contribuindo com essa linha de pensamento a pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada pela Fundação Fiocruz em 2014, revelou que as mulheres negras têm maior risco de um pré-natal inadequado, não terem um acompanhante e recebem menos

anestesia¹ em comparação com as mulheres pardas e brancas.

Segundo Raíssa Paula Sena Dos Santos (2016, p. 93) a assistência ao parto sofre interferências de outros fatores que culminam na violência obstétrica. Sejam da religião referente à assistência dispensada as mulheres em abortamento, da relação de poder entre médico e paciente, do capitalismo por meio de agendamentos de cesáreas (já que elas são consideravelmente mais caras que o parto normal), valorização excessiva da tecnologia, desconsiderando os processos naturais do parto e “a ideia da mulher moderna que agora pode ter filhos sem sentir dor”.

Nessa perspectiva, a pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) revelou que o índice de cesarianas é de 52%, chegando a 88% na rede particular, saliente-se que para a Organização Mundial de Saúde o índice aceitável é entre 10 a 15%. Desta maneira, resta evidente a influência do capitalismo no processo de apropriação dos corpos e retirada da autonomia feminina.

O *dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”* (2012, p. 112) confirma esse pensamento uma vez que o grande número de cesáreas eletivas (sem indicação médica) se dá por diversos fatores, desde a vontade da mulher em ter um parto assim que o bebê atinja o tempo considerado “a termo”, quanto a vontade do obstetra de marcar a cirurgia de acordo com sua própria conveniência. Além disso, a baixa remuneração da assistência ao parto, faz com que os profissionais optem pelo agendamento de várias cirurgias cesáreas realizadas em sequência em detrimento de um acompanhamento de parto normal que pode levar horas.

Reafirmando a situação alarmante em relação as violações sofridas pelas parturientes, o estudo *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010, apontou que uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência obstétrica.

Para Almeida (2018, p.3) a violência obstétrica, além de se caracterizar como uma violência específica contra a mulher em razão do gênero feminino, também é uma ofensa ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, uma vez que “o valor intrínseco da dignidade da pessoa humana, que está relacionado a direitos fundamentais como os direitos à vida, à igualdade, às integridades físicas, moral e psíquica, é violado quando ao abuso obstétrico”.

¹ Analgesia difere de anestesia. Na analgesia a sensibilidade dolorosa é inibida sem perda de consciência, enquanto na anestesia pode ou não haver perda de consciência.

Tendo em vista a tutela desse princípio constitucional, caberia ao Estado o dever de respeito, proteção e de promoção da dignidade, uma vez que a falta de ação do Estado acaba por tornar viável a perpetuação da violência.

Segundo Ciello *et al* (2012) o reconhecimento e tipificação da violência obstétrica atesta, além da obrigação do Estado de proteger as mulheres, um grau de maturidade do Executivo, Legislativo e Judiciário, exigindo esforços da sociedade civil para que essas mudanças aconteçam.

O vácuo legislativo em relação aos direitos das mulheres existente em nosso ordenamento jurídico resulta em violações de direitos humanos básicos. Nessa perspectiva, a violência obstétrica se apresenta como algo corriqueiro na vida das parturientes.

Atualmente, embora exista o reconhecimento (ao menos normativamente) da igualdade entre os gêneros, os debates sobre violência obstétrica, parto humanizado e direito sexual e reprodutivo se fazem cada vez mais presentes e relevantes. Tais debates são essenciais para o enfrentamento dos obstáculos à plena vivência da igualdade e da liberdade pelas mulheres que vivem em verdadeiro estado de exceção, onde “se suspendem ou revogam-se, ostensivamente, direitos e garantias” (SANTOS, 2014, p.138).

Noutro vértice, faz-se necessário a conceituação dessa violência nas diversas esferas em que se apresenta, assim, trazemos a seguir a violência obstétrica em suas múltiplas faces.

CAPÍTULO II

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONCEITOS E TIPOS

A violência obstétrica enquanto violência de gênero figura em diversas esferas, atuando como forma de deslegitimar e subjugar a mulher tratando-a como ser vulnerável, incapaz de gestar, parir e de ter autonomia sobre o próprio corpo. Nessa perspectiva, abordaremos a seguir as variadas modalidades desse tipo de violação.

2.1 A violência obstétrica de caráter físico

O *dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”* (2012) apresenta do conceito de violência física aquela cujas ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.

No dossiê ainda são apresentados os seguintes exemplos dessa violência (p.60): privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de *Kristeller*, puxões ou empurrões, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Outro conceito apresentado por Jessica Souza Pereira *et al* (2016) seria considerada violência obstétrica física quando são realizadas práticas invasivas no corpo da mulher, como administração de medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeita o tempo ou as possibilidades de parto biológico.

2.2 A violência obstétrica de caráter psicológico

A violência psicológica, em sua maioria das vezes é de difícil reconhecimento na medida em que não deixa marcas visíveis no corpo da vítima. Para Tânia Rocha Andrade Cunha e Rita de Cássia Barbosa de Sousa (2017) essa violência é tão sutil que a mulher fracassa em reconhecê-la, criando inclusive um estado de confusão e incapacidade de reação da vítima.

No tocante à violência obstétrica psicológica, o *dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”* (2012, p. 60) define como toda ação verbal ou comportamento “que

cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”.

Os exemplos mais comuns desse tipo de violência são ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais. A falta de consentimento da mulher em relação à procedimentos também pode ser considerada como uma modalidade de violência psicológica.

2.3 A violência obstétrica de caráter sexual

A Organização Mundial de Saúde no documento cartilha de *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher* (2012, p.11) define violência sexual como:

Qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto.

Doutro vértice no *dossiê da violência obstétrica “Parirás com dor”* (2012, p.60) indica que é considerada violência obstétrica de caráter sexual “toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo”.

Dessa forma a violência obstétrica sexual é aquela que usa de comentários ou ações que ataquem a sexualidade ou dignidade reprodutiva da mulher. Tendo como exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento prévio, ruptura ou descolamento de membranas autorização da gestante, imposição da posição supina² para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento ou consentimento, ‘ponto do marido’ (ponto dado para deixar a vagina da mulher mais apertada).

Destaque-se que a episiotomia é o corte do períneo utilizado para dar maior abertura no momento do nascimento do bebê. Tal procedimento já foi contraindicado pela Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil que baseados nas evidências científicas, recomendam o uso restrito da episiotomia e classificam seu uso

² Posição em que a mulher fica deitada de barriga para cima

rotineiro e liberal como uma prática claramente prejudicial, uma vez que só é indicada em 10% a 15% dos casos. No entanto, no Brasil a intervenção ainda é realizada em mais de 90% dos partos vaginais como procedimento de rotina e muitas vezes sem qualquer autorização da mulher (CIELLO *et al*, 2002, p. 16).

2.4 A violência obstétrica de caráter institucional

A Violência Institucional é aquela praticada por órgãos oficiais e agentes que teriam como prerrogativa garantir direitos aos sujeitos (CIELLO *et al*, 2002).

Laura Mury (2004) considera que essa violência é praticada por instituições prestadoras de serviços públicos, podendo ser perpetrada por hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário, onde os agentes deveriam proteger as mulheres vítimas da violência, promovendo uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos já sofridos (MURY, 2004).

Segundo a autora essa violência pode ter diversas, representações, entre elas:

Peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soro positivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; detrimento das necessidades e direitos da clientela; proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos; críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência (MURY, 2004, p.2).

Além, dessas pode-se citar o impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam, contrariem e dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos legalmente constituídos (CIELLO *et al*, 2012, p. 61).

2.5 A violência obstétrica de caráter material

Esse tipo de violência recebe essa nomenclatura por ser voltada à obtenção de valores indevidos, é pouco abordado na bibliografia consultada, tendo apenas a classificação de Ciello *et al* (2012, p. 61) descrevendo como “ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica”.

Dentre os exemplos temos as cobranças indevidas feitas por instituições de saúde, com vistas a beneficiar determinados planos ou profissionais de saúde, ou até mesmo alegação de que apenas um plano privado garante a presença de um acompanhante na hora do parto.

2.6 A violência obstétrica de caráter midiático

A violência midiática diz respeito as ações praticadas por profissionais, da saúde ou não, através da mídia, desclassificando os direitos adquiridos pelas mulheres ou até mesmo enaltecendo praticas nocivas ou cientificamente contraindicadas Ciello *et al* (2012, p. 61).

Essa violência através dos meios de comunicação pode ser perpetrada por meio da valorização o procedimento da cesárea eletiva (sem indicação clínica), ridicularização a escolha e o parto normal, incentivo ao desmame precoce e propagandas de fórmula láctea em detrimento do leite materno.

2.7. A violência obstétrica no ordenamento jurídico – aparo legal para as vítimas

Atualmente, em termos de legislação federal específica para proteção das parturientes o Brasil dispõe apenas da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante. Essa Lei garante a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Lei 11.108/2005 alterou a Lei 8.080/1990, mais conhecida como Lei do SUS, prevendo que nos serviços de saúde de rede do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, devem obrigatoriamente permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo este acompanhante indicado pela parturiente. A Lei também prevê que o Poder Executivo deve promover ações que viabilizem o cumprimento da norma.

Assim, a lei do acompanhante é válida para qualquer tipo de parto, devendo o acompanhante ser escolhido pela própria gestante, não podendo a instituição médica ou profissional da saúde colocar óbice para o seu cumprimento.

No entanto, a referida Lei dispõe apenas do direito a um acompanhante de escolha da parturiente, não estabelecendo punição aqueles que a descumprirem. Para Ciello *et al* (2012, p. 21) a falta de delimitação de penalidades enseja na ausência de eficácia do instrumento legal, uma vez que o gestor fica isento de qualquer punição caso se negue a cumprir com o disposto na lei, bem como não sofrerá consequências para reparar o dano cometido, tornando comum o descumprimento reiterado do dispositivo.

Embora represente um avanço em termos legislativos, a Lei 11.108/2005 não prevê nenhuma forma de coibir a violência obstétrica, importando em dizer que o ordenamento pátrio não tem positivada a proteção contra esse tipo de violência.

Apesar de ser alarmante o número de casos envolvendo violência obstétrica, alguns estados da Federação possuem Legislações próprias, é o caso da Lei nº de 17.097 de 17 de janeiro de 2017 do Estado de Santa Catarina, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no referido Estado.

Em âmbito estadual, a Lei 10.611 de 18 de outubro de 2019, dispõe sobre a presença de doulas nas maternidades e casas de parto, sempre que solicitado pela gestante, não se confundindo com a presença de acompanhante. Em pesquisa no site da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Norte (site <http://www.al.rn.gov.br/>) não foi localizado outro projeto acerca do tema ou, até mesmo, sobre humanização do parto.

De outra sorte, na Câmara dos Vereadores em Mossoró tramitava o projeto de Lei 215/2018 que regulamentava, no âmbito público e privado, a humanização da via de nascimento, os direitos da mulher relacionados ao parto e nascimento, as medidas de proteção contra a violência obstétrica, no entanto o projeto foi vetado em janeiro de 2019, sob argumento de inconstitucionalidade. O veto foi mantido pela câmara de vereadores e o projeto se encontra arquivado.

Em justificativa do veto, a chefe do executivo municipal Rosalba Ciarline informou que o conceito de violência obstétrica ainda não era unificado, e as práticas elencadas no projeto de lei como violência obstétrica eram procedimentos comuns na atividade dos profissionais da saúde, não cabendo classificá-los como violentos sem a

análise da conjuntura em que foram aplicados³.

Em âmbito nacional, a mulher vítima de violência obstétrica possui proteção abstrata, uma vez que não existe Lei Federal específica. A parturiente que teve sua integridade física ou emocional violada pode fazer uma denúncia tendo por base a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Constituição Federal (1988); Convenção de Belém do Pará (1994); Atenção ao parto e nascimento da OMS (1985/1996); Ministério da Saúde: Política de Humanização Pré-natal e Nascimento (2000); Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005) Rede Cegonha (2011) (SILVA, 2018).

A falta de tipificação da violência obstétrica como crime conduz muitos juízes a classificarem a violência obstétrica como erro médico, ensejando em uma subnotificação dos casos e com isso a dificuldade do judiciário de reconhecer o ato como violência (LEITE, 2017).

Noutro quadrante, tramitam na Câmara dos Deputados seis projetos acerca da humanização do parto e que visam coibir a violência obstétrica.

O primeiro deles é o PL 7633/14 “*dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências*” de autoria do deputado Jean Wyllys do Partido Socialista - PSOL. Tal projeto aborda a violência obstétrica em todas suas nuances, classificando violência obstétrica como “a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado”, caracterizando-se como violência de gênero, tratando ainda dos direitos das mulheres durante a gestação, pré-parto, parto, puerpério e abortamento, enfatizando que devem ser respeitadas do trabalho de parto, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas.

O projeto também aborda a elaboração de um plano de parto individual de parto, documento elaborado pela gestante, onde a mesma, após ser informada pela equipe de saúde sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, poderá se manifestar acerca dos procedimentos que serão aplicados, aos quais dará prévia aceitação, podendo ser alterado se intervenções forem comprovadamente necessárias durante o trabalho de parto, com o consentimento da gestante.

O segundo PL 7867/17, “*dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento,*

³ Disponível em: Disponível em:

http://168.232.152.232:8080/sapl/sapl_documentos/materia/11686_texto_integral.

abortamento e puerpério”, da deputada Jô Moraes do Partido Comunista do Brasil - PCdoB. Esse projeto considera violência obstétrica “todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras”. Tal projeto de lei não traz o enfoque da violência obstétrica como violência de gênero, no entanto, também inclui, de forma literal, as mulheres em situações de abortamento como propensas a sofrerem violência obstétrica.

O terceiro PL 8219/17, do deputado Francisco Floriano do partido Democratas –DEM-, “dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após”. O referido projeto de lei exclui as parturientes em acompanhamento pré-natal ou em abortamento como sujeitos passíveis de sofrer violência obstétrica. Outro ponto negativo, é a previsão de ser feito procedimento de episiotomia, desde que motivado, abrindo precedentes para que esse procedimento continue a ser realizado. Como ponto positivo podemos destacar a previsão de penalidade concreta, prevendo pena de detenção e multa a quem descumprir as normas previstas.

No ano de 2019 foram protocolados mais três projetos com a mesma temática. O PL 878/2019 dispendo sobre “sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências” onde basicamente foi feita transcrição *ipsis litteris* do PL 7633/14 apresentado pelo deputado Jean Wyllys do PSOL.

O PL 2693/2019 do deputado Lafayette de Andrada do Partido Republicano Brasileiro – PRB - dispendo sobre a política nacional de atendimento à gestante, onde é enfatizado a busca pelo parto humanizado, com o objetivo de “assegurar o direito à assistência, à saúde, ao parto de qualidade e à maternidade saudável”, embora o enfoque seja na humanização dos procedimentos, não faz nenhuma recomendação específica sobre como serão os procedimentos para concretização. Dessa forma julgamos ser mais uma norma sem efetividade.

Por fim, o projeto de lei PL 3310/2019 da deputada Lauriete Rodrigues do Partido Liberal - PL - traz apenas um artigo e trata sobre a obrigação dos estabelecimentos de saúde permitir e facilitar as parturientes o registro de som e imagem durante o pré-natal e trabalho de parto.

