



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

**Isabela Sousa de Jesus Pereira**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: violência no campo do cuidado à saúde da mulher**

**Rio de Janeiro**

**2017**

**Isabela Sousa de Jesus Pereira**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: violência no campo do cuidado à saúde da mulher**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.**

**Orientador(a): Tereza Cristina Ramos Paiva**

**Rio de Janeiro**

**2017**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à minha família que sempre me ajudou a seguir e chegar até aqui, não foi fácil e sem eles nada seria possível.

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, por expandir o meu olhar crítico e, principalmente, por me dar a oportunidade de aprender mais sobre o Sistema Único de Saúde e sobre meus direitos enquanto cidadã.

Agradeço meus professores por oportunizarem em meus 4 anos de caminhada um ensino excelente e uma ótima visão de mundo, buscando sempre darem o melhor de si para que nosso conhecimento fosse alcançado da melhor maneira possível.

Agradeço, principalmente, a minha orientadora, Tereza Cristina Ramos Paiva, por ter contribuído tanto para a realização do projeto, por todo apoio e por todo carinho. A participação dela foi essencial para a conclusão desse trabalho e para minha formação.

## RESUMO

A violência é um fenômeno social complexo, sendo uma das principais causas de morbimortalidade em todo mundo e possuidora de determinantes sociais que podem significar agravos à saúde e às relações interpessoais. De modo especial, podemos destacar a violência contra a mulher, uma hostilidade que hoje é considerada um problema de saúde pública no mundo e, particularmente, no Brasil. Dentre os tipos de violência contra a mulher encontra-se a violência obstétrica, que retrata a má qualidade de atenção à saúde durante o parto e o nascimento. Este projeto buscará analisar os fatores desencadeantes da violência obstétrica e as suas consequências para a saúde da mulher, com a intenção de demonstrar a necessidade de combater esse tipo de violência e de como qualificar a assistência ao parto e nascimento.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; saúde da mulher; assistência ao parto e nascimento.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
1.1	OBJETIVOS.....	9
1.1.1	Objetivo Geral.....	9
1.1.2	Objetivos Específicos.....	9
1.2	METODOLOGIA .....	9
<b>2</b>	<b>PROCESSO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO.....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: origens, conceituação e tipologias.....</b>	<b>19</b>
3.1	A LÓGICA SOCIAL DA VIOLÊNCIA.....	19
3.2	O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	22
3.3	TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	25
<b>4</b>	<b>POSSÍVEIS MUDANÇAS NO CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>35</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social complexo, sendo uma das principais causas de morbimortalidade em todo mundo e possuidora de determinantes sociais que podem significar agravos à saúde e à relações interpessoais. A violência não é um fenômeno da atualidade e nem exclusivo da sociedade brasileira, na verdade, ela é proveniente de diversos fatores, como sociais, econômicos, políticos, jurídicos e biológicos, sendo pouco provável que apenas um destes defina o ato violento (FERNANDES E NARCHI, 2013).

Segundo o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), este tipo de violência é definido como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual, ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (CLADEM, 1996). São atos dirigidos contra a mulher e que agridem a sua integridade física e psicológica, a partir de abusos ou assédios sexuais e desrespeitos aos seus direitos reprodutivos e de cidadania. A violência contra a mulher muitas vezes ocorre de forma invisível, por ser praticada no âmbito de relações particulares entre integrantes da mesma família. Uma em cada três mulheres no mundo sofrem algum tipo de violência; entre 40 a 70% dos homicídios de mulheres são cometidos pelos seus parceiros íntimos; sendo a violência contra as mulheres listada acima dos dados somados de acidentes de trânsito e malária. Logo, a violência contra a mulher apresenta diferentes formas de manifestação e uma dela muito recorrente, porém ocultada é a violência obstétrica (FERNANDES E NARCHI, 2013).

De modo especial, podemos destacar a violência contra a mulher, uma hostilidade que hoje é considerada um problema de saúde pública no mundo e, particularmente, no Brasil. Historicamente, a mulher é objeto de preconceitos e encaixada em papéis estereotipados, os quais são decorrentes de um sistema patriarcal que ainda persiste na sociedade atual. É notável nesse sistema, que a dominação masculina sobre a figura feminina é considerado algo "natural" e biológico, tendo como consequência a divisão sexual e do trabalho, associados ao crescimento do sistema capitalista. Segundo dados divulgados do IBGE (2002), a ocorrência da violência física contra a mulher é quase três vezes maior do que contra os homens (BRASIL, 2002).