Os seis projetos tramitam em conjunto, estando os apenas a PL 7633/14, trazendo, a exemplos de outras legislações vigentes no mundo, a conceituação de violência obstétrica, assim como as punições previstas entre penas de multa e até dois

anos de prisão, a depender da infração cometida. Atualmente, tais projetos estão na Comissão de Educação, devendo ainda passar pela Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER), Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

Os projetos em tramitação no Congresso Nacional cumprem seu papel em descrever os procedimentos caracterizadores da violência obstétrica, tratando-se de projetos complementares.

Embora a violência de gênero não esteja descrita de forma literal, está implícita, principalmente no PL 7633/14, ao pontuar que essa violência causa a perda da autonomia e da mulher, bem como perda da capacidade de decisão livre sobre seu corpo e sua sexualidade, ao mesmo tempo aponta que as intervenções desnecessárias impactam negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Noutro vértice, o projeto de lei também complementa a lei 11.108/2005 ao afirmar que a mulher poderá escolher o acompanhante de sua preferência independente do sexo, gênero ou relação interpessoal da pessoa escolhida como acompanhante.

Ressalte-se que embora esteja se discutindo a violência obstétrica por meio de projetos legislativos, o Ministério da Saúde em 2019, retirou o termo “violência obstétrica” dos documentos oficiais, tendo posteriormente, lançado nota onde reconhece como legítimo da mulher usar o termo que achar melhor para caracterizar as experiências vivenciadas durante o parto.⁴

O não reconhecimento explícito do termo “violência obstétrica” e sua retirada dos documentos oficiais do governo pode ocasionar retrocesso em sua discussão, desconsiderando as orientações da Organização Mundial da Saúde acerca do tema, dificultando avanços importantes na área.

2.8. Uma nova perspectiva: a humanização do parto

Anteriormente, foi apontado que nos primórdios o parto era visto como evento fisiológico, onde as mulheres tinham protagonismo, sendo assistidas por outras mulheres em partos domiciliares e encarado como evento rotineiro na vida da parturiente, desse modo não haveria necessidade de maiores intervenções.

No entanto, a busca pela redução da mortalidade materna e o sistema patriarcal

⁴ Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/10/ministerio-da-saude-reconhece-legitimidade-do-uso-do-termo-violencia-obstetrica.ghtml>

no qual as mulheres estão inseridas, o qual retira o protagonismo e o controle das mulheres sobre os seus corpos, motivou a medicalização na assistência ao parto, cenário que ainda hoje contribui para uma série de intervenções desnecessárias sofridas pelas parturientes e recém-nascidos.

A exclusão do protagonismo feminino abre possibilidades para essas intervenções, tornando a mulher submissa aos procedimentos realizados e o momento do parto propício para a prática de violência. O caderno *Humanização do parto e do nascimento* da rede HumanizaSUS (2014) indica que nessa condição de fragilidade, o momento do parto e do nascimento passam a ser encarados pela parturiente com medo, uma vez que pode passar por momentos de sofrimento físico e psicológico, assim a cesariana passa a ser apresentada como uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade e o parto normal considerado degradante. Justificando a escolha de muitas mulheres pela cirurgia cesárea como via de nascimento (Rede HumanizaSUS, 2014).

O excesso de intervenções nesse momento ímpar desconsidera aspectos emocionais, humanos e culturais, menosprezando ainda que o parto tem características particulares para cada mulher, envolvendo muito mais do que o nascimento de uma criança, impactando na transformação da vida familiar da parturiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (1996) recomenda que as práticas realizadas na assistência ao parto devem ser baseadas em evidências científicas, uma vez que o parto deve ser encarado como um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados.

Como alternativa à esse modelo de assistência cheio de intervenções, temos a humanização da assistência oferecida às parturientes.

A *Cartilha Humanização do parto – Nasce o respeito* do Ministério Público de Pernambuco - MPPE (2015, p. 8) define humanização do parto como “o respeito à mulher como pessoa única, em um momento da sua vida em que necessita de atenção e cuidado. É o respeito, também, à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso”. Dessa forma, o respeito à dignidade da mulher e do bebê devem ser priorizados.

A referida cartilha ressalta ainda que a assistência ao parto deve ser focada no respeito às escolhas da mulher, bem como no atendimento digno, respeitoso e livre de violência ou intervenções consideradas desnecessárias ou sem embasamento científico (MPPE, 2015).

O Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, criou o *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*, tendo como objetivo primordial a melhoria do acesso da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, tomando por base o atendimento que garanta a dignidade dos sujeitos (Brasil, 2000).

O *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento* compreende a humanização em dois eixos: o atendimento nas unidades de saúde deve ser pautado no respeito à dignidade da mulher, da família e do recém-nascido, e a adesão de práticas comprovadamente benéficas para o acompanhamento do parto e do nascimento, impossibilitando intervenções desnecessárias, uma vez que estas últimas podem trazer maiores riscos para mãe e bebê (BRASIL, 2000, p. 5).

Além desses eixos, o Programa é embasado nos seguintes princípios do atendimento digno a parturiente, garantia do acesso a gestante à maternidade onde será realizado o parto, garantia de assistência humanizada e segura durante o parto e no puerpério obedecendo aos princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica, bem como garantia de assistência neonatal humanizada ao recém-nascido (BRASIL, 2000, p. 6).

Como consequência desse programa, em junho de 2011, foi criada pelo governo brasileiro, no âmbito do SUS a Rede Cegonha, tendo por objetivo proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, por meio da criação Centros de Parto Normal (CPN). Em tais centros a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz, em um ambiente humanizado onde possa exercer as suas escolhas, tais como se movimentar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Além da atenção à gestante, a Rede Cegonha oferece suporte desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A humanização do parto envolve reconhecer o protagonismo da mulher e fortalecer a crença do parto como evento fisiológico, e, na grande maioria das vezes não necessita de qualquer intervenção. Admitir o protagonismo da parturiente implica em informar a mulher sobre os procedimentos, caso necessários, e requerer sua autorização para realizá-los (MPPE, 2015).

Assim, a humanização independe do tipo de parto pelo qual a parturiente irá passar, seja parto natural ou cirurgia cesárea, é possível ter um atendimento respeitoso e humanizado em qualquer das situações, respeitando a individualidade e autonomia da

mulher.

Desta feita o Ministério da Saúde publicou dois documentos importantes no atendimento às parturientes: *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana* e *Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal*, tratando-se de orientações aos profissionais da saúde e gestores acerca dos procedimentos que podem ser realizados baseados em evidências científicas (BRASIL, 2016).

O primeiro capítulo das *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana* enfatiza que o cuidado na cirurgia deve ser centrado na mulher. Além disso, é evidenciada a importância de fornecer informações baseadas em evidências sobre o parto e forma de nascimento, incluindo a mesma no processo decisório (BRASIL, 2016).

A vista disso percebe-se o incentivo a tomada de decisão consciente da gestante, uma vez deverá ser informada sobre os riscos e necessidade da operação cesariana, ensaiando a retomada do protagonismo da mulher, ainda que normativamente.

No entanto, é enfatizado que a cesárea programada precocemente está associada aos riscos de morte neonatal, sendo recomendado que as gestantes aguardem o termo completo (gravidez de 39 semanas) ou o desencadeamento do trabalho de parto naturalmente.

As diretrizes também quebram certos mitos quando informam as ocasiões na quais não se recomenda a cirurgia cesariana, tais como: não é recomendada de rotina como forma de nascimento em trabalhos de parto prematuro; não é recomendada de rotina como forma de nascimento em fetos pequenos para idade gestacional; A ultrassonografia não é exame capaz de prever a falha do trabalho de parto (considerando o tamanho do bebê); não é recomendada de rotina para gravidez gemelar que não tenha apresentado intercorrências; Não é recomendada como rotina para mulheres obesas; Não é recomendado de rotina para mulheres que tiveram cesárea prévia, sendo, na grande maioria das situações, recomendado o parto vaginal (BRASIL, 2016).

Em relação a mulheres que desejem a cesariana, sem que tenham qualquer tipo de indicação clínica, é sugerido o acesso à informação como aliada na diminuição dessa requisição. Assim, “providenciar informações sobre o parto às gestantes, apoio emocional e psicológico pode diminuir a ansiedade relacionada ao parto vaginal e reduzir a necessidade de cesarianas por solicitação da gestante”. Para tanto, essas questões podem ser abordadas em encontros com profissionais de saúde e grupos de gestantes, inclusive com acompanhamento psicológico para aquelas que têm ansiedade ou partofobia (medo do parto) (BRASIL, 2016, p.48).

Nesse sentido, dar a mulher o maior número de informações, meios de diminuição da dor e deixar a mulher a par da sequência de eventos que envolvem o parto normal, deixando a mulher segura dos processos e empoderada do seu corpo, retomando o parto como seu.

Quanto as *Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal* é apresentado panorama de cuidados gerais, onde a mulher pode escolher o profissional que a acompanhe durante o trabalho de parto (médico obstetra, enfermeira obstétrica ou obstetriz), preconizando que “mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões” (BRASIL, 2017, p. 15).

O profissional ao abordar a gestante deverá “cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada” (BRASIL, 2017, p. 15).

Tais diretrizes confirmam a necessidade do tratamento digno as mulheres em trabalho de parto, respeitando suas vontades, reafirmado por meio do plano de parto produzido pela parturiente. O profissional deverá ler o plano e discutir com a gestante, levando-se em consideração as condições para que este se concretize, como por exemplo, limitações existentes no local da assistência e a disponibilidade de certos métodos e técnicas.

Deverá também solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento, sempre focado em atender as necessidades da mesma (BRASIL, 2017). Quanto ao apoio físico e emocional as diretrizes preveem que a mulher só deve ser deixada sozinha por solicitação própria, tendo sempre acompanhante a sua escolha. Prevendo ainda, a possibilidade dada por pessoal de fora da rede social da mulher, como exemplo, de uma doula (BRASIL, 2017).

Outra garantia trazida é a possibilidade da mulher se alimentar com dieta leve durante o trabalho de parto, uma vez que a mulher não deve ser privada de alimentação (BRASIL, 2017).

Sob outro prisma, conforme anteriormente abordado, a dor do parto está mais ligada à falta de assistência adequada uma vez que em um processo humanizado existem métodos ligados para alívio da dor de caráter físico.

As diretrizes referentes ao parto normal recomendam estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor, onde será oferecida a gestante a imersão em água,

técnicas de massagem, acupuntura e hipnose (caso tenha profissional habilitado e disponível). A mulher também deverá ter autonomia para escolher outras técnicas de relaxamento como ouvir música ou aromaterapia. Tais métodos deverão ser oferecidos antes dos métodos farmacológicos (analgesia) (BRASIL, 2017, p.17- 18).

Sendo necessária anestesia, a gestante está amparada pela resolução 36/2008 da ANVISA, estabelece que anestésicos são medicamentos básicos para o uso obstétrico, todos os estabelecimentos de saúde devem ter disponível material anestésico para parto normal.

Além dos direitos envolvendo o trabalho de parto o bebê também tem resguardada algumas questões relativas a seu bem-estar após o nascimento. Segundo a cartilha *Conversando sobre violência obstétrica* da Defensoria Pública de São Paulo – DPESP (2015), como o corte do cordão apenas após o término das pulsações, o contato pele-a-pele com a mãe por tempo estendido logo após o nascimento e a amamentação na primeira hora de vida, enfatizando que “para garantia destes direitos, a recepção cuidadosa da criança deve ser priorizada e os procedimentos de rotina devem ser postergados” (p. 15).

As mulheres em situação de abortamento também devem ter seus direitos preservados, livres de qualquer discriminação no momento do atendimento, garantido a humanização na assistência, tendo direito a alívio da dor por meio de analgesia e em caso de aborto retido, a utilização do aparelho de aspiração manual intrauterina (DPESP, 2015).

Todas essas recomendações trazem um olhar sociológico do parto como parte da experiência humana do nascimento, uma vez que envolvem diversas emoções e tem significado maior que do que o nascer, propriamente dito. Nesse contexto, a cartilha *Humanização do parto. Nasce o respeito* preconiza que no atendimento hospitalar é necessário que a mulher, seus familiares e o bebê tenham uma experiência que preze a dignidade, por meio de “ambiente acolhedor e uma atitude ética e solidária” (MPPE, 2015, p.5).

A humanização do parto é um direito da mulher a ter sua integridade corporal e autonomia pessoal respeitada, por meio da aceitação do curso natural do processo reprodutivo. Dessa maneira, os profissionais em assistência as parturientes devem direcionar as práticas de cuidado, colaborando para essa “conquista histórica no plano político para a redução das desigualdades de gênero e melhoria dos indicadores de saúde das mulheres e bebês” (ZORZAM, 2016, p. 13).

CAPÍTULO III – A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Neste capítulo discorreremos sobre o processo de discussão e reconhecimento jurídico, sobretudo, no âmbito local, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Buscaremos situar algumas das características culturais que ainda dificultam o seu reconhecimento, bem como são um dos principais fatores para o enraizamento de práticas que podem ser caracterizadas como violência obstétrica.

3.1. A assistência ao parto no município de Mossoró/RN

O hospital Maternidade que atende o município é o responsável pela maioria dos nascimentos na cidade de Mossoró e região⁵. O hospital foi inaugurado em 1947, sendo mantido com recursos do SUS e da Associação de Assistência e Proteção à Maternidade e à Infância de Mossoró (APAMIM).

Em 2014 a maternidade foi fechada, colocada sobre processo de intervenção judicial⁶, onde se encontra até o momento. Segundo informações constantes no site da própria maternidade, a intervenção judicial tem como objetivo “combater a corrupção, garantir a continuidade dos serviços de saúde a população da região e principalmente proporcionar a reestruturação e ampliação da unidade”⁷.

No primeiro semestre do ano de 2019 foram realizados 2.990 partos. O número de cesáreas ainda é prevacente 2.251, em comparação aos partos normais que foram 729⁸. Como justificativa para esse número, a instituição informa ser decorrente de “questões culturais e principalmente em decorrência da falta de orientação adequada durante o pré-natal”⁹. Com vistas a melhorar essa assistência a maternidade oferece curso no *Projeto Parto Feliz* que visa preparar a mulher para a gravidez, parto pós-parto através de orientações de cuidado com o bebê. O curso é aberto para mães e pais.

Além disso, o Hospital maternidade também faz da iniciativa Hospital Amigo da Criança, iniciativa da Organização Mundial da Saúde e da Unicef que tem por objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno; Casa da Mãe Coruja, onde as mães

⁵ Informações disponíveis no site: <http://www.maternidadealmeidacastro.com.br/>

⁶ Processo nº 0800637-65.2014.4.05.8401

⁷ Informações disponíveis no site: <http://www.maternidadealmeidacastro.com.br/>

⁸ Informações disponíveis no site: <http://www.maternidadealmeidacastro.com.br/>

⁹ Informações disponíveis no site:

http://www.maternidadealmeidacastro.com.br/noticia_detalhe.php?not=34

dos bebês que nascem prematuros ou com baixo peso ficam hospedadas sem custos para acompanhar os cuidados oferecidos a seus filhos nos 50 leitos neonatais da instituição¹⁰; e da Rede Cegonha.

Os outros dois hospitais, Hospital X e Hospital Y¹¹, realizam apenas parto cirúrgico, por meio de recursos particulares, uma vez que não há estrutura para realização de parto normal.

Conforme explicamos na introdução, daremos início à análise dos dados obtidos nos variados recursos utilizados pela pesquisa que embasou o presente trabalho.

3.2. Assistência ao parto: a perspectiva da doula

A profissional entrevistada tem 6 anos de atuação profissional na área, embora sua graduação e mestrado tenham sido na área da medicina veterinária, após ter vivenciado o parto normal decidiu fazer formação para atuar como doula, passando então a fazer diversos cursos específicos para doulas, entre eles formação junto a um Instituto Internacional de doulas.

A entrevistada, em sua experiência pessoal, teve que passar pela busca do parto normal, relatando que teve desejo, porém não tinha muito conhecimento acerca dos processos que envolviam o parto. Muito de sua experiência teve influência da mãe que teve 4 partos normais e sempre falou muito tranquilamente em relação a experiência do parto.

No entanto ao pesquisar sobre como era o processo de parto, ficou temerosa em relação ao momento do nascimento da filha:

(...) comecei a pesquisar aí eu comecei a ficar com medo porque eu vi que tinham várias intervenções entre elas a episiotomia, então eu ficava angustiada só de imaginar um corte na vagina no parto normal, fiquei morrendo de medo e aí foi pesquisando eu descobri que não era dessa forma, que o corte não era necessário e foi quando eu descobri essa coisa do parto humanizado, aí eu me identifiquei completamente e disse ‘é isso que eu quero para mim’ (ENTREVISTADA 1)

Essa fala evidencia, mais uma vez como medo das mulheres de sofrer violência obstétrica se confunde como medo do parto, o que na maioria das vezes leva mulheres a buscarem uma cesariana como meio de resguardar sua integridade física, conforme já

¹⁰ <http://www.maternidadealmeidacastro.com.br/programa.php?pro=2>

¹¹ A pesquisa foi realizada dando enfoque a assistência oferecida na maternidade, uma vez que a maioria dos partos em Mossoró ocorrem na instituição, por isso o nome dos demais hospitais foram preservados.

abordado anteriormente no presente trabalho.

Na contramão desse pensamento majoritário e através da busca de informações acerca do parto, a doula começou a buscar alternativas e a se interessar pela experiência de parto domiciliar, que, no fim das contas foi a forma escolhida por ela para o nascimento da filha.

Para acompanhar o parto, ela decidiu pela presença apenas de enfermeiras obstétricas e do esposo, o ambiente íntimo e sem intervenções permitiu que o parto transcorresse da forma planejada “foi uma experiência intensa, muito transformadora” (ENTREVISTADA 1). O processo todo durou 28 horas.

Em relação ao despertar do seu interesse para atuar como doula, aduziu que veio principalmente da vontade de passar informações para as mulheres após ter essa experiência positiva, afirmando que sua atuação profissional busca desmistificar o parto “veio muito de disso, de querer passar informação e de que é possível, que parto não é essa coisa horrorosa que todo mundo fala” (ENTREVISTADA 1).

Acerca do papel da doula antes, durante e depois do parto, a mesma comunicou que o principal papel é passar informação e esclarecer a mulher acerca dos processos do trabalho de parto, “fazer com que a mulher esteja mais tranquila e segura na hora em que o parto acontecer para que a mulher esteja preparada para aquele momento” (ENTREVISTADA 1). A doula também busca informar as gestantes sobre os profissionais, indicando aqueles que alinhados com a humanização do parto, ajudando a parturiente nessa busca.

Nesse sentido, a profissional aponta que ainda há dificuldade em encontrar profissionais humanizados “hoje é difícil você encontrar um profissional que esteja de acordo que acredite no parto normal como sendo mais benéfico para a mulher” (ENTREVISTADA 1).

Durante a gestação a doula, tem o objetivo de preparar a mulher para o processo do parto, dando suporte emocional, não fazendo nenhum procedimento médico ou de assistência médica, ressaltando ainda que não se confunde a atuação da doula com a atuação das mulheres antigamente conhecidas como parteiras, evidenciando ainda que

(...) a doula não realiza exame de toque, não afere a pressão, não verifica os batimentos cardíacos do bebê, tudo isso quem faz são os profissionais da assistência que são as enfermeiras, médicos e obstetrizes” a função da doula é “totalmente voltada e focada no suporte contínuo da mulher, no suporte emocional e físico, desde a gestação até o pós parto, não tem nenhum procedimento técnico que ela faça ”(ENTREVISTADA 1).

Os procedimentos realizados estão sempre voltados ao bem-estar da mulher, como, por exemplo, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor alívio e métodos complementares, como a aromaterapia, no entanto a assistência médica sempre será feita por um profissional de saúde, esses profissionais devem trabalhar em conjunto.

Assim, a atuação da doula não busca a retirada dos profissionais da assistência, uma vez que eles são necessários para o trabalho de parto, trabalhando em áreas diversas dando suporte para a mulher e para o bebê, conforme sua especialidade. Os profissionais da assistência médica (enfermeira, médico (a) e/ou obstetriz) “garantem a segurança, verificando se tudo está evoluindo bem e a doula entra como suporte da mulher dentro desse processo, o foco da doula é o suporte para mulher” (ENTREVISTADA 1).

No pós-parto a doula auxilia a mulher nas principais dúvidas em relação ao bebê e amamentação e no puerpério.

A profissional também pontua que o reconhecimento da existência da violência obstétrica perpassa por uma disputa entre os profissionais da saúde, uma vez que os médicos tendem a achar que essa violência é particularizada ao seu exercício profissional, no entanto:

(...) a violência obstétrica se refere a todo tipo de violência que a mulher vive durante o período da gestação, durante o período que ela tá recebendo assistência obstétrica seja de médicos, de enfermeiros, seja de uma doula, seja de assistência social. Então a violência obstétrica não é o médico obstetra praticando isso, mas são todos os profissionais que estão relacionados a assistência obstétrica (ENTREVISTADA 1)

Ao ser perguntada sobre se a busca do parto humanizado tem relação sobre diminuição da violência obstétrica, a profissional respondeu que há relação entre um e outra na medida em que

(...) a mulher tem acesso à informação, e aí eu acho que a grande chave dessa coisa da violência obstétrica é a informação, é algo que passa desde os profissionais mudarem sua conduta, eu acho que as coisas elas acontecem ao mesmo tempo: tanto os estudos vão surgindo, os profissionais vão se atualizando, mas que principalmente a mulher ela precisa ter informação (ENTREVISTADA 1, sic)

A entrevistada também faz observações sobre o perfil da mulher que busca o parto humanizado

(...) acho que quando a mulher tá em busca de um parto humanizado é porque ela tem um olhar diferenciado para aquele processo, de enxergar aquele processo (parto) como fisiológico e, a partir do momento que ela tá buscando informação, ela passa a buscar por uma assistência que seja adequada, que siga

as evidências científicas, que siga a OMS, ela busca esses profissionais, e por mais que ela não tenha esses profissionais ao lado dela ela passa a não aceitar procedimentos que são considerados violência obstétrica (ENTREVISTADA 1)

Para a entrevistada, o empoderamento da mulher juntamente com a busca por um parto humanizado diminui a incidência de violência obstétrica, pois, “a mulher passa a ter informação, saber o que ela quer e ter autonomia para decidir isso” (ENTREVISTADA 1).

Dentre os procedimentos adotados para o combate da violência obstétrica em sua atuação profissional, a mesma citou a informação como a principal fonte; o que é um dos temas tratados por ela em seus encontros com as gestantes, com enfoque nas intervenções necessárias e desnecessárias ao parto, tanto as praticadas na mulher quanto no bebê (ENTREVISTADA 1).

Nos referidos encontros com as parturientes, a doula aborda o plano de parto, que, segundo ela, é um grande aliado da mulher, uma vez que “quando você tem informação você (parturiente) sabe o que você quer, o que você não quer, e tem autonomia para isso”, dessa forma o plano de parto é uma ferramenta construída durante os encontros, ajuda “na consciência das escolhas e das possibilidades, quando a mulher não tem consciência das suas alternativas ela não está escolhendo, ela não consegue escolher, ela vai porque alguém disse para ela que aquilo era o melhor” (ENTREVISTADA 1).

Mesmo o plano de parto sendo um documento reconhecido pelo Ministério da Saúde nas *Diretrizes de assistência ao parto normal* (2017), a mesma aduz que alguns profissionais têm certa resistência, pois “enxergam plano de parto como se fosse muito restritivo na conduta deles, e não é, o plano de parto não é algo que a mulher escreve para dizer ‘eu quero que você faça isso’, ele(o plano de parto) mostra as preferências da mulher, com relação a assistência”, ressaltando que a maioria dos planos de parto se referem a situações em que o parto está evoluindo bem (ENTREVISTADA 1).

Doutro vértice, a entrevistada destaca os profissionais que têm conduta de assistência humanizada, tendem a incentivar que a gestante redija um plano de parto (ENTREVISTADA 1).

Quanto à percepção da doula sobre a assistência dispensada as parturientes pelo SUS e em planos particulares, a mesma observa que há uma certa diferenciação, principalmente em relação a informação passada pelos médicos para a gestante sobre os procedimentos feitos no momento do parto, ou até mesmo a falta de informação daqueles (ENTREVISTADA 1).

A mesma cita que já presenciou casos na maternidade em que obstetra fez exame de toque vaginal sem informar ou ter consentimento prévio da parturiente que estava sem acompanhante, e, esse mesmo profissional, ao perceber que ela estava acompanhando outra parturiente, foi solícito com a mulher que estava sendo acompanhada por ela. Para a entrevistada, a mudança de comportamento se deve, principalmente, pela percepção do obstetra de que a gestante estava sendo acompanhada por alguém com conhecimento técnico, o que evitou que ele reproduzisse o comportamento invasivo com a gestante por ela acompanhada. Assim, haveria uma desumanização maior no atendimento para pessoas com menor instrução, que em sua maioria utilizam o serviço público (ENTREVISTADA 1).

Por fim, acentua que mesmo que a mulher tenha informação é importante que esteja acompanhada de profissionais atualizados e favoráveis ao parto humanizado, enfatizando que a assistência inadequada leva ao sofrimento de violência obstétrica “a equipe também influencia muito, se ela está com equipe que não é tão atualizada, ou ainda tem práticas que são consideradas violência obstétrica, dificilmente ela vai conseguir fugir disso, por mais que ela tenha informação, porque ela vai ter assistência inadequada” (ENTREVISTADA 1).

Percebe-se, por fim, que atuação da doula tem foco na mulher e na sua autonomia exercida no momento do parto, assim, a assistência prestada pela profissional objetiva o empoderamento da mulher no processo de parto, bem como o apoio psicológico para que a mulher consiga ter consciência e escolha acerca dos procedimentos que serão feitos antes, durante e após o parto.

A presença desta profissional acompanhando o processo, permite que a mulher tenha voz ativa, uma vez que o centro da assistência dada pela doula é a mulher e não o nascituro, permitindo a humanização do parto em sua essência, e muitas vezes, coibindo possíveis violações.

3.3. Assistência ao parto: a perspectiva da enfermeira obstétrica

A entrevista com as profissionais da enfermagem passou por duas fases, na primeira foram contatadas duas profissionais individualmente, no entanto, elas não retornaram as perguntas solicitadas. Em outro momento, realizamos visitas à maternidade, onde uma profissional se dispôs a participar da pesquisa.

Frise-se que tentamos contato para que alguma técnica de enfermagem fosse

ouvida, no entanto, não houve disponibilidade por parte destas profissionais de participarem da entrevista. Isto posto, passamos ao relato da conversa.

A profissional entrevistada é enfermeira, já trabalhou em outros setores da maternidade e atualmente trabalha no centro obstétrico, devido ao seu interesse pela atuação na sala de parto.

Acerca do papel da enfermeira obstétrica antes, durante e depois do parto informa que não há estrutura suficiente para prestar a atuação específica como o ofício exige, devido à grande demanda da maternidade uma vez que “a maternidade atende não só Mossoró, mas toda a região, e tem uma rotatividade grande, dentro de 24 horas chegamos a fazer 30 partos, entre cesárea e parto normal” (ENTREVISTADA 2).

A profissional informou que no centro obstétrico trabalha apenas uma enfermeira, que se desdobra entre a assistência do centro cirúrgico, pré-parto e toda supervisão, acabando por fazer também a parte de serviço social e apoio psicológico das parturientes. Atualmente, não há “protocolo nem serviço especificamente voltado para a enfermeira obstétrica” (ENTREVISTADA 2).

Verifica-se então, uma sobrecarga dos profissionais, sobretudo em relação ao número limitado de enfermeiras obstétricas para a grande quantidade de gestantes que o hospital recebe, muitas vezes impossibilitando a realização de procedimentos assistenciais próprios da enfermagem que proporcionam a humanização dos processos.

No entanto, a existência de outras profissionais, como técnicas de enfermagem, supriria o menor número de enfermeiras, uma vez que também são capacitadas para oferecer assistência humanizada, conforme veremos a seguir.

Assim, a entrevistada informou que atualmente há uma equipe dividida em dois eixos de atuação: a equipe do pré-parto - formada por técnicas de enfermagem -, e a equipe do centro cirúrgico, responsável por cesáreas e curetagem das pacientes em abortamento. A profissional trabalha entre os dois setores, só realizando atenção específica a gestante em dias de menor demanda (ENTREVISTADA2).

Informou ainda que as técnicas de enfermagem, responsáveis pela assistência do pré-parto, tem capacitação em cursos para doulas, bem como tem treinamento para utilização de métodos não-farmacológicos para alívio da dor. Desta forma, a enfermeira, rotineiramente, atua apenas supervisionando e não realiza a atenção durante o pré-parto uma vez que essa função é realizada pelas técnicas em enfermagem (ENTREVISTADA2).

Acerca da rotina de procedimentos, a mesma informa que não há procedimentos específicos, uma vez que os procedimentos são adaptados dependendo do plantão do dia,

principalmente “tudo depende da demanda do dia, nós somos hoje um serviço que tem mais procedimentos de cesárea do que parto normal, na maioria das vezes a enfermeira fica mais dentro do bloco cirúrgico do que da sala de parto” (ENTREVISTADA 2).

Assim, a entrevistada confirma o elevado número de cesáreas que acontecem diariamente no hospital. Esse aumento do número de cesáreas é perceptível pelas profissionais de saúde, e ressaltam os dados alarmantes do número de cesáreas excessivos, acima dos níveis recomendados pela OMS.

A profissional também informou que houve um aumento da demanda de partos de alto risco “o número de alto risco está tomando uma desproporção gigante, comparado as situações normais”, informa que está se tornando raro chegarem casos em que está tudo dentro da normalidade “hoje é mais difícil uma paciente que chegue tranquila, em trabalho de parto tranquilo” (ENTREVISTADA 2).

Asseverou que devido a maioria das demandas serem de alto risco, dificultam a realização de procedimentos humanizados, uma vez que normalmente exigem uma cesárea de urgência (ENTREVISTADA 2).

A enfermeira obstétrica aduz que os casos de partos de risco podem estar associados a diversos fatores “pode estar associado a tudo, a um pré-natal que não aconteceu bem”, isso refletiria no grande número de cesáreas “a falta do pré-natal e (falta de) preparo dessas mulheres antes de chegar na maternidade, elas mesmo chegam com o psicológico trabalhado de que jamais (fariam parto normal)” (ENTREVISTADA 2).

Tal fala, constata uma falha no atendimento das mulheres no pré-natal, visto que a assistência humanizada vai além daquela ofertada no momento do parto. A mulher deve ter acesso à acompanhamento e informação durante toda a gravidez, sendo tratada de forma respeitosa de forma a preservar sua dignidade. Ademais, isso implica em informar a mulher quais os procedimentos são necessários e quais são dispensáveis, bem como ofertar assistência psicológica adequada as mulheres que apresentam fobia do parto, conforme disposto nas *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal* (BRASIL, 2017).