É no silêncio que a violência se transforma em ordem e se torna normalidade. Nesse silêncio se insere a violência obstétrica, uma prática institucionalizada e pouco

reconhecida. Na rotina dos hospitais brasileiros, este ato se manifesta a partir de maus tratos durante a gestação, ocorrendo através da violência física e psicológica e podendo provocar grandes sofrimentos psíquicos às mulheres. Entende-se por violência obstétrica qualquer ato de negligência, assédio moral e físico, abuso e desrespeito com as parturientes por parte dos profissionais de saúde, seja através do abuso de ações intervencionistas ou de medicalização, de uma atenção desumanizada e na transformação patológica dos processos fisiológicos que envolvem o parto e o nascimento (JUAREZ et al; 2012).

Até o século XVIII, o parto não era considerado um evento médico, e sim um ritual que ocorria nos domicílios, entre mulheres, já que o momento ficava a cargo das parteiras. Os médicos só atendiam aos casos mais graves, em que a vida da mãe e da criança estivesse sob algum tipo de risco, pois era assimilado um “excesso de pudor” à figura masculina durante o momento do parto. Mas, ao longo dessa época, o corpo feminino passa a interessar mais aos médicos e faz com que estudos obstétricos sejam mais frequentes, e assim, no final do século XIX, os obstetras passaram a transformar o parto em um evento controlado. A medicalização do parto se consolidou na metade do século XX, em que de assistência no cenário domiciliar foi extinto na sociedade e deu lugar as maternidades, que tinha como objetivo promover um espaço de ensino de práticas da medicina e também ser um lugar onde as mulheres se sentissem seguras e amparadas para parir (ALVARENGA, 2016). Nesse sentido, a violência obstétrica tem uma estreita relação com o processo de medicalização do nascimento, da realização de procedimentos desnecessários, com a institucionalização dos partos que promove o aumento de partos cirúrgicos desnecessários, bem como com a assistência desumanizada.

A parturição é uma das atribuições dadas ao gênero feminino e que carrega fatores históricos, políticos e ideológicos. Sendo assim, por mais que este tipo de atribuição apresente significados nas diferentes culturas, o processo doloroso a acompanha e torna obrigatório por parte da parturiente suportá-lo e aceitá-lo. Desde os tempos bíblicos a dor está associada ao parto como forma de um sentimento natural ou mesmo punitivo que a mulher deve sentir. Podemos observar no versículo 16 do livro do Gênesis, tal concepção: *“E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua conceição; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará”* (BÍBLIA SAGRADA, 2010).

Esta passagem bíblica retrata a punição dada à Eva por ter provado do fruto proibido e como consequência de seu ato, recebeu a multiplicação da dor ao dar a luz. Atualmente, o

predomínio desse pensamento milenar ainda se encontra na sociedade e em alguns profissionais de saúde, tornando mais comum à exposição da mulher à violência obstétrica. Dentre os casos de violência obstétrica, são exemplos citados dessa prática a falta de leitos para a mulher ter o seu bebê, a falta de informações durante a gestação, o uso de jargões pejorativos como forma de humor, o abandono e a ameaça.

A realização de procedimentos desnecessários também pode ser considerada uma forma de violência obstétrica. O profissional de saúde ao deter um saber técnico-científico sobre o corpo ignora os desejos e os limites das mulheres no processo do parto, muitas vezes institucionalizando a violência. Para muitos profissionais de saúde, a maioria do que é identificado como desrespeito não é considerado como violência. Isso se aplica devido à justificativa de que tais práticas desrespeitosas seriam disfarçadas de boas práticas profissionais, sendo para o bem da paciente; e tendo como objetivo a “colaboração” da mesma (AGUIAR, D’OLIVEIRA E SCHRAIBER; 2013).

Ainda neste contexto, vale mensurar o uso indiscriminado do parto cirúrgico – cesáreo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para o Brasil como líder mundial em cesáreas e alerta que o aumento da prática se tornou epidemia no país. De início, os números já denunciam uma triste realidade. Segundo uma pesquisa dos partos feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e realizados em redes privadas os números são alarmantes, sendo, respectivamente, 52% e 88%; enquanto a OMS recomenda que partos dessa natureza não ultrapassem 15% (LEAL, 2017).

Além disso, a assistência à mulher no período do parto e nascimento ou em situação de abortamento, muitas vezes não reconhece seus direitos, a sua subjetividade e cultura, se traduzindo numa atenção desumanizada e com baixa qualidade de cuidado (DESLANDES, 2004).

Diante do exposto e considerando a relevância do tema, surgiu o interesse em analisar os fatores que levam à violência obstétrica, bem como suas implicações e conhecer outras formas de assistência que possam valorizar as condições de saúde da mulher, inclusive no período de parto e nascimento.