A atenção primária no nosso país fica a critério do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), possuindo atendimento multidisciplinar, ficando a critério do município definir as necessidades locais e os profissionais que irão compor as equipes. Segundo informações do site do Ministério da Saúde as equipes poderão ser compostas por:

nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, ginecologistas, obstetras e outros especialistas.¹²

Assim, verifica-se uma atuação ineficiente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, uma vez que é relatado pela entrevistada que não há preparo adequado das gestantes para o parto.

A falta de preparo psicológico e o pré-natal deficiente, na perspectiva da profissional entrevistada, levaria as mulheres a preferirem a cesariana. Nas suas palavras: “se a gente for tentar trabalhar ela (a parturiente) a gente tem que trabalhar a parte informativa, a parte de orientação e trabalhar o convencimento dela a ter o parto normal ao parto cesáreo” (ENTREVISTADA 2).

Evidencia-se, portanto a necessidade de uma profissional específica de suporte e apoio psicológico para a mulher em situação de parto ou abortamento.

Segundo a profissional, em muitos casos a orientação pelo parto normal é visto pela paciente como uma violação “ela (parturiente) já chega aqui, como se no parto normal a gente (equipe de assistência) estivesse submetendo ela a um sofrimento” (ENTREVISTADA 2).

Acerca da diferença entre a assistência do SUS e a particular, a mesma informa não enxergar qualquer diferença estrutural, mas sim, de informação dispensadas a essas mulheres “as pacientes que vem do serviço particular, a classe média e alta, recebem mais informação e tem acesso a um pré-natal de qualidade, por isso elas tendem a ser mais informadas”, essa informação levaria a escolha pela via de parto normal “hoje em dia elas estão tendendo a procurar o parto normal, (...) elas (parturientes) estão lá porque elas querem estar lá, porque elas se informaram, por que elas buscaram” (ENTREVISTADA 2).

Percebe-se o fator classe, ligado a baixa escolarização, como intensificador da violência, já que as mulheres de classe média/alta possuem maior acesso a informação e podem durante toda a gestação fazer um pré-natal, se preparando para o parto natural. De outra forma, a mulher pobre tende a se submeter a uma cirurgia cesariana, pois são induzidas a achar que é o meio mais seguro para terem seus filhos, uma vez que não tem acesso as evidências científicas que informem a realidade oposta. A falta de qualidade do pré-natal se mostra mais uma vez o fator determinante para que as mulheres optem (por vontade própria) pela cesárea.

Quando perguntada sobre violência obstétrica a mesma informou “eu não vejo

¹² Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>

violência obstétrica em tudo não, as pessoas associam muito uma coisa muito simples a violência obstétrica” como exemplo, citou a episiotomia com indicação clínica “naquele momento pode estar acontecendo uma intercorrência e a gente tem que fazer uma manobra nela para o bebê nascer, eu associo isso a falta de informação”, complementando

(...) eu acho que a violência obstétrica ela precisa ser revista da forma em que a gente tá oferecendo a informação, acho que ela criou a proporção de banalização da informação(...) existem realmente pessoas que cometem violência obstétrica que é quando você está cometendo uma coisa que não tem necessidade, que vai contra a lei, ou que é desnecessário, mas muitas vezes os procedimentos são necessários (ENTREVISTADA 2).

Alertou ainda que o uso das redes sociais pode passar a ideia errônea de um profissional que em determinada situação realizou algum procedimento necessário “hoje em dia qualquer um faz um *post* diz que foi violentado e aquilo ali eu estou queimando a imagem de um profissional, sem entender o que aquilo (procedimento) quis representar” (ENTREVISTADA 2,sic)

A entrevistada disse não observar casos de violência obstétrica na maternidade, no entanto, diz que algumas intervenções podem ser interpretadas como violações

(...)se você perguntar a pessoas que tenham outra visão, elas vão dizer que sim porque a gente teve que submeter elas a uma episiotomia ou algumas outras manobras. Para aquela pessoa foi frustrante porquê ela passou o pré-natal (pensando): ‘fulano pariu de modo natural e eu não consegui parir, eu tive que passar por alguma intercorrência diferente e me frustrou’(...). Eu acho que cada caso é um caso e cada parto é um risco (ENTREVISTADA 2, sic)

Embora, informe que não há casos, aduziu que ainda existem profissionais, sobretudo médicos, que indicam procedimentos sem comprovação científica da eficácia, como a manobra de *Kristeller*,¹³ e que as enfermeiras e técnicas de enfermagem se negam, atualmente, a realizar tal manobra (ENTREVISTADA2).

A profissional frisou que na realidade atual da maternidade “acho a equipe, tanto médicos quanto de enfermeiros preparados para deixar a paciente escolher realmente o que ela quer. Agora, chega determinadas situações foge do que a paciente quer, e a gente (equipe) tem que partir para uma conduta do que é necessário” (ENTREVISTADA2).

A profissional também acredita que a busca por parto humanizado tem contribuído para diminuição da ocorrência de violência obstétrica

(...)antigamente era como se a mulher não tivesse voz, por que ela não tinha acesso a informação. Era uma coisa de que quem dominava ali naquele momento era o médico, a parteira e pronto. Hoje em dia a pessoa tem mais

¹³ Manobra em que o profissional sobe na barriga da gestante com o objetivo de empurrar bebê para baixo

acesso a informação, sentem a necessidade de saber o que vai acontecer (no parto), (...)inclusive hoje, acho que a gente nem presencia muito esse negócio de violência obstétrica (ENTREVISTADA 2, sic)

Com relação aos procedimentos adotados para coibir a violência obstétrica, ela informou que na maternidade existe o projeto do *Parto Feliz*, e o contato direto com o médico ao dar entrada na maternidade possibilita à parturiente uma conversa acerca do que será feito durante o parto

(...)é uma relação paciente médico onde ali ela pode explicar, muitas vezes o médico diz ‘vou indicar sua cesárea’ e ela pode perguntar o motivo(...) existem muitas indicações que foge da realidade de ter o parto normal. Mas se não tem nenhuma indicação e ele (médico) está querendo indicar só porquê pra ele é mais conveniente indicar, hoje ela mesmo diz ‘não, doutor, eu quero ter normal’. E eu nunca presenciei um médico negar(...). E quando a mulher quer, colabora e vem com um psicológico preparado é lindo(...) é isso que me fascina. (...). Por isso que eu digo que hoje um dos maiores entraves que a gente tem é a falta de informação da paciente, porquê quando ela chega aqui e diz ‘eu quero’ a gente está aqui para acolher, a gente tem as PPP’s (salas de parto) montadas, tudo o que tem no particular tem na do SUS, hoje a mulher tem uma voz (ENTREVISTADA 2)

Quanto ao papel da enfermeira no enfrentamento da violência obstétrica, a profissional diz que “a evolução partiu muito da enfermagem, porque antes a voz era exclusivamente médica. Quando a enfermagem ganhou espaço isso colaborou muito, a enfermagem está diretamente ligada a paciente, nós somos a voz representante maior da paciente” (ENTREVISTADA 2, sic).

De forma geral, a assistência da enfermagem é voltada para o bem geral do procedimento de parto, avaliando tanto mãe quanto bebê, fazendo intervenções necessárias para o bem-estar de ambos.

No entanto, através da fala em entrevista, foi possível perceber que a autonomia decisória da mulher ainda fica em segundo plano quando sopesado pelo bem-estar do nascituro ou da própria mulher.

3.4. Assistência ao parto: a perspectiva dos médicos obstetras

As entrevistas com médicos obstetras foram realizadas pessoalmente com dois profissionais, através de visita ao consultório particular e à maternidade, aos quais, para fins pedagógicos, chamaremos de Médico A e Médico B. Saliente-se que tentamos contato com 11 profissionais, dentre visitas aos consultórios e contatos telefônicos, porém apenas 2 aceitaram participar da presente pesquisa.

O Médico A, é ginecologista e obstetra há 20 anos, já atuou como gestor público e médico da saúde rural em outros Estados e, atualmente, trabalha no projeto de humanização do parto em Mossoró.

O Médico B tem 35 anos e trabalha na obstetrícia há 6 anos, o seu interesse na especialidade surgiu pela dinâmica dos processos que envolvem a área.

Ao chegar em Mossoró o Médico A se deparou com uma porcentagem aproximada de 0% de partos normais na rede privada, o que o mesmo classificou como

(...) uma situação assustadora, pois às vezes a gente fica dando muita atenção a rede pública, mas a rede pública, mal ou bem, está tendo seus partos normais, não aos moldes da Organização mundial de saúde, mas tá tendo, agora na rede privada isso é praticamente inexistente, há 4 anos atrás praticamente era zero, a não ser que por conta própria nascesse a caminho, mas a princípio era (apenas) parto cirúrgico (MÉDICO A)

Segundo o Médico A isso se devia há diversos fatores “desde uma paciente que é orientada pela mãe que o parto normal é ruim, até mesmo um profissional que acha que é mais lucrativo fazer uma cesárea”.

Além disso, alega haver outros fatores que explicam o número exacerbado de cesáreas, como “uma estrutura hospitalar despreparada para parto normal (na área privada)” e a falta de profissionais disponíveis 24 horas para atender as parturientes, da forma que existe na rede pública através da maternidade. Frisou que em nenhum outro hospital de Mossoró tem obstetra plantonista (MÉDICO A).

Acerca do papel do médico no pré-natal, o Médico A informou que é de “papel dele é balizar o que é normal para uma gestação e o que não é normal para uma gestação, corrigir essa situação, se possível” sendo “o apoio técnico para as decisões dela (gestante)”.

Durante o parto informa que o papel também é de apoio técnico, dizendo que o obstetra “não fica como centro das atenções, nossa intenção é que a paciente seja protagonista desse milagre, que é dela mesmo, mas que ela faça isso com toda segurança” (MÉDICO A).

Por outro lado, o Médico B acredita que o obstetra é a figura central de todo o processo, tendo “papel de conduzir todo o processo”, sendo o profissional obstetra “o profissional que tem, indiscutivelmente, a formação adequada para conduzir o antes, o durante e o pós-parto”, também acreditando que “a função primordial de oferecer a melhor assistência técnica a gestante” (MÉDICO B).

A visão de ambos, revela duas vertentes na assistência ao parto, uma voltada para

a mulher como protagonista (MÉDICO A), e outra voltada para o médico como centro (MÉDICO B).

Conforme já indicado, a visão medicalizada dos processos que envolvem o parto torna um ambiente propício para violações dos direitos das mulheres, uma vez que retiram a sua autonomia de decidir o que pode ou não ser feito do seu corpo antes, durante e após o parto.

O Médico A também fala que as crenças particulares podem atrapalhar a gestante no parto “muitas delas (gestantes) é a primeira vez, muitas elas carregam mitos e tabus que atrapalhariam o desempenho delas, a gente tenta quebrar estes tabus”, ao mesmo tempo que reconhece a responsabilidade do médico na assistência

(...) nós que somos profissionais estamos numa conduta crescente de modificar o nosso comportamento, porque na intenção da gente trazer o bem-estar para a gestante, a gente (classe médica) criou uma fórmula de condutas e códigos para poder tratar uma paciente, só que a gente esqueceu que a gente tem que particularizar cada um. Nesse projeto a gente tenta particularizar cada paciente, cada cenário, é um trabalho árduo porque a gente passa a ter que pensar mais, mas esse é o nosso papel (MÉDICO A)

Em relação ao pós-parto o Médico A, informa que é o acompanhamento da gestante, com uma equipe da maternidade para acompanhar o processo de amamentação, dando, novamente apoio técnico já que as “decisões sempre serão da protagonista que é a mãe” (MÉDICO A).

Acerca do plano de parto o Médico A informa ser importante, no entanto “não pode ser confundido ele não é um contrato, na verdade ele é uma forma de expressar de cada paciente dizer ‘olha isso que me preocupa’ ‘eu não gostaria que isso acontecesse, realmente é necessário?’ ” (MÉDICO A).

Também revelou que entre os colegas obstetras há receios acerca do plano de parto “eles também veem dessa forma ‘é um contrato eu tenho que fazer aquilo a todo o custo’, e, no entanto, não é bem isso” (MÉDICO A).

Informou também que as parturientes são alertadas quando não é possível cumprir o plano de parto “o plano de parto, se a gente não conseguir cumprir, é só na intenção de não prejudicar a paciente” (MÉDICO A). E em função da dinâmica do trabalho de parto, pode-se adotar posturas diversas do plano

(...)tem certas situações que ela sonha e pesquisa de um jeito, mas, infelizmente, não vai do jeito que ela quer, e, tem que lembrar que o parto não é um produto, que a gente entrega para ela como se fosse um comércio, tem situações que a gente tem que corrigir, e, às vezes pode ser mal interpretado pela paciente, ‘ah,

você descumpriu’, como se fosse um pacto de sangue, o plano de parto é um balizador por escrito do que a paciente quer e do que o médico pode fazer (MÉDICO A)

No entanto, o médico A aduz que o plano de parto é discutido entre toda a equipe, obstetra, pediatra e doula, sendo “o plano de parto sempre muito bem-vindo, mas ele tem que ser interpretado de maneira correta” (MÉDICO A).

Por sua vez, o médico B informa que não é contra o plano de parto “desde que não nos imponha ou limite em realizar procedimentos consagrados do ponto de vista científico”, como exemplo de procedimento ele cita a episiotomia, informando ainda que ela não é feita de rotina

(...)a episiotomia é demonizada(...) e não é assim, cientificamente é comprovado que existe um número de indicações clínicas, o que não se deve fazer é fazer para todo mundo, mas fazer quando bem indicado sim, (...) a gente por experiência sabe quando precisa e quando não precisa(...) é uma lesão, mas que previne outras lesões mais graves (MÉDICO B)

O entrevistado B informa que busca discutir com a gestante o plano de parto e conversar sobre o que é possível dentro do que está proposto no plano.

Nesse ponto, percebemos que ambos os profissionais têm condutas semelhantes acerca do plano de parto, condizentes com as indicações do Ministério da Saúde, no entanto fazemos ressalva em relação ao procedimento de episiotomia, citado pelo médico B.

Conforme já tratado anteriormente, nas *Diretrizes de atenção a gestante: parto normal* a episiotomia não deve ser realizada de rotina, além disso, não há evidências que estabeleçam em qual situação ela deva ser realizada, assim, deixa-se em aberto as possibilidades para que o profissional médico faça uso da técnica, mesmo sem ter comprovações da sua necessidade.

Por não ter evidências científicas que comprovem os benefícios do seu uso irrestrito, deve ter uso criterioso e raro, o que normalmente não ocorre na assistência ao parto no país.