Com o objetivo de abordar a temática, este estudo será dividido, nas seguintes seções: Inicialmente irei justificar a relevância do tema e as questões norteadoras desse estudo. No Capítulo 1 apresentarei aspectos que contribuíram para a construção histórica do processo da assistência ao parto e nascimento. No segundo capítulo serão apresentados os conceitos de

violência, de violência obstétrica e descrição dos principais tipos, das possíveis causas e implicações para a saúde da mulher. O terceiro capítulo buscará discutir as possíveis intervenções para alterar o cenário da assistência ao parto e nascimento no país.

## 1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral: Compreender os fatores que levam à violência obstétrica e suas implicações para a saúde da mulher.

1.1.2 Específicos:

- Descrever as transformações ocorridas na sociedade em relação ao nascimento e ao parto;
- Identificar e analisar os tipos de violência obstétrica;
- Analisar as características básicas dos diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento.

## 1.2 METODOLOGIA

A monografia estará baseado na abordagem qualitativa e utilizará como ferramenta a pesquisa bibliográfica por meio textos, artigos e documentos técnicos sobre o tema, utilizando como referência os descritores: violência obstétrica, saúde da mulher, parto e nascimento.

Para Moresi (2003), a pesquisa bibliográfica fornece ferramentas analíticas para qualquer tipo de pesquisa, mas pode esgotar-se em si mesma, sendo eficaz na busca de novas dimensões do conhecimento.

O estudo buscou responder às seguintes questões: Como se construiu a assistência ao parto e nascimento? Quais os fatores que levam à violência obstétrica e quais as suas implicações para a saúde da mulher? Quais as possíveis intervenções para enfrentar este grave problema de saúde pública?

Segundo Minayo (1992), a análise do material de uma pesquisa deve atingir alguns objetivos. Um deles está relacionado à confirmação se realmente está no material aquilo que nele se percebe, o que a autora denomina de “ultrapassagem da incerteza”. Outro objetivo é o de “enriquecimento da leitura”, isto é compreender os significados, os conteúdos e as estruturas latentes, existentes no material. Por fim, é importante que a análise tenha por a “integração das descobertas”, isto é, elas precisam ir além das aparências, devem considerar a totalidade social onde as mensagens estão inseridas.

No presente estudo, a escolha da ferramenta da pesquisa foi fortemente influenciada no sentido de possibilitar uma análise comprometida com as questões descritas acima.

## 2 PROCESSO HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

*Para mudarmos o mundo, precisamos mudar a forma de nascermos (Michel Odent)*

Alguns documentos antropológicos sugerem que no primórdio da humanidade os homens viviam conforme seus instintos naturais. As mulheres pariam sozinhas, sem atenção e cuidados. Elas se afastavam do grupo para dar à luz e depois retornavam com o seu bebê no colo, o que tornava o parto um fenômeno natural. O ato de parir não era algo que interessasse à sociedade como um todo, embora esta recebesse bem a vinda do nascituro. Por este motivo, cabia às mulheres se ajudarem, pois a presença do homem, que até esteve presente em determinados períodos da história, foi se tornando cada vez mais distante e até mesmo excluído do processo do parto e nascimento. Além de todo este cenário social, as fortes influências da Igreja faziam com que a presença do homem no parto fizesse com que a mulher perdesse as cinco virtudes – o pudor, a pureza, a fidelidade ao casamento, o bom exemplo e o espírito de sacrifício. (SANTOS, 2002).

Melo (1998), afirma que o processo de parturição tem uma estreita relação com a historicidade social da mulher em diversos períodos e sociedades. Segundo o autor, nas antigas civilizações, a mulher era considerada menor, o que implicava em sua permanência dentro de casa, executando afazeres domésticos e tendo como principal função a geração de descendentes do sexo masculino. Quando nascia uma filha, o pai muitas vezes decidia deixá-la morrer. Ao contrário das mulheres, os homens tinham total liberdade de circular livremente e sua função principal era de participar de guerras. O hábito de casarem com mulheres bem mais jovens reforçava o poder do homem sobre a mulher. Diante de uma sociedade com tal supremacia masculina, a prática médica se dedicou exclusivamente aos cuidados de seus guerreiros e por este motivo o conhecimento sobre o parto e nascimento permanecia negligenciado.

A historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as mulheres auxiliam uma às outras durante o trabalho de parto e nascimento, iniciando assim um processo de acumulação do saber empírico, agregando valores acerca do conhecimento desse serviço. O parto passa a ser um evento não apenas fisiológico, mas também social e um processo exclusivamente feminino. (SANTOS, 2002). Tal pensamento era tão enraizado na mentalidade da

época, que diversas mulheres preferiam morrer de parto a terem de chamar um homem para participar do mesmo. As mulheres mais experientes passam a ser reconhecidas como parteiras.