Acerca do pré-natal, o entrevistado A também noticiou que no pré-natal busca informar as gestantes acerca dos riscos do parto normal e cesárea, não banalizando o parto cirúrgico, pois “muitas vezes ela (gestante) vê o parto cirúrgico como se fosse uma fuga da dor, e na verdade o parto cesáreo tem um ônus caro, pode não ser agora, mas no futuro”, falando ainda sobre a lei aprovada no estado de São Paulo acerca do parto cesáreo

(...)(a lei) acha que a paciente tem direito de escolher o parto cesáreo. Sim, eu também concordo que ela pode ter essa opção, mas ela tem que ter certeza do que está escolhendo(...) o procedimento é um procedimento agressivo, por mais que seja feito por um colega de ilibada técnica(...) tem que estar ciente que é um procedimento de risco, não dá para banalizar a cesárea como se fosse uma coisa simplória (MÉDICO A, sic)

Em sua fala o Médico B informa que também discute os riscos do parto e da cirurgia cesárea

(...)hoje em dia as pacientes, muito por desinformação, preferem o parto cesariano, diria que uns 80% das pacientes preferem, já está mudando um pouco, há 5 anos ninguém queria parto normal, o papel que estamos fazendo é informar mais e as pacientes estão voltando a querer parto normal. Quando elas falam de cesárea a gente escuta e explica os prós e os contras, apesar de que a cesárea é um procedimento extremamente seguro (MÉDICO B)

Quanto aos procedimentos de rotina antes, durante e depois do parto o Médico A informa que não costuma fazer procedimentos de rotina, adotando uma conduta específica para cada paciente, aduz “humanização do parto é isso, tirar essa mecanização dos processos, que tem que ser desse jeito, que mulher tem que parir deitada, ela tem que fazer força assim, tem que respirar igual cachorrinho, é essa mecanização que a gente está tentando quebrar” (sic). Anuncia ainda que cada assistência é balizada em evidências científicas e estatísticas (MÉDICO A).

De mesma forma, o Médico B informa que não há nenhum procedimento de rotina “especialmente se o trabalho de parto está fluindo de uma forma espontânea com a evolução prevista”, quando o trabalho de parto não está evoluindo da forma esperada “é interessante para saúde do bebê que se faça algumas coisas, como por exemplo, ajudar a contração com ocitocina”, enfatizando novamente que a “episiotomia quando realizada no momento certo não tem nenhum problema para mãe e para o bebê” (MÉDICO B).

Quanto a diferença entre assistência dispensada para pacientes do SUS e particular, informa que em nível de Brasil, em Mossoró há um projeto de humanização do parto que atende bem ambos os casos, no entanto a continuidade desse projeto depende da gestão e de recursos, tendo fatores externos que influenciam “se vai vir recurso ou se não vai, não depende só de bons profissionais, depende de uma gestão comprometida” (MÉDICO A).

Informou ainda que a maternidade funciona de forma eficiente devido a intervenção da Justiça federal, no entanto, hoje é responsável por atender mais de 81 municípios adjacentes, e que, esses outros municípios “só enviam as pacientes, não enviam recursos” o que pode comprometer a qualidade e continuidade do atendimento as

parturientes (MÉDICO A).

Já o Médico B acredita que existe diferença na assistência. Nas suas palavras:

(...) a paciente particular e convênio tem a prerrogativa de escolher a via de parto(...) se é de convenio ou particular ela escolhe a via de parto, pode escolher uma cesárea, no SUS, por política do Ministério da Saúde e respaldado por evidencia científica, a gente tenta mais o parto normal (MÉDICO B)

Ao ser perguntado acerca da violência obstétrica, o Médico A asseverou que

(...) a nossa federação (CFM) tentou tirar esse termo, parece que remete somente ao obstetra, mas realmente ela empurra como se fosse só o obstetra que faz violência, e, na verdade, desde um acompanhante que grita com a paciente ‘faça força’ ‘você não chorava assim quando você fez seu bebê’, isso é uma violência, e é o acompanhante dela, de escolha dela. Até uma recepcionista, se responder de maneira agressiva, e não der a devida atenção. Então a violência obstétrica, ela remete a vários pontos (MÉDICO A)

Sobre o mesmo tema, o Médico B informou ser “inegável que ela existe, porém o que é mais frequente é uma banalização do termo e uma generalização com todos os profissionais envolvidos, desde a enfermagem, até médico e anestesista. Mas, ela existe e precisa ser combatida”.

Acerca da ligação entre humanização do parto e combate da violência obstétrica, o Médico A, embora concorde que a humanização do parto é uma forma de combate à violência, informa que apenas isso não é suficiente para extingui-la

(...) não depende só da humanização, dá de perceber às vezes a pessoa (profissional da saúde) tá agindo conforme uma tradição, ela acha que tá fazendo corretamente, seus colegas também agem porque ensinaram eles assim, até um tempo atrás era desse jeito e tudo estava dando certo, e ele? (profissional) não tem culpa disso (Médico A)

O Médico B, no entanto, não acredita que a busca por um parto humanizado, por si só, diminua a incidência de violência obstétrica

(...) acredito traz mais efeito a diminuição de qualquer tipo de violência, seja ela obstétrica ou no atendimento de saúde de uma forma geral, por que a violência obstétrica virou moda né? Mas a violência a pessoa, nos serviços de saúde ela existe desde sempre, e eu acredito que ela tem diminuído mais em relação a formação profissional, se formam profissionais mais humanizados, do que mesmo moda de rede social ou mídias sociais

O Médico A ainda informa que na maternidade é feito trabalho de conscientização dos profissionais acerca das ações caracterizadas como violência “a gente está começando a perceber que os colegas antigos já estão mudando dos comportamentos,

já tão melhorando a sua postura, mas isso é um trabalho a longo prazo” (MÉDICO A).

Também enfatiza que muitas mulheres que sofrem a violência obstétrica não têm consciência de que aquilo é uma violação “realmente sinto pelas mulheres que tem que sofrer com essa situação, e às vezes elas passam despercebidas. Ali, naquele momento de emoção, ela percebe que sofreu essa violência” (MÉDICO A).

O Médico A também assevera a falta de participação masculina durante a gestação, e que, muitas vezes, acaba por dificultar o processo, ou até mesmo ser agente de violação contra a parturiente

(...) tem muito acompanhante despreparado, a gente tem um curso para gestantes na maternidade e, infelizmente, o pessoal do SUS tá deixando de ir, (...) o pai tem direito de participar, mas ele não participa de nenhuma reunião, para ele saber como se comportar lá dentro, para em vez de atrapalhar ele ajudar o processo (MÉDICO A).

Quanto os instrumentos para coibir práticas de violência obstétrica o Médico A, informa que existe equipe na maternidade que acompanha as situações de possíveis violações “a equipe tem líderes de todos os seguimentos: médicos, assistentes sociais, bem como tem um advogado da própria entidade que presta suporte jurídico, e que mostra para o colega que isso (determinada atitude) é cabível de uma ação”. Sendo feito trabalho de conscientização dos profissionais (MÉDICO A).

Neste sentido, o médico B desconhece se há algum programa específico para isso, mas afirmou que:

(...) de forma indireta os profissionais buscam dar o atendimento mais humano possível, desde a cesárea. Quando se fala em violência obstétrica, há muito desconhecimento, atribuindo a cesárea como se fosse violência obstétrica. Na verdade a cesárea é um procedimento médico que o objetivo principal é diminuir sofrimento e risco para mãe e para o bebê (MÉDICO B).

Acerca do papel do médico no enfrentamento da violência obstétrica o profissional B informa que às vezes as enfermeiras, técnicas de enfermagem e doulas “se acham as guardiãs do atendimento humanizando, de fato elas atuam mais nesse campo e batalha e tem essa importância”, tendo o médico um papel diferente

(...) acredito que possa se fazer mais, o médico atua muito nisso, de forma que ele tenha ciência de que tem que prestar uma boa assistência, o que vem muito da formação do médico, acredito que hoje tende-se a formar profissionais cada vez mais capacitados, técnica e humanamente falando (MÉDICO B).

Assim percebe-se que ambos os profissionais têm a compreensão acerca da

violência obstétrica, bem como são conscientes a respeito das práticas embasadas ou não cientificamente, no entanto, a assistência de ambos tem enfoques distintos.

O Médico A entende a mulher como centro do processo do parto, cabendo a ela as escolhas referentes ao seu corpo e procedimentos realizados, por sua vez, o Médico B, entende o profissional como centro do parto, cabendo a ele a palavra final acerca do que é melhor ou não naquele momento para mãe e bebê.

Constata-se então, na fala do Médico B, resquícios da medicalização do parto, onde o especialista deveria tomar todas as decisões, por ter o conhecimento técnico para tanto. Embora, o saber técnico seja essencial, ao verificar o parto sob uma perspectiva humanizada, o saber científico não pode se sobressair a manutenção da dignidade da mulher, uma vez que deve ser preservada sua autonomia sobre o seu corpo, assim as decisões devem ir além da premissa básica de preservação do nascituro acima da dignidade da parturiente. Assim, todas as decisões devem ir de encontro com a vontade da mulher, perpassando pelo seu consentimento, sempre que possível, ou de acordo com o plano de parto.

3.5. Assistência ao parto: a perspectiva das gestantes

O questionário foi aplicado em um período de 15 dias (20 de setembro à 04 de outubro de 2019), através do *whatsapp*, à grupos de gestantes e parturientes da própria maternidade, quanto a grupos de mulheres acompanhadas pela doula. No questionário, um total de 64 mulheres responderam à pesquisa.

Questionadas sobre o local do trabalho de parto mais recente, 83% das mulheres responderam que o parto foi realizado na Maternidade, 11% no Hospital X, 5% no Hospital Y e 1% parto foi domiciliar. Ressalte-se que os nascimentos ocorridos nos Hospitais X e Y são realizados exclusivamente por meio de cirurgia cesárea, os demais são encaminhados para a maternidade local que tem estrutura para parto normal e cesárea.

Entre as mulheres pesquisadas, 78% das mulheres tiveram seus partos custeados pelo plano de saúde e recursos particulares, ou seja, NÃO SUS; 22% pelo SUS. Assim, a maioria das mulheres pesquisadas teve o parto pela rede privada de saúde.

Por meio do questionário é possível traçar um perfil das mulheres que buscam um parto humanizado.

Dentre as mulheres pesquisadas, temos as seguintes faixas etárias:

Tabela 1 – Perfil etário das mulheres pesquisadas

Menos de 20 anos	6,3%
21 anos a 25 anos	17,2%
26 anos e 30 anos	31,3%
31 e 35 anos	26,6%
Acima de 36	18,8%

Fonte: A autora (2019)

Dessas mulheres, 67% estavam na experiência do primeiro filho, 27% no segundo parto e apenas 6% com 3 filhos. Nenhuma das mulheres pesquisadas tinha mais de 3 filhos.

Sobre o estado civil:

Tabela 2 – Estado Civil das mulheres pesquisadas

Casada Civilmente	66%
União Estável	18%
Relacionamento Estável	14%
Não Estão Em Um Relacionamento	2%

Fonte: A autora (2019)

Dessas mulheres, 61 são heterossexuais (96%), duas bissexuais (3%) e, apenas uma (1%) se reconheceu como lésbica.

Quando questionadas se o estado conjugal influenciou no tratamento recebido apenas 11% informaram que sim, apontando como razão que ter seu companheiro ao lado foi importante para que tivessem sua vontade respeitada durante o trabalho de parto. Para exemplificar, a mulher A: “me senti mais respeitada, acolhida e melhor atendida por ter meu namorado ao lado em todos os momentos”. Já a mulher B: “Meu marido fez exigências importantes para o meu bem-estar que no momento eu não tinha condições emocionais e físicas de fazer”. A mulher C “O apoio do meu esposo foi fundamental para me deixar um pouco menos nervosa e com medo”.

Ademais, sobre a influência do estado conjugal na assistência recebida, 54% das mulheres informaram que não perceberam qualquer interferência, 5% responderam que talvez, mas não apresentavam certeza e 30% disseram que não sabiam informar.

Levando em consideração as mulheres que responderam que sim, percebemos que se trata de uma questão de segurança por ter alguém de sua confiança acompanhando o trabalho, do que propriamente uma questão de status conjugal ou de relacionamento.

Segundo a OMS (1996, p. 25) “o apoio reconfortante constante de uma pessoa envolvida diminui significativamente a ansiedade e a sensação de ter tido um parto difícil”. Salienta-se que esse apoio pode ser de qualquer pessoa de confiança da mulher “seu parceiro, sua melhor amiga, uma doula”.

Em relação especificamente à presença de acompanhante:

Tabela 3 – Presença de acompanhante desde a admissão no hospital até o trabalho de parto

Sim, tiveram	Não, não tiveram
92%	8%

Fonte: a autora (2019)

Dentre as justificativas dadas para que as mulheres não tivessem direito a acompanhante foram a falta de estrutura do hospital ou porque a equipe médica não permitiu.

A questão estrutural se dá principalmente pelos quartos do pré-parto da maternidade serem conjuntos, assim só é permitido entrada de mulheres, sendo vetada a entrada dos acompanhantes homens. Embora viole uma garantia contida na lei 11.108/2005, onde a mulher tem direito a acompanhante à sua escolha, a maternidade justifica o descumprimento da lei, em razão de considerar a medida necessária para preservar a intimidade das demais gestantes que estão em trabalho de parto.

Se por um lado tem-se a necessidade de afastar a presença de homens para garantir a privacidade da mulher, revelando uma preocupação quanto a de homens presenciando o trabalho de parto poderia ser potencialmente perigoso para as parturientes, por outro lado temos o afastamento dos homens no local do parto, simbolicamente, afastando-os da experiência do nascimento, reforçando a responsabilidade isolada da mulher perante a criança que está por vir.

Neste sentido, em pesquisa realizada por Silvana Regina Rossi Kissula Souza e Dulce Maria Rosa Gualda (2016) acerca da percepção da mulher e do acompanhante no trabalho de parto, foi destacado que a presença do companheiro/pai, na hora do parto ajuda a reforçar a formação de vínculo pai-filho (a) e na consolidação do vínculo familiar, além do fortalecimento do vínculo do casal.

Assim, causar empecilhos para que a mulher tenha acompanhamento, além de violação de lei federal, causa impactos imensuráveis na vida particular das parturientes.

Para melhorar a assistência e o acompanhamento da mulher a OMS (1996, p. 27)

recomenda que “deve-se fornecer assistência especializada na comunidade onde a mulher mora ou local próximo, em vez de concentrar todas as parturientes numa grande unidade obstétrica”, isso possibilitaria um atendimento individualizado, de acordo com as necessidades das parturientes, preservando a privacidade da mulher em trabalho de parto. Por óbvio, essas questões perpassam por um viés de interesse político, uma vez que demandariam maior investimento em infraestrutura adequada.

Considerando a renda das entrevistadas:

Tabela 4 – renda familiar

até dois salários-mínimos	20%
2 a 4 salários-mínimos	33%
de 4 a 10 salários-mínimos	28%
10 a 20 salários mínimos	19%

Fonte: a autora (2019)

Tabela 5 – Cor

Pardas	50%
Branças	43,8%
Pretas	3,1%
Amarelas	3,1%

Fonte: a autora (2019)

Para fins metodológicos, consideraremos negras as mulheres que se consideraram pardas e pretas, sendo assim 53,1% das mulheres da pesquisa podem ser consideradas da população negra.

As mulheres negras (pretas e pardas) são aquelas que sofrem mais com violência obstétrica. Conforme já afirmado, segundo pesquisa *Nascer no Brasil*, são elas as que recebem menos analgesia e que tem menos direito a acompanhante na hora do parto (menos de 27%). Outro dado alarmante é que 62,8% das mortes maternas são das negras.

Destaque-se que a mortalidade materna, em sua maioria, se dá por causas diretas que (complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério) decorrentes principalmente de intervenções, omissões, tratamento incorreto como por exemplo doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), hemorragias, aborto. Essas são causas evitáveis que poderiam ser corrigidas com tratamento de pré-natal adequado durante a gravidez.

O fato de mulheres negras sofrerem mais com a mortalidade materna evidencia a má qualidade de acompanhamento pré-natal oferecido a elas. Essa característica revela o racismo institucional a que estão submetidas as mulheres negras, repercutindo na esfera obstétrica.

Sobre a formação:

Tabela 6 – Escolaridade

Ensino fundamental completo	3,1%
ensino médio incompleto	4,7%
ensino médio completo	18,8%
ensino superior incompleto	12,5%
ensino superior incompleto	60,9%

Fonte: a autora (2019)

Denota-se que a maioria das mulheres que busca o parto humanizado tem um maior nível de instrução formal. Dados semelhantes encontrados nas pesquisas de JUNIOR, STEFANNI e BONAMIGO (2013) e CASTRO, M.R et al (2013) apud Jeysica P. M. Santos *et al* (2013), onde o maior acesso à informação influência na escolha da via de parto.

Acerca das informações prestadas as gestantes no pré-natal:

Tabela 7- Informações prestadas durante o pré-natal – tratamentos e exames

Sim, foram informadas sobre a importância de realizar os exames e concluir os tratamentos	91%
Mais ou menos informadas	8%
Não teve informações	2%

Fonte: a autora (2019)

Tabela 8- Informações sobre risco e benefícios do parto normal e cesárea

Sim, foram informadas riscos e benefícios	78%
Não tiveram qualquer informação	22%

Fonte: a autora (2019)

A maioria das mulheres pesquisadas tinha apenas 1 filho (43), em contrapartida

as 17 mulheres que tinham dois filhos e 4 mulheres que tinham 3 filhos. Das 21 mulheres que tem mais de um filho, as experiências de parto anteriores foram: 12 mulheres tiveram partos normais, sendo 4 humanizados; 9 tiveram partos cesáreos.

A mais recente experiência de parto dessas mulheres foram:

Tabela 9- experiência de parto

Normal	Cesárea
64%	36%

Fonte: a autora (2019)

Entre as cirurgias cesáreas 14 foram considerados cesáreas humanizadas pelas parturientes; e 82% dos partos normais foram considerados procedimentos humanizados pelas mulheres.

Esse índice, embora alto para os padrões da OMS, confirma a realidade brasileira já apresentada na pesquisa *Nascer no Brasil* (2014) onde o índice de cesariana na rede pública é de 52%, chegando a 88% na rede particular.

No nosso objeto de pesquisa, das 13 mulheres que informaram ter os partos pelo SUS, apenas 3 tiveram parto normal, destes só 2 partos não tiveram nenhuma intervenção, e 1 teve uma intervenção autorizada pela mulher, sendo esta intervenção a manobra de *Kristeller*.

Embora a percepção da gestante seja de que não sofreu violência, as “*Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal*” do Ministério da Saúde (2017) não recomenda a realização da manobra, em virtude de não existirem evidências científicas que comprovem seu benefício, bem como já ter comprovação de que a manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal, sendo classificada, portanto como violência obstétrica.

A mulher que teve essa manobra realizada informou que “foi uma ajuda para mim e meu bebê” (sic), respondendo também que não considera ter sofrido violência obstétrica.

Em relação às 18 mulheres que tiveram parto normal por convênio ou particular, 4 sofreram intervenções durante o parto, informando ainda que as intervenções foram autorizadas.

Sobre as justificativas, as parturientes informaram: parturiente 13 “feita episiotomia, pois o bebê estava laçado (sic); parturiente 19 “ocitocina, pois não estava tendo contrações”; parturiente 39 “ocitocina, pois havia perdido o ritmo das contrações,

aceitei, mas não era isso que eu queria”; parturiente 43 “episiotomia e ocitocina, informou que ajudaria no parto”. Nenhuma das mulheres considerou ter sofrido violência obstétrica.

Entre as demais mulheres que tiveram parto cesáreo pelo SUS (10 parturientes), 9 foram por indicação médica e uma foi por escolha própria. Esta última informou que optou pela cesárea pois “não aguentava sentir dor e ninguém fazia nada, só mim cutucava” (sic). Denota-se na fala da parturiente que não houve o mínimo de assistência, não lhe sendo aplicado métodos não farmacológicos para alívio da dor, e, ainda sendo feitos sucessivos exames de toque.

Nesse sentido o *Ministério da Saúde (2017)*, informa que os exames de toque vaginal só devem ocorrer de 4 em 4 horas, se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher. Além disso, é altamente recomendado que sejam oferecidos métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como imersão em água, técnicas de massagem ou qualquer outra técnica de relaxamento a escolha da mulher. Tais métodos ajudam a diminuir a dor e tornar a experiência do parto mais agradável para a mulher.

A seguir, veremos tabelas acerca das indicações médicas para cirurgia cesárea:

Tabela 10 – Indicações de cesáreas no SUS, realizados na maternidade

parturiente 44	“escolha do médico”
parturiente 45	“não dilatei o suficiente para ter parto normal”
parturiente 46	“risco”
parturiente 47	“não dilatei, presença de mecônio”
parturiente 48	“útero invertido”
parturiente 49	“bebê em sofrimento”.

Fonte: A autora (2019)

Tabela 11 – Indicações de cesáreas NÃO SUS, realizados na maternidade

Parturiente 2	“bebê classificada como gig (grande para idade gestacional)”
Parturiente 3	“entrei em trabalho de parto e a dilatação não evoluiu, minha barriga estava muito alta e a bolsa não havia estourado, dilatei até 7 cm”(sic)
Parturiente 4	“pelo tempo de gestação”
Parturiente 5	“a princípio seria parto vaginal humanizado mas minha bebe e estava atravessada quando entrei em trabalho de parto”

Parturiente 6	“por conta do líquido que já estava no limite”
parturiente 7	“excesso de líquido”
parturiente 9	“Minha médica queria e eu não. No fim, o tempo de espera acabou e tive que fazer cesárea”
parturiente 10	“meu bebê estava com os batimentos do cordão umbilical baixo e o líquido também”
parturiente 14	“Não consegui ter normal”
parturiente 15	“Esperei a hora que o bebê escolheu. Senti contrações. Dilatei 5 cm. Mas ao fazer a ultra vi que ela estava GIG (grande para idade gestacional), estava alta, então a médica recomendou a cesárea”
parturiente 16	“depois de horas de trabalho de parto o bebê não encaixou”(sic)
parturiente 20	“não consegui parir normal, então foi feita outra cesária”
parturiente 24	“Fiz Cesária de urgência; eu estava com 40 semanas e 1 dia, e meu bebê começou a apresentar bradicardia”
parturiente 25	“Inicialmente seria parto vaginal, mas após entrar em trabalho de parto, uma complicação levou à cesárea.”
parturiente 27	“Não entrei em trabalho de parto (41semanas e 2 dias)”
parturiente 31	“Estávamos esperando minha bebe nascer de parto normal, mas às 41 semanas ela não deu sinal e já pensava mais de 4 quilos, nesse caso o médico recomendou cesariana”
parturiente 36	“Escolha conjunta, entrei em trabalho de parto mas não dilata o os 10cm, sendo necessário a cesária”
parturiente 41	“eu já tinha dilatado os 10cm e as contrações não estavam vindo com tanta frequência e intensidade e assim ele (médico) me aconselhou a fazer a cesárea”
parturiente 61	“48h de bolsa rota sem evolução para parto vaginal”.

Fonte: A autora (2019)

Entre as parturientes que realizaram parto na maternidade por convênio ou particular, ou seja não SUS, apenas duas (parturiente 22 e 35) fizeram cesárea por escolha própria. Ademais, das 20 mulheres, 7 consideraram ter passado por uma cesárea humanizada.

Como já informado anteriormente, no Hospital X e Hospital Y não tem convênio pelo SUS, só são feitas cirurgias cesárias, em suma por não terem estrutura para realizarem parto normal. A seguir veremos tabela com as indicações de cesárea nos referidos hospitais:

Tabela 12 – Indicações de cesáreas nos hospitais X e Y

Hospital X	parturiente 28	“estávamos esperando meu bebê nascer de parto normal, mas às 41 semanas ela não deu sinal e já pesava mais de 4 quilos, nesse caso o médico recomendou cesariana”
	parturiente 29 e 38	“placenta prévia”
	parturiente 34	“meu bebê estava pélvico”
	parturiente 51	“bebê grande passando das 40 semanas”
	parturiente 52	“medo da dor do parto”
	parturiente 58	“problemas de saúde”
Hospital Y	parturiente 40	“Complicações no parto, perda de líquido. No hospital Y não é feito parto normal, todas são induzidas a fazer cesárea”
	parturiente 53	“sempre tive medo da dor do parto normal”
	parturiente 54	“pois disse que eu não teria condições de ter normal pois havia engordado muito e o bebê grande teria dificuldades para ter em parto normal”

Fonte: A autora (2019)

Entre as mulheres que pariram no Hospital X, 3 parturientes consideraram que a sua operação cesárea foi feita de forma humanizada.

Ressalte-se que o presente trabalho não busca fazer afirmações categóricas acerca do que seria ou não indicação clínica de cirurgia cesárea para determinado caso ou situação de determinada parturiente.

Por óbvio, cada profissional tende a agir, conforme suas habilidades técnicas, de forma a adequar a situação concreta em que se apresenta cada gestação, no entanto é necessário pontuar algumas situações acerca das justificativas informadas pelas gestantes.

Sabe-se também da dificuldade em colher certos dados, por via de questionário, muitas vezes, em virtude do próprio meio escolhido, a entrevistada tende a abreviar determinadas situações, porém em relação as indicações de cesárea, percebemos algumas problemáticas acerca.

Primeiramente, em relação a “falta de dilatação”, sendo utilizada popularmente para justificar a cesárea. Segundo Diniz (2004, p.121) esse termo não existe, “o que existe com frequência é o profissional não ter paciência de aguardar o processo normal. A dilatação demora, e às vezes demora muito mais horas do que o profissional está disposto a sacrificar”. Muitas vezes a internação precoce em ambiente hospitalar leva a indicação

de cesárea por parte do profissional.

Ademais, o Ministério da Saúde em *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana* (2016), esclarecem as indicações de cesariana absoluta, são elas: Prolapso de cordão (quando o cordão umbilical sai antes da cabeça do bebê podendo impedir o fluxo de oxigênio para o bebê); Descolamento prematuro da placenta com feto vivo – fora do período expulsivo, o que pode comprometer a oferta de oxigênio para o bebê; Placenta prévia parcial ou total (placenta se desloca e bloqueia a saída do bebê, podendo; Bebê em posição córmica, ou em linguagem popular “atravessado” durante o trabalho de parto, diz se durante, pois antes do trabalho de parto pode-se tentar manobras para tentar colocar o bebê na posição necessária; ruptura de vasa prévia, ou popularmente, quando os vasos sanguíneos do cordão umbilical estão sem proteção e se rompem, causando hemorragia; Por fim, em mulheres com Herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto.

Tais indicações são as únicas absolutas para parto cesárea, em outros casos, a cesárea deve avaliar as condições mãe/bebê para que seja indicada, sendo um único motivo insuficiente para indicação da cirurgia cesariana.

Pensando nos diversos motivos de cesáreas feitas sem base científica e clínica, Melania Maria Ramos Amorim, obstetra e Doutora pela Universidade de Campinas (Unicamp), publicou uma lista de motivos/desculpas utilizadas por profissionais da saúde para indicar a cirurgia cesárea. A lista é atualizada constantemente e já conta com mais de 230 motivos fictícios já usados por médicos para justificar o procedimento¹⁴.

Dentre os motivos considerados como fictícios (sem base científica para indicação de cesárea) estão alguns dos motivos que foram relatados pelas mulheres pesquisadas, como: bebê grande demais; bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto; diagnóstico de desproporção cefalopélvica (cabeça do bebê grande em relação à bacia da mãe) sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm; gravidez prolongada (ressaltado que é comum a gravidez chegar a 42 semanas), excesso de líquido; mecônio no líquido amniótico (só indica cesariana se houver associação com padrões anômalos de frequência cardíaca fetal, sugerindo sofrimento fetal); obesidade materna; pouco líquido no exame ultrassonográfico (sem indicação no final da gravidez em gestantes normais).

Com essa lista é possível perceber o quanto mulheres, pela falta de informação

¹⁴ Lista disponível no site: <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>

adequada são induzidas a passarem por cirurgia cesárea, sem qualquer evidência científica ou indicação clínica.

Aliada a isso as indicações feitas sem base científica, baseadas em um único indicativo, que nem sempre leva em conta o estado de saúde da mulher e do bebê, acaba por perpetuar o sistema cesarista na assistência as parturientes.

Retornando para análise da pesquisa, quando perguntadas se puderam se alimentar livremente:

Tabela 13 – Alimentação durante trabalho de parto

Sim, puderam se alimentar	Não, não puderam se alimentar
56%	44%

Fonte: A autora (2019)

Dessas últimas, que não puderam se alimentar, entre as justificativas dadas pela equipe: 22 justificaram que ficaram em jejum por cesárea pré-agendada, uma informou que se alimentou escondida, mesmo sem autorização da equipe médica, 5 mulheres estavam em trabalho de parto, mas não se alimentaram pois poderiam fazer cesárea.

Segundo as *Diretrizes em atenção ao parto normal* a mulher deve ter acesso a dieta leve, justamente para ter forças necessárias para passar pelo trabalho de parto, uma vez que o processo envolve um gasto energético elevado. Privar mulher de alimentação contraria a recomendação do Ministério da Saúde, configurando violência obstétrica de caráter físico.

Noutro eixo, acerca da possibilidade de movimentação durante o trabalho de parto:

Tabela 14 – Movimentação durante trabalho de parto

Sim, puderam se movimentar livremente	Não, não puderam se movimentar
78% - 50 mulheres	22% - 14 mulheres

Fonte: a autora (2019)

Entre as 14 mulheres que não puderam se alimentar, 11 foram da maternidade, uma do Hospital X, e duas do Hospital Y. Dentre essas mulheres, uma delas preferiu a cesárea como meio de não sofrer intervenções, uma vez que a equipe não fez nenhum protocolo para ajudar no parto normal e outra informou que “não consegui ter normal”, sendo encaminhada para a cesárea.

Conforme orientações do Ministério da Saúde, a mulher em trabalho de parto

deve movimentar-se livremente, como forma de ajudar a evoluir o processo. Impedir a livre movimentação pode impedir a evolução do parto levando a uma cirurgia cesárea, sendo ainda uma forma de violência obstétrica de caráter físico.

As mulheres também foram questionadas acerca do tratamento que receberam da equipe:

Tabela 15 – Tratamento recebido pela equipe

Sim, foram tratadas com empatia e apoio	Não, não foram tratadas com empatia e apoio
91%	9%

Fonte: A autora (2019)

Quando perguntadas se ouviram algum comentário negativo ou inconveniente da equipe médica as mulheres relataram: parturiente 8 “Você ainda vai sofrer muito até ele nascer”; parturiente 62 “Uma das enfermeiras reclamava sobre dos gritos”; parturiente 60 “(Ouvi) vários comentários, na hora da operação, isso me deixou traumas até hoje”; parturiente 46 “A todo momento, comentavam sobre estado de saúde ruim de outras pacientes”; parturiente 39 “Em alguns momentos a médica me disse que eu não estava fazendo força nos momentos corretos”; parturiente 48 “Sim, uma médica obstetra questionou o motivo pelo qual eu estava num hospital público, já que eu tenho plano de saúde”; parturiente 20 “Enquanto estava caminhando ficaram dizendo que a barriga estava alta e o bebê não nascia de parto vaginal. Foi frustrante”; parturiente 15 “O médico de plantão me tratou com desdém quando informei que não faria mais o parto humanizado e iria para a cesárea. No toque ele foi super-rápido e insensível”; parturiente 50 “médica disse que parto da vida real não é igual a novela, chegar na maternidade já tem não, a pessoa tem que aguentar as dores para depois ter” (sic); parturiente 61 “mas durante o exame de toque o médico plantonista informou que havia mecônio junto ao bebê, não sendo tal informação verdade. Somente foi esclarecido pela equipe do meu médico já dentro do centro cirúrgico. Aquela informação anterior me abalou profundamente e eu e meu esposo acabamos “aceitando” a cirurgia por medo de sofrimento fetal”; parturiente 64 “a enfermeira que nos “repcionou” (ela não fazia parte da equipe) disse que eu não devia ter deixado para ir para o hospital de última hora, pois já estava com 8cm de dilatação e não adiantava gritar de dor”.