Embora o ofício de parteira seja conhecido desde a Antiguidade, pouco se sabe sobre a história dessas mulheres e enquanto a assistência ao parto esteve em seu domínio, e à margem da prática médica, não houve o estabelecimento de um processo metodológico acerca desses saberes. As práticas médicas exercidas na Grécia Antiga revelavam, além da inferioridade feminina, a forte relação entre medicina e poder.

O primeiro programa formal de treinamento de parteiras que se tem registro foi iniciado por Hipócrates no século V A.C. Os atenienses reconheciam dois tipos de parteiras — a parteira tradicional, encarregada do acompanhamento de grávidas saudáveis, e os *iatpouai*, “médico-parteira”, que estariam habilitados a lidar com as complicações. (Roush, R.E., 1979). No entanto a profissão de parteira não se equiparou à medicina e cirurgia gregas, às mulheres não era facultado o ingresso nas escolas médicas. (SANTOS, 2002, p. 45)

Como resultado, fica evidente o quanto as parteiras e os cirurgiões tinham experiências completamente antagônicas, visto que as parteiras presenciavam centenas de partos bem sucedidos, enquanto os cirurgiões só viam as complicações e os casos mais sérios. As parteiras esforçavam-se para manter a normalidade, já os médicos, focando no patológico, buscavam lidar apenas com as situações de alto risco.

A medicina medieval era inteiramente dogmática e ligada ao contexto das universidades, que foram fundadas em torno dos séculos XII e XIII. Outrossim, a admissão nessas universidades era controlada pela Igreja e limitada aos homens das classes altas (MCCOOL; MCCOOL, 1989). No século XVII, porém, ocorre a inserção da figura masculina na assistência ao parto, com a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto, porém esta presença significava que algo ia muito mal, pois os médicos continuavam a atender somente os casos mais graves, em que a vida da mãe e da criança estivesse sob algum tipo de risco.

Quando apareciam situações inusitadas ou complicadas e perigosas às parteiras recorriam, na maioria das culturas, ao homem — inicialmente shamans, padres ou rabinos e mais recentemente os barbeiros-cirurgiões e finalmente os médicos. A presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo ia muito mal (OSAVA, apud PETER et al, 2005).

A divisão sexual do trabalho tornou a profissão das parteiras algo marginalizado e visto como inferior, principalmente por parte dos médicos, que evitavam contato com as mesmas por pertencerem às classes sociais mais baixas. A parteira, que ocupava um lugar de confiança e desempenhava um papel essencial para a aldeia, logo despertou interesse na Igreja Católica, visto

que a última tinha um enorme interesse de dominar e percebia o quanto essas mulheres tinham a liberdade de circular livremente entre diversas casas e influenciar as mentalidades de quem as recebia. Em 1487 dois inquisidores deram início à “Caça as Bruxas”, acreditando que elas eram companheiras do diabo. Em 1573 a Igreja decreta uma lei, que permaneceu em vigor por 130 anos, controlando as práticas das parteiras e determinando que estas passem a ser “propriedade” da Igreja Católica, de forma que elas eram juramentadas pelo padre a batizar a alma do nascituro, denunciar os casos de aborto, o uso de anticoncepcionais, as relações não matrimoniais e as condutas ofensivas à crença católica (SANTOS, 2002).

Para Michel apud Santos (2002), o caso das parteiras permite pensar que e as “feiticeiras” eram mulheres contestadoras da classe social burguesa, que restringia a atuação das mulheres na sociedade, na família, na profissão. Aponta o autor que as mulheres, por não terem a proteção social assegurado às mulheres nobres ou ricas, acabavam se revoltando e indo para a fogueira com a anuência da Igreja.

A presença masculina nas práticas obstétricas começa a partir dos barbeiros-cirurgiões, homens que socialmente estavam na mesma posição dos carpinteiros, sapateiros e outras profissões ligadas a arte e comércio. Buscando um maior reconhecimento de suas habilidades e experiência na área da obstetrícia, esses cirurgiões passam a disputar com as parteiras os casos obstétricos. O ponto de partida para esses homens foi através da assistência às parturientes que se encontravam sob-risco de vida, porém a conquista desse reconhecimento foi dificultada pelo excesso de pudor acerca do corpo feminino. Sendo assim, começa a se estabelecer um clima de intensa rivalidade entre cirurgiões e parteiras, estas por sua vez recebiam muito mal os cirurgiões por representarem um risco para sua atuação e sobrevivência (SANTOS, 2002).

A evolução das práticas obstétricas e o desenvolvimento dessa ciência voltada para a patologia serviu de porta de entrada para os cirurgiões no campo da medicina. Um desses avanços na obstetrícia foi a mudança de postura no parto; a adoção da posição horizontal foi considerada mais confortável e adequada para o cirurgião e por isso foi enquadrada na rotina médica.