Frise-se que a maioria das mulheres informaram ter tido tratamento respeitoso por parte da equipe médica, no entanto, o número e conteúdo dos comentários que visa desacreditar e rebaixar mulheres em situação de vulnerabilidade, como o trabalho de

parto, ainda é expressivo.

Tais comentários com objetivo de atacar a dignidade sexual da mulher, silenciando-a em momento de dor e desestabilizando a parturiente são considerados violência obstétrica de cunho emocional.

Noutro parâmetro, quando perguntada se no pós-parto o bebê pode ir direto para o colo e só após passar por procedimentos médicos:

Tabela 16 – Bebê em contato pele a pele com a mãe, imediatamente após o parto

Sim	Não
64%	36%

Fonte: a autora (2019)

Frise-se o “contato pele a pele”, é essencial para o fortalecimento de vínculo e estímulo da amamentação, os procedimentos de rotina só deverão ser realizados após este contato, exceto se houver indicação clínica (MPPE,2015). Tais condutas fazem parte de procedimentos humanizados e baseados em evidências científicas.

Acerca da amamentação, temos o seguinte cenário:

Tabela 17 – Estímulo à amamentação nos primeiros minutos de vida

Sim	Não
75%	25%

Fonte: a autora (2019)

Ressalte-se que esse é um cenário preocupante, segundo dados do Ministério da Saúde (2015, p.19) “a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais”, devendo ser incentivada.

Acerca da escolha pelo parto humanizado, em pergunta com escolha livre de opções:

Tabela 18 – Motivos para escolher o parto humanizado

Motivos	Quantidade de votos
Acredito ser o melhor para mãe e o bebê	39
Queria que meu bebê nascesse no tempo dele	39
Não queria sofrer intervenções desnecessárias	23
Queria ser respeitada no momento do parto	22
Sofri violência obstétrica anteriormente	0

Fonte: a autora (2019)

Sobre as intervenções feitas durante o parto, temos o seguinte panorama:

Tabela 19 – Intervenções realizadas

Intervenções sofridas	Quantidade de mulheres
Manobra de <i>Kristeller</i> , ou a ajuda do profissional empurrando a barriga para o bebê sair	5
uso de ocitocina	7
Episiotomia ou o pique na vagina	3

Fonte: a autora (2019)

Considerando que somente 24 mulheres tiveram parto normal, esse número de intervenções ainda é elevado, levando em conta que um dos princípios da humanização do parto é o mínimo de intervenção sobre o processo natural.

Acerca do atendimento no pré-natal, a parturiente 64 informou “Meu pré-natal foi feito na clínica do obstetra que meu plano de saúde cobria, e sempre fui informada de todo processo em todas as consultas e exames”, bem como a parturiente 30 “Meu pré-natal, assim como o parto humanizado foram pelo plano de saúde. Fui bem assistida, desde a primeira consulta até o dia da alta”. Em contrapartida, a experiência de outra parturiente, evidenciando a divergência entre o pré-natal particular, e o realizado pelo Sistema único de Saúde, conforme 55 “A unidade de saúde na qual realizei o pré-natal, era horrível, era acompanhada por uma enfermeira, que não tinha atenção nenhuma ou cuidado com suas pacientes”.

Em contrapartida, as mulheres relataram experiências positivas de parto:

Foi um processo incrível. Desde o início muito acolhedor pelas meninas do administrativo, em seguida pelas profissionais que estiveram comigo no tp. Não saíram do meu lado em nenhum momento, me trataram da forma mais humana possível, com muito respeito, profissionalismo e empatia. Souberam me conduzir perfeitamente, porém não foi possível o parto vaginal. Talvez por ansiedade minha em ter achado que 13 horas já era muito tempo (quando sabemos que pode durar dias o trabalho de parto) mas por meu obstetra ter optado uma cesárea informando que o bebê provavelmente não encaixaria na bacia apesar da boa dilatação, o ouvi por sua vasta experiência (PARTURIENTE 31)

Fantástico! Tive total assistência e meus desejos respeitados e, principalmente, o apoio necessário para trazer o meu bebê ao mundo da forma mais natural possível, com a presença da minha família em todo o trabalho de parto e parto. Apesar das duas intervenções (ocitocina e episiotomia), confiei na minha obstetra e não me arrependo. Sei que nem sempre tais intervenções são necessárias, mas naquele momento ali de fato me ajudaram (PARTURIENTE 43)

Achei bastante satisfatório, inclusive superou as minhas expectativas, todo o atendimento e apoio que recebi na maternidade. Fui em trabalho de parto, indicada pelo meu médico, pois o mesmo informou que era o hospital mais

preparado em termo de equipamentos e plantonistas (PARTURIENTE 48)

Foi muito bom o atendimento no momento que eu estava em trabalho de parto, fiquei com três enfermeiras excelentes e um médico maravilhoso que me deu muito apoio (PARTURIENTE 41)

Fui bem atendida desde que entrei na maternidade, equipe bem atenciosa e acolhedora não tenho do que reclamar da maternidade (PARTURIENTE 10).

Meu pré-natal e parto foram muito bem assistidos, o tempo inteiro a minha vontade foi ouvida e tivemos mútuo acordo (PARTURIENTE 51)

A maternidade nos dá uma boa assistência médica, além dos cuidados com o bebê e os testes realizados pelos médicos (PARTURIENTE 35)

Foi tudo perfeito. Na maternidade com equipe de Dr. A¹⁵ sendo tratada como sempre desejei e sonhei (PARTURIENTE 22)

Foi um ótimo atendimento, todos os profissionais que me atenderam foram super atenciosos e prestativos (PARTURIENTE 1)

Fui super bem acolhida. Apesar de todo desespero sentido por ter sido uma Cesária de urgência (PARTURIENTE 24)

Na noite do último dia do ano de 2018, tive uma excelente equipe médica no Almeida Castro (PARTURIENTE 45)

Foi tudo perfeito! Infelizmente tive que fazer Cesária devido ao excesso de líquido (PARTURIENTE 7)

Fiquei supersatisfeita com o atendimento. Pois fui bem tratada em todos (PARTURIENTE 13)

Atendimento realmente humanizado por profissionais capacitados (PARTURIENTE 36)

Atendeu as minhas expectativas e não gerou traumas (PARTURIENTE 5)

Embora percebam, em sua maioria, um tratamento humanizado, relatam que a falta de atendimento psicológico voltado a mulher ainda é uma deficiência no atendimento:

A equipe humana da Maternidade é maravilhosa. Fora o “erro” do médico plantonista (informação de que tinha mecônio, mesmo sem ter), fui bem assistida e bem acolhida por absolutamente todos os profissionais da Almeida Castro, do aleitamento à limpeza dos quartos. Todavia, acredito haver deficiência quanto a presença de profissionais voltados ao tratamento psicológico da puérpera. Senti falta de alguém com trabalho nesse sentido (PARTURIENTE 61)

Bem como, foi relatado a falta de atualização de alguns médicos é um empecilho na busca pela humanização:

¹⁵ Nome fictício

O atendimento com a equipe do parto humanizado foi maravilhoso. Entendo que a parte mais frágil no quesito humanizado é a equipe médica, porque mantém alguns procedimentos desnecessários e são contrários ao parto humanizado. Em momentos em que precisei passar pelo plantão, por exemplo foi realizado exame de toque sem necessidade. (PARTURIENTE 39)

O atendimento foi realizado por equipe multiprofissional. Senti que a pediatra não estava totalmente alinhada as condutas do parto humanizado. Os demais profissionais agiram de forma alinhada, principalmente as enfermeiras e obstetra (PARTURIENTE 33)

Outra revelou o plano de saúde como empecilho para realizar o parto normal, uma vez que não tinha convênio com o único hospital que realizava:

Foi tudo tranquilo tanto a gravidez quanto o atendimento médico que aliás foi excelente. O que deixou a desejar foi o plano de saúde não liberar o parto normal, só queria pagar o cesáreo pois só tinha convênio com o Hospital X, caso meu parto tivesse sido normal iramos pagar particular o parto na maternidade (PARTURIENTE 28).

A parturiente 63 aduz que a realização de parto domiciliar garantiu um parto humanizado e respeitoso

Tive minha primeira filha em casa, num parto domiciliar planejado e a segunda no carro por não ter dado tempo chegar na maternidade e atribuo não ter sofrido violência nem intervenções desnecessárias pelo fato de estar em casa com uma equipe alinhada com as minhas escolhas (PARTURIENTE 63).

Outras parturientes revelaram dificuldades para amamentar e poucas informação disponibilizada pela instituição em que pariram

A única reclamação que tenho é que colocaram minha filha sobre meu peito enquanto ainda estava anestesiada correndo o risco de derrubar ela. E não me ajudaram com a amamentação, tive que contratar uma enfermeira da Almeida Castro para me ensinar (PARTURIENTE 9)

O que me deixou um pouco insatisfeita foi pelo fato de ter recebido pouca ajuda para ajudar meu filho pegar o peito, ele só pegou o peito lê-la primeira vez 20 dias após o nascimento. Todos os dias eu tirava o leite do peito por medo de secar (PARTURIENTE 54)

Ótima estrutura, atendimento excelente, mas não tive nenhum apoio a amamentação (PARTURIENTE 52)

Em sentido contrário a parturiente 27 teve incentivo nesse aspecto “Fui bem assistida depois que fui para o quarto, gostei muito do apoio a amamentação”, bem como parturiente 26” Equipe de incentivo ao aleitamento muito boa”.

As parturientes também informaram o apoio no pré-natal, parto e pós-parto pelos

profissionais que as acompanharam

A minha obstetra foi maravilhosa de mais, sempre me incentivando o parto humanizado vaginal. A equipe da maternidade maravilhosas também, me senti em casa, até por que, pude ter vários acompanhantes no momento do parto. Foi uma experiência incrível, todo tempo fui acompanhada por uma equipe fantástica (PARTURIENTE 12)

Fiz pré-Natal na rede particular com médico de minha escolha, desde a primeira consulta soube da minha escolha pelo parto natural. Meu parto foi na Maternidade, fui atendida na PPP, pelo plano de saúde Unimed. Não tive nenhuma dificuldade e fui respeitada em todas as minhas escolhas (PARTURIENTE 17)

Também foi informado por algumas parturientes desrespeito à lei do acompanhante:

Tem muito o que melhorar na parte humana, a mãe que é casada que estar com pai do seu filho no nascimento do bebê, e isso nos é tirado a força (PARTURIENTE 47)

Na maternidade fui bem atendida e bem recebida. Só tenho do que reclamar, pois não tive acompanhante na hora do parto (PARTURIENTE 59)

Atendimento péssimo o médico que me acompanhou no pré-natal não me atendeu mesmo estando no plantão o hospital não me deu o direito mesmo sendo lei que o pai acompanhasse no parto me senti péssima por isso quase entrei em depressão fora os descasos da maternidade, eu sofri sim violência obstétrica! (sic) (PARTURIENTE 49)

Quando perguntadas se consideram que sofreram violência obstétrica:

Tabela 20 – Mulheres e a percepção da violência obstétrica

Não, não sofri	90%
Sim, sofri	8%
Não soube informar	2%

Fonte: a autora (2019)

Evidencia-se então que a percepção de violência obstétrica sustentada pelas parturientes que responderam considerar que sofreram está ligada principalmente à agressividade externalizada ou a uma violação declarada, uma vez que se observa que as mulheres que responderam sim, tiveram experiências mais externas.

A exemplo da afirmação acima, algumas que responderam sim, não tiveram acompanhantes no momento do parto, outras escutaram comentários agressivos que as desestabilizaram emocionalmente

No entanto, percebe-se que parturientes que responderam ao questionário

passaram por esse mesmo tipo de tratamento e não consideraram ter sofrido violência obstétrica. De igual sorte, parturientes que passaram por intervenções obsoletas do ponto de vista científico também não consideraram ter sido violentadas.

Nesse sentido, acreditamos que a falta de conhecimento e informação acerca da violência obstétrica e seus diversos âmbitos leva a mulher a passar por atos de violação e não ter a percepção acerca deste.

A violência obstétrica, sendo representada pela retirada do protagonismo da mulher acerca dos processos reprodutivos que envolvem o seu corpo, bem como, do atendimento de saúde de forma a prestar informações sem base científica, informações insuficientes acerca dos processos que envolvem a gestação, ou ainda abuso de medicalização e procedimentos invasivos, percebemos que a violência obstétrica é tem uma incidência maior do que sua percepção propriamente dita.

A cultura cesarista, onde se divulga a cesárea como forma indolor e segura de ter filhos, desenvolvida com o passar dos anos na realidade brasileira, também prejudica a percepção discernimento da violência obstétrica. Isto porque, a maioria das mulheres temem o parto normal ou não questionam quando lhe é oferecida a cesária como via de nascimento.

A disseminação machista que o saber deve estar unicamente ligado ao saber médico, bem como a medicalização dos corpos femininos, retira o protagonismo da mulher no momento do nascimento, colocando sobre a equipe médica todo o poder de decisão sobre os processos, conforme já aduziu Foucault (1999).

Dessa forma, a concepção da violência obstétrica vem mascarada de intervenções necessárias para salvar a vida do nascituro.

CONCLUSÃO

A luta das mulheres pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos é uma conquista recente, enfrentando ainda obstáculos na possibilidade da mulher decidir livremente sobre a própria sexualidade e desfrutar de saúde reprodutiva adequada. Tais direitos são elementares, e portanto, integrantes dos direitos humanos fundamentais das mulheres.

A falta de positivação específica desses direitos abre espaço para violações, entre elas a violência obstétrica, caracterizada como violência de gênero que desrespeita os processos reprodutivos através do excesso de medicalização, tratamento desumanizado e

retirada do protagonismo da mulher e da sua capacidade decisória antes, durante e depois do parto ou ainda em situações de abortamento.

A violência obstétrica pode ter viés físico, psicológico, sexual, institucional, material, midiático, sendo executada por ação ou omissão de todos os envolvidos na assistência a parturiente, sejam eles profissionais da saúde, servidores públicos ou civis.

Em alternativa a realidade onde uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil, a busca pela humanização mostra-se como via oposta a este cenário de violações.

A humanização da assistência ao parto pode ser definida como um tratamento focado no respeito à mulher e a sua dignidade, livre de violência ou de intervenções desnecessárias. O atendimento humanizado reconhece o protagonismo da mulher, e é pautado em evidências científicas e requerendo sempre autorização da parturiente em qualquer procedimento a ser realizado.

Nesse sentido, a assistência mossoroense à mulher parturiente passou por evolução ao longo dos anos, em grande parte pela intervenção judicial feita na maternidade local.