Em meados do século XVIII, surge na Inglaterra um novo profissional apelidado de homem-parteira, este profissional começa a atuar no campo antes reservado às parteiras – a atenção ao parto normal. Nesse cenário, a presença das parteiras fica cada vez mais ausente e esses novos profissionais deram origem a “Revolução da Obstetrícia”. Esses profissionais

tomaram lugares importantes nesse processo e atuavam, principalmente, nos partos de mulheres urbanas e de classes sociais mais elevadas (SANTOS, 2002).

Como consequência dessa Revolução da Obstetrícia, vale o questionamento acerca dos fatos que protagonizaram tal mudança para chegar a um entendimento do modelo hegemônico de atenção ao parto no nosso meio. Desde o século XVII, o rápido crescimento econômico e as mudanças que ele trouxe na organização da sociedade ocidental foram cruciais para a mudança do modelo em que havia um valor do organismo humano pelo valor creditado às máquinas. Como resultado desta mudança, diversos aspectos começaram a ser vistos como parte que podem ser reparadas a qualquer momento. Duarte afirma que esta mudança é responsável por três importantes consequências: “... a racionalização dos saberes, a interiorização e psicologização dos sujeitos”. (DUARTE, 1988, p.20). Surge assim um mundo de ‘fatos’ regido por um pensamento mecanicista.

A aceitação geral do modelo mecanicista tornou-o o fator conceptual da sociedade ocidental, passando a responsabilidade dos cuidados com o corpo das mãos da Igreja para as dos profissionais médicos. Esta transfiguração foi fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade baseada na funcionalidade do corpo ligado à máquina.

Junto à responsabilidade da manutenção do modelo mecanicista, os médicos também assumiram outro papel na sociedade, que antes era desempenhado pela Igreja, a crença em dogmas deste sistema. O modelo biomédico é baseado numa ciência influenciada pela tecnologia e por valores como o patriarcado, o tecnicismo e a supremacia da instituição sobre o indivíduo. Estas instituições médicas possuem mecanismos eficazes quanto à perpetuação dos valores centrais da sociedade tecnocrata, estabelecendo princípios hierárquicos, diluindo responsabilidades e concentrando saberes nas mãos de poucos, o que reforça ainda mais o status quo.

Dentro do universo feminino, surge uma questão histórica: porque razão os médicos, que nesta época gozavam de pouco prestígio e pouca experiência, vieram a substituir as parteiras? Uma tentativa de resposta para esta questão passa pelo entendimento de que as parteiras, na Europa, eram assimiladas a um conjunto de saberes empíricos, crenças e práticas ligadas a forças indecifráveis que confortavam as mulheres e que afastavam os médicos, não querendo estes ser comparados à bruxaria. Já na América, as fortes influências do protestantismo e a abominação de qualquer prática que remeta à magia, contribuíram também para que as mulheres norte-

americanas olhassem para os médicos de forma mais receptiva e permitissem que o parto fosse gradativamente transformado em um evento controlado e racionalizado. Mesmo assim, por mais que houvesse essa entrega para a mecanização do nascimento, as mulheres ainda contavam com rituais e o processo de parto e nascimento passou a apresentar uma nova dicotomia: o corpo nas mãos dos médicos e o espírito na companhia feminina (SANTOS, 2002).

Nos últimos dois séculos, a disputa pela hegemonia no campo da assistência ao parto ainda persiste e é marcada por dois episódios envolvendo parteiras, com repercussões grandes, porém distintas nos atuais modelos ocidentais de atenção ao parto: o da Inglaterra e o dos Estados Unidos.

Na Inglaterra, três médicos se recusaram a atender uma solicitação de ajuda de uma parteira, e a mãe e o bebê morreram e o caso chegou à imprensa e ao tribunal, expondo o tratamento desigual recebida por mulheres ricas, atendidas por médicos, e mulheres pobres, que eles recusavam atender em caso de alguma complicação. Este fato culminou com a regulamentação e incorporação do trabalho das parteiras registradas ao sistema de saúde oficial, que se deu através da aprovação da lei das parteiras, o “Midwives’ Act”, de 1902. O outro episódio, ocorrido nos Estados Unidos, ao contrário, transformou o trabalho das parteiras como uma prática fora da lei, com base na estratégia de responsabilizá-las pelas elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal do início do século XX sendo conhecido como “midwife problem”, o que fortaleceu o conceito de que o nascimento seguro só era possível, mediante a presença e a intervenção de médicos já começava a ganhar larga aceitação entre as mulheres das classes elevadas. (OSAWA, RIESCO, TSUNECHIRO, 2006).

Este fato revelava que a disputa pela hegemonia da assistência ao parto além de uma disputa de poder também se dava por uma questão econômica.

A parteira tradicional norte-americana atendia a cerca de 50% de todos os nascimentos em 1910. Era uma situação intolerável para a emergente especialidade obstétrica, pois na lógica da corporação médica, cada mulher pobre atendida pela parteira era um caso a menos para o ensino e pesquisa acadêmica. Os vastos recursos proporcionados pelas classes populares, como “material de ensino” à obstetrícia, estavam sendo desperdiçados pelas ignorantes parteiras. Além disso, as mulheres pobres gastavam cerca de cinco milhões de dólares anuais com parteiras que poderiam estar dirigidos aos verdadeiros “profissionais” (OSAWA, RIESCO, TSUNECHIRO, 2006, p.700).

Como as parteiras eram em sua maioria mulheres, imigrantes ou negras com baixa base educacional e pouca organização, elas não conseguiram responder à responsabilidade à elas imputada pela febre puerperal e pela oftalmia neonatal, condições mórbidas que poderiam ser facilmente prevenidas por técnicas simples, como a lavagem das mãos e a instilação de colírio. O que aconteceu na Inglaterra, Alemanha e maioria dos países europeus, que melhoraram a assistência prestada pelas parteiras. O que não ocorreu nos Estados Unidos, visto que os médicos americanos além de possuírem uma precária formação, queriam manter o poder já conquistado, defendendo a insignificância da atuação das parteiras e que a gestação e o parto normais eram exceções e considerá-los como eventos normais seria uma falácia. (OSAWA, RIESCO, TSUNECHIRO, 2006).

No Brasil, não muito diferente do ocorrido nos Estados Unidos, a prática da parturição também foi trocando de mãos. O parto, que tradicionalmente era realizado por mulheres conhecidas popularmente por aparideiras, comadres ou parteiras-leigas, passa, com a criação das Escolas de Medicina e Cirurgia, na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808, a ser realizado por médicos-parteiros, inaugurando a inserção do homem num espaço essencialmente feminino, e mais do que isto, vai produzir tanto um discurso masculino como um discurso anátomo-patológico sobre a prática obstétrica. (BRENES, 1991).

Os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto, transformando-o em um ato cirúrgico. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de forma pública, em que o objetivo era o maior controle de um saber fisiológico do corpo feminino. Desta maneira, os médicos vão tomando para si os conhecimentos e práticas obstétricas produzindo uma hierarquização dos saberes e de poder sobre o corpo e a imagem da mulher.

Mesmo antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, a obstetrícia proclama a sua exclusividade desde 1840. Também a partir deste período, percebe-se o deslocamento de seu olhar para questões tais como sexualidade, higiene e moral feminina. Assim, a partir da segunda metade do século XIX, a medicina se articula a outras instâncias do social na produção de uma nova imagem sobre a mulher, da relação desta com os filhos e sobre seu papel em sociedade, esposa-mãe-dona-de-casa (BRENES, 1991 p.137).

Assim, além de buscar o controle dos corpos das mulheres, a medicina vai produzir um poder sobre os modos das mulheres andarem na vida. Como se portar, educar, e cuidar de sua família. Estas orientações são assimiladas facilmente pelas classes mais favorecidas, onde ter a intervenção médica durante o parto passa a ser aceito como forma segura e de status social.

Soma-se a este fato o processo de “cientificação da medicina”. A medicina científica, ou alopática, tem como base o Relatório Flexner (1910), documento que propôs mudanças no ensino médico e que fortemente influencia até os dias atuais grande parte do ensino da medicina em vários países, inclusive o Brasil. Este relatório preconiza a centralidade do estudo da doença com bases científicas, os estudos de partes do corpo isoladamente, desenvolvendo assim a ciência da doença, considerando o hospital como a principal instituição de transmissão de conhecimento médico. Esse processo desencadeou várias transformações, como o avanço da indústria farmacêutica, da produção de equipamentos, instrumentos, materiais, entre outros, além de expandir um sistema de formação de recursos humanos para atender aos estudos e pesquisas científicas e tecnológicas (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

No tocante à assistência ao parto e nascimento, cada vez mais fica necessário o uso de exames, equipamentos, que possam dar conta tanto da dimensão biológica do parto que passa a ser preponderante, como para atender ao mercado, visto que esses avanços estão estritamente relacionados à lógica capitalista.