Essa evolução é evidenciada através da busca pelo parto humanizado trazendo projetos relevantes de atendimento no pré-parto, parto e no pós-parto, como o projeto *Parto Feliz* (projeto de preparação para o parto) e na vinculação da maternidade local a Rede Cegonha (projeto do Ministério da Saúde de atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério).

Embora tenham consequências práticas na busca pelo parto humanizado, ainda há importantes para a concretização do atendimento voltado as necessidades das parturientes.

Primeiramente, são apontados pelos profissionais da saúde, a preferência cultural das mulheres pela cirurgia cesárea e a deficiência do pré-natal para tratar de situações que levem a uma cirurgia de emergência. E em segundo, a falta de estrutura adequada e suficiente para atender Mossoró e região, seriam os fatores que obstam ao atendimento humanizado aos moldes da Organização Mundial de Saúde.

A falta de estrutura é evidenciada inclusive a descumprir a Lei do acompanhante, uma vez que pacientes do SUS não podem ter acompanhante a sua escolha durante o trabalho de parto, por não ter salas que resguardecam a privacidade das gestantes.

Em contrapartida, as gestantes ainda relatam a realização de procedimentos,

sem base científica, no entanto tais procedimentos não são vistos por elas como violência obstétrica, a que atribuímos a falta de conhecimento sobre o que seria de fato violação.

Percebe-se que, poucos são os partos que não tem qualquer intervenção, todavia, tais intervenções são realizadas com o consentimento da gestante, ressaltando a cultura da medicalização do parto ainda é presente.

Nesse sentido, percebemos pelos relatos das parturientes que a cirurgia cesárea ainda é aceita pela maioria das mulheres sem objeção, evidenciando que a realidade mossoroense não destoa da realidade brasileira quando consideramos o número de cirurgias realizadas, quando mais de 60% das mulheres da nossa pesquisa teve a cirurgia como meio de nascimento dos filhos.

Destaque-se, conforme avaliação dos próprios profissionais da saúde, existe uma deficiência informacional, principalmente no pré-natal, pois embora a grande maioria (78%) das parturientes informem que terem sido alertadas dos riscos da cesárea e do parto normal, ainda há um número elevado de cirurgias.

Embora a cesárea eletiva seja considerada uma violência obstétrica, as mulheres ouvidas em nossa pesquisa consideraram como violência os procedimentos ou comentários agressivos, revelando que a conscientização acerca desse tipo de violência ainda está em passos lentos.

Nessa perspectiva, a busca pelo parto humanizado se mostra uma aliada para a diminuição de violações praticadas contra as mulheres, uma vez que a assistência humanizada permite que a mulher possa exercer suas escolhas, se movimentar e alimentar-se livremente, tenha acompanhamento por profissionais e pessoas de sua confiança além de acesso a meios não farmacológicos para alívio da dor, se tornando protagonista do seu parto.

Evidencia-se, portanto, que o debate acerca dos direitos reprodutivos da mulher, bem como o empoderamento desta acerca dos seus processos reprodutivos e do seu corpo é ferramenta fundamental no combate da violência obstétrica e na busca do parto humanizado como meio capaz de assegurar tais direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A Bíblia. **Gênesis capítulo 3.** Disponível em: <<https://www.bibliaonline.com.br/nvi/gn/3>>. Acesso em: 11/10/2019.

AGGIO, Cristiane de Melo; ANDRADE, Briena Padilha. **Violência obstétrica: a dor que cala.** In: III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Londrina. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 01/10/2019.

ALMEIDA, Marcelia. **A violência obstétrica como afronta aos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia.** Disponível em: <<http://marceliaalmeida.jusbrasil.com.br/artigos/587664589/a-violencia-obstetrica-como-afronta-aos-principios-da-dignidade-da-pessoa-humana-e-da-autonomia>>. Acesso em: 24/09/2018.

BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe. **Feminismo e política: uma introdução.** Editora Boitempo. São Paulo, 2014.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei PL 7867/2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei PL 8219/2017. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei PL 878/2019. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192345>>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei PL 2693/2019. Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2200569>>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei PL 3310/2019. Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2206465>>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **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.** Brasília, DF, abril 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em 10/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF, mar 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em 11/10/2019.

Ciello, Cariny; Carvalho, Cátia; Kondo, Cristiane; Delage, Deborah; Niy, Denise; Werner, Lara; Santos, Sylvana Karla (2012). Violência Obstétrica: Parirás com Dor. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasil. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
Data do acesso: 24/09/2018

CUNHA, Juliana. Violência obstétrica: saiba se você já foi vítima e como denunciar. **Notícias R7**, 24/04/2017. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/violencia-obstetrica-saiba-se-voce-ja-foi-vitima-e-como-denunciar-24042017>>. Acesso em: 11/10/2018.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade; SOUSA, Rita de Cássia Barbosa de. **Violência psicológica contra a mulher: dor invisível.** Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/revistas/enlacando/trabalhos/TRABALHO_EV072_MD1_SA2_ID848_19062017202106.pdf>. Acesso em: 06/10/2019.

Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em: 24/09/2018.

__, Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **Conversando sobre violência obstétrica.** Disponível em: <https://docs.wixstatic.com/ugd/404636_ff691d43c5f2420aab062d883e0a8cba.pdf>. Acesso em: 24/09/2018.

DINIZ, Simone Grilo. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal.** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. v.19 n.2 São Paulo ago. 2009

Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/304346717_Dossie_Humanizacao_do_Part>. Acesso em 10/10/2019.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France.** Editora Martins Fontes. São Paulo, 1999.

GARCIA, Carla Cristina. **Breve história do feminismo.** Editora Claridade. São Paulo, 2011.

GUALDA, Dulce Maria Rosa; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. **Experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública.** 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4080014.pdf>>. Acesso em 30/10/2019.

Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Procuradoria Geral de Justiça. MPPE. 2015. Disponível em: <mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>. Acesso em: 10/10/2019.

LEITE, Julia Campos. **Desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499455813_ARQUIVO_ARTIGOFAZENDOGENERO.pdf>. Acesso em 09/10/2019.

LEMONS, Adriana. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. In: **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 38, N. 101, P. 244-253, ABR-JUN 2014.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento Jurídico dos Direitos Sexuais – Uma análise

comparativa com os direitos reprodutivos. In: **SUR- Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n.8, p.60-83, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Ministério da Saúde. **Rede cegonha - Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil.** Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-cegonha.pdf>>. Acesso em 10/10/2019.

Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 24/09/2018.

MURY, Laura. **Violência Institucional: casos de violação de Direitos Humanos na área da saúde materna e neonatal no Estado do Rio de Janeiro.** Disponível em: <<https://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm>>. Acesso em: 07/10/2019.

Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre o parto e nascimento. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em 09/10/2019.

Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal.** Disponível em: <<http://abcdoparto.com.br/Assistencia/AssistenciaPartoNormal-OMS.htm>>. Acesso em 09/10/2019.

Organização Mundial da Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3>. Acesso em 07/10/2019.

Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em 24/09/2018.

Participação da mulher no processo do parto natural: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID1391_30042017202402.pdf>. Acesso em 30/10/2019.

PEREIRA, Jéssica Souza; SILVA, Jordana Cunha de Oliveira Silva; BORGES, Natália Alves; RIBEIRO, Mayara de Mello Gonçalves; AUAREK, Luiza Jardim; SOUZA, José Helvécio Kalil de. **Violência Obstrétrica: Ofensa à Dignidade Humana.** In: Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.15,n.1,pp.103-108 (Jun – Ago 2016). Disponível em: <<http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/>>. Acesso em 10/10/2019.

PHILIPP, Rita Radl; CUNHA, Tânia Andrade Rocha; CRUZ, Zoraide Vieira. **Breve discussão sobre a violência obstétrica contra as mulheres: “na hora de abrir as**

pernas ninguém reclama”. Revista Nupem. Volume 10, Número 21, 2018, ISSN 2176, 7912, Online. Disponível em: <<http://revistanupem.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/436>>. Acesso em: 09/09/2019.

PINTO, Amanda Maria Oliveira. **Violência obstétrica: uma análise acerca do Projeto de Lei nº7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher** – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2017.

PIMENTEL, Camila; RODRIGUES, Laís; MÜLLER, Elaine; PORTELLA, Mariana. **Autonomia, risco e sexualidade A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito**. Revista Realis, v.4, n. 01, Jan-Jun. 2014 – ISSN 2179-7501.

PINTO, Celia Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**. Editora Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2003.

ROSAS, C.F. **Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: rompendo velhos preconceitos e construindo novos paradigmas**. Jornal da Rede Feminista de Saúde, Florianópolis, n. 27, p.18, set. 2005.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. Editora Fundação Perseu Abramo. São Paulo, 2004.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira. Prática Rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Revista Enfermagem**; dez; Vol. 12, pp.: 645-50, 2008.

SANTOS, Marina França. Os Direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil e o estado de exceção no caso Adelir. **Revista Ártemis**, Vol. XVIII nº 1; jul-dez, pp. 137-146, 2014.

SANTOS, Raíssa Paula Sena dos. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas**. Disponível em: <<http://www.uern.br/controldepaginas/ppgssd-dissertacoes/arquivos/2528raissa.pdf>>. Acesso em 08/10/2019.

SILVA, Lucília Mendes de Oliveira. **Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o HumanizaSUS**. In: V SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS. 2018 Paraná: Universidade Estadual de Londrina.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília -DF: UNFPA, 2009.

VENTURA, Miriam; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia; LINHARES, Leila. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito**. Advocaci. Rio de Janeiro, 2003.

Veto ao projeto de Lei Municipal 215/2018. Disponível em: <http://168.232.152.232:8080/sapl/sapl_documentos/materia/11686_texto_integral>.

Acesso em 08/10/2019.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos De; HABIGZANG, Luísa Fernanda. **Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa.** 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 10/09/2019.

ZORZAM, Bianca. **Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito.** 1. ed. -- São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO COM PROFISSIONAIS (DOULAS, ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS, MÉDICOS(AS) OBSTÉTRAS)

1. Qual o papel da doula/enfermeira obstétrica/médico obstetra antes, durante e depois do parto?
2. Quais os procedimentos realizados pela doula/enfermeira obstétrica/médico obstetra antes durante e depois do parto?
3. O que você entende por violência obstétrica?
4. Você observa que a busca pelo parto humanizado tem diminuído a ocorrência de violência obstétrica? Como?
5. Quais os procedimentos são adotados em seu ambiente de trabalho (ou atuação profissional) para coibir as práticas de violência obstétrica?
6. Você acredita que a doula/enfermeira obstétrica/médico obstetra antem um papel no enfrentamento da violência obstétrica?

APENDICE B**PESQUISA - PARTO HUMANIZADO - MOSSORÓ
(QUESTIONÁRIO A SER APLICADO COM AS PARTURIENTES)**

1. O seu trabalho de parto mais recente foi realizado em qual hospital? *
 - a. Hospital Almeida Castro
 - b. Wilson Rosado
 - c. Hapvida
 - d. Outro:
2. O parto realizado foi através do: *
 - a. SUS
 - b. PLANO DE SAÚDE
 - c. PARTICULAR
3. No momento do parto, qual sua idade? *
 - a. Menos de 20 anos
 - b. 21 a 25
 - c. 26 a 30
 - d. 31 a 35
 - e. acima de 36
4. Qual a sua cor? *
 - a. Branca
 - b. Parda
 - c. Negra
 - d. Amarela
 - e. Indígena
5. Qual sua formação? *
 - a. Ensino fundamental incompleto
 - b. Ensino fundamental completo
 - c. Ensino médio incompleto
 - d. Ensino médio completo
 - e. ensino superior incompleto
6. . No momento do parto, qual seu estado conjugal? *
 - a. Solteira
 - b. Em relacionamento estável
 - c. Casada no civil (papel assinado)
 - d. Casada sem registro
 - e. Separada (desquitada ou divorciada)
 - f. Viúva
7. Seu estado conjugal influenciou no tratamento recebido? *
 - a. Sim
 - b. Não
 - c. Talvez
 - d. Não sei informar
8. Se a resposta anterior foi SIM, justifique: *
9. Qual a renda familiar? *
 - a. Até 2 salários-mínimos

- b. de 2 a 4
 - c. de 4 a 10
 - d. de 10 a 20
 - e. acima de 20
10. Qual a sua orientação sexual? *
- a. Heterossexual
 - b. Bissexual
 - c. Lésbica
 - d. Outro:
11. No atendimento Pré-Natal recebeu bom atendimento, sendo informada sobre o pré-natal, os exames que iria realizar, a importância de não deixar de ir as consultar e não interromper os tratamentos passados? *
- a. SIM
 - b. NÃO
 - c. MAIS OU MENOS
12. Foi informada dos benefícios e riscos dos Partos Normal e Cesariana? *
- a. Sim
 - b. Não
13. Quantos filhos você tem? *
- a. 1.
 - b. 2
 - c. 3
 - d. Mais de 3
14. Se tem mais de um filho, as suas experiências de parto anteriores foram: *
- a. parto cesárea
 - b. parto cesárea humanizado
 - c. parto vaginal
 - d. parto vaginal humanizado
 - e. Outro:
15. Sua mais recente experiência de parto foi: *
- a. parto cesárea
 - b. parto cesárea humanizado
 - c. parto vaginal
 - d. parto vaginal humanizado
16. Caso seu parto tenha sido cesárea, foi escolha sua ou indicação do médico? Motivo? *
17. Porque optou pelo parto humanizado? * Marque todas que se aplicam.
- a. Não queria sofrer intervenções desnecessárias
 - b. Sofri violência obstétrica anteriormente
 - c. Acredito ser o melhor para a mãe e o bebê
 - d. Queria ser respeitada no momento do parto
 - e. Queria que meu bebê nascesse no tempo dele (aguardar o trabalho de parto)
18. No trabalho de parto desde a admissão no hospital até o pós-parto você teve direito ao acompanhante? *
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Outro:
19. Caso não tenha tido, qual a justificativa? *
20. No trabalho de Parto você pode alimentar-se ou teve que ficar em jejum? *

- a. Sim pude me alimentar
 - b. Não pude me alimentar, tive que ficar em jejum
 - c. Outro:
21. Caso não tenha podido se alimentar, qual o motivo? *
22. No trabalho de parto foi possível você se movimentar-se livremente no hospital? *
- a. Sim
 - b. Não
23. Durante o trabalho de parto os profissionais trataram você com empatia e apoio? *
- a. Sim
 - b. Não
24. Chegou a ouvir algum comentário inconveniente ou negativo da equipe médica? Fale um pouco sobre: *
25. Você sofreu alguma dessas intervenções ou procedimentos no parto? Marque todas que se aplicam.
- a. Episiotomia ou o pique na vagina
 - b. manobra de Kristeller, ou a ajuda do profissional empurrando a barriga para o bebê sair
 - c. ocitocina
 - d. Outro:
26. Caso tenha sofrido intervenção, foi informada pelo médico sobre a necessidade? *
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sofri intervenção
27. Qual a justificativa dada pelo médico para intervenção? *
28. Você autorizou o procedimento/intervenção? *
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Outro:
29. Você considera ter sofrido violência obstétrica? *
- a. Sim
 - b. Não
 - c. Não sei informar
30. Quando o bebê nasceu ele pode vir direto para o seu colo, para depois ir aos procedimentos? *
- a. sim
 - b. Não
31. Foi estimulada a amamentação nos primeiros minutos de vida do bebê? *
- a. Sim
 - b. Não
32. Você deseja relatar em breves palavras seu atendimento na unidade de saúde, hospital, que tenha realizado pré-natal ou parto?