O avanço da tecnologia moderna nas áreas sociais segue a mesma lógica do capital nas áreas econômicas, isto é, a da lucratividade. Em particular, a área da saúde tornou-se altamente lucrativa, considerando-se as políticas específicas de proteção às empresas privadas pelo Estado, a elevada incidência de doenças e o predomínio da medicina científica (alopática), tanto na prática quanto na formação médica. A alta tecnologia na saúde acompanhou a expansão das indústrias químico-farmacêuticas e de aparelhos e equipamentos médicos de capital estrangeiro no País, a crescente instalação de hospitais e empresas médicas complexas (estas favorecidas pelo sistema de convênios instituído pelo Governo, a partir de 1966), e a ênfase na formação de especialistas pelas escolas de medicina (KAWAMURA, 1987, p.48).

No Brasil, reproduziu-se durante muito tempo um modelo de saúde fortemente voltado para os interesses capitalistas, hospitalocêntrico e com forte hegemonia médica. A formação dos profissionais de saúde não médicos também foi influenciada por este modelo mecanicista, o que contribuiu para a sobreposição de procedimentos impessoais acima da capacidade de diálogo e do estabelecimento de relações de confiança. A partir do movimento da reforma sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde, surge uma nova proposta de modelo de atenção à saúde, que vem sendo construída buscando garantir um atendimento público de qualidade a todo cidadão, conforme descrito na Constituição Federal de 1988. Vários foram os avanços da assistência ao parto e nascimento, como por exemplo, a implantação da Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 2001, e da Política Nacional de Humanização do SUS, em 2003,

Além de várias conquistas de lutas de movimentos feministas para a melhoria da assistência à mulher, como a criação do PAISM, da lei do Planejamento familiar. Porém ainda o parto ainda, em sua maioria é ainda visto como um procedimento médico, muitas vezes desumanizado (TEIXEIRA, 2005).

A implantação de procedimentos e técnicas padronizadas em estruturas hospitalares parece contribuir para apagar a dimensão humana. O parto é frequentemente envolto em procedimentos impessoais, muitas vezes invasivos, dolorosos, ou mesmo desnecessários. A preocupação com a produtividade é o máximo de garantia de que nenhuma complicação vai ocorrer, enquanto isto exames vaginais repetitivos, posição fixa da mãe, lavagem intestinal, anestesia sem consentimento, uso de fórceps, elevado número de cesáreas desnecessárias, isolamento, proibição de acompanhante, episiotomia, xingamentos, e muitas outras violências físicas, verbais e psíquicas continuam ocorrendo cotidianamente.

### 3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ORIGENS, CONCEITUAÇÃO E TIPOLOGIAS

A Violência Obstétrica representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo da opressão feminina pelo próprio sistema de saúde. Souza e Pileggi-Castro

#### 3.1 A LÓGICA SOCIAL DA VIOLÊNCIA

A violência é fenômeno social complexo, que atravessa a história humana, sendo encontrada em todas as sociedades e tradições culturais. O uso da violência, independente da maneira como a mesma se manifesta, afeta negativamente o desenvolvimento vital do indivíduo. Nessa perspectiva, entende-se que a violência não é um estigma da sociedade contemporânea, visto que as suas manifestações variam de acordo com o momento histórico, social, cultural e interacional. Dessa maneira, devido ao seu caráter polifacético e multidimensional, é impossível pensar na complexidade desse fenômeno de forma isolada, visto que os mesmos se conectam.

Segundo Callaham apud Moré et.al (2014), os conceitos de paz, saúde e liberdade apresentam uma grande dificuldade de definição devido aos avanços tecnológicos científicos e as mudanças da práxis humana de uma maneira geral. Nessa perspectiva, o conceito de violência se aproxima a esses conceitos gerais devido a sua dificuldade de definição específica ou abrangente em questão. Posto isto, é evidente o quanto a sua conceituação é limitante, visto que este ato carrega um perigo de distorcer e mascarar o fenômeno da violência quando não se evidencia claramente sobre qual lado está partindo a problematização ou argumentação sobre ele.

Resgatando a raiz etimológica da palavra violência, Galtung apud Moré et al.(2014), considera restrito o conceito de força implícita em sua conceituação, bem como a assimilação de palavras como: violentar, violar e forçar. Para melhor compreendê-la, o referido autor propõe uma ampliação no modo de encará-la, de forma que sejam contempladas as diferentes formas de violências, para assim pode refletir melhor sobre suas complexidades e sua diversidade no momento que se expressa. Para o autor a violência pode ser direta, estrutural e ou cultural. A violência direta é a expressão da violência física e/ou verbal; A violência estrutural é observada em situações de poder, como dominação, exploração, descriminalização ou marginalização; e a violência cultural se manifesta através de atitudes que promovem a violência seja ela direta ou estrutural. Elas estão presentes na vida social brasileira, reproduzindo-se nas estruturas, nas

relações e nas subjetividades, de maneira insidiosa e persistente. Sendo assim, a violência assume diversas formas e sentidos de acordo com o momento histórico, levando a compreendê-la como um processo inerente ao homem.

Observa-se o esforço por parte de pesquisadores em buscar um conceito geral que ajude uma melhor visualização, assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a seguinte definição:

[...] trata-se do uso intencional da força física ou poder, em forma de ameaça ou praticada, contra si mesmo, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que resulta ou tem uma grande possibilidade de ocasionar machucados, morte, consequências psicológicas negativas, mau desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

Esta abrangência na conceituação da violência é passível de um olhar tendencioso, visto que o seu entendimento pode levar a implícitas posturas, tratamentos e/ou ações desiguais por parte de profissionais frente a mesma uma situação de violência. Outrossim, acredita-se no tensionamento constante entre o olhar da violência como um fenômeno singular e a violência enquanto pluralidade. Entretanto, esses aspectos são indissociáveis, pois afetam mutuamente e não podem ser desconsiderados ou entendidos isoladamente.

Para entender a violência, devemos entender o conjunto de fatores que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida. Nos últimos 20 anos, tanto o Brasil quanto diversos países desenvolvidos tiveram uma mudança no cenário de mortalidade. As enfermidades infecciosas vêm cedendo lugar à violência e aos acidentes e à esse fenômeno, segundo os estudiosos, se dá o nome de transição epidemiológica. Esses problemas dependem em grande parte das condições de vida, dos avanços científicos e dos tecnológicos, e também, mas não preferencialmente, das intervenções e dos procedimentos médicos (MINAYO,2009).

Embora muitas definições coincidam, muitas outras se divergem devido a complexidade do assunto. A violência, por ser um fenômeno multicausal, atinge todas as pessoas e afeta emocionalmente qualquer indivíduo, seus casos são exemplos da transição que junta questões sociais e problemas de saúde. Apesar de não ser um problema tipicamente médico, ela afeta diretamente a saúde e evidencia a necessidade de uma atuação diferenciada por parte dos serviços de saúde visando às necessidades dos cidadãos. É importante distinguir os conceitos de violência e agressividade. Segundo Minayo (2009), a agressividade para Freud é um impulso nato e

essencial para a sobrevivência do ser humano. Este processo de constituição da subjetividade possibilita a diferenciação entre o EU e o OUTRO. Já a violência consiste numa transformação da agressividade, pautada num processo social e psicossocial o qual circunstâncias sociais, o ambiente cultural, as formas de relações primárias e comunitárias e, também, as idiossincrasias dos sujeitos.

Assim, além da violência ser histórica, a mesma também é um fato humano e social. Não se conhece nenhuma sociedade livre de violência e suas manifestações têm como objetivo usar da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades, é o caso da violência de gênero, sobretudo do homem contra a mulher. No âmbito da complexidade do fenômeno, a perspectiva de gênero, segundo Colas e Villaciervos (2007) apud Minayo (2009), carrega consigo ideias, prejuízos, valores, interpretações normas, deveres, mandatos e proibições sobre a vida das mulheres e dos homens. Nesse mesmo âmbito, se encontram as concepções de homem e mulher que busca apontar as diferenças e as funções de cada um ao longo da vida. Ainda segundo a autora, a respeito da definição de gênero, encontramos duas proposições que se relacionam ao controle e distribuição do poder. A primeira trata o gênero como base das relações sociais e determinante para as relações de poder entre os sexos; a segunda trata o gênero a partir da distribuição e do controle diferenciado sobre o acesso aos recursos materiais e simbólicos.

No Brasil Colônia, por exemplo, a legalidade no uso da violência dos maridos contra as suas mulheres era amparado pelo Reino e o longo caminho percorrido até a criação do dispositivo jurídico, a Lei Maria da Penha (2006), que considera a violência contra a mulher um crime, foi percorrido por um extenso caminho ao longo do qual diversas mulheres perderam as suas vidas. Historicamente, a vivência da feminilidade e da masculinidade é entendida como uma construção sociocultural associada às estruturas de desigualdade, dominação e discriminação social.

O enfrentamento perante a violência contra mulher é tributária do movimento feminista. Apesar de terem sido alcançados alguns dispositivos para esse enfrentamento, a sua erradicação ainda não foi atingida. As diversas correntes do movimento feministas tomaram como bandeira a luta contra a subordinação das mulheres, a busca de uma metodologia inovadora teve como base a busca por intervenções libertadoras que visam as transformações nos rumos das relações sociais. Ao serem discutidas as relações entre ciência e gêneros, as militantes feministas inseridas

no mundo acadêmico perceberam que o conhecimento científico construído até então havia sido moldado por e para indivíduos do sexo masculino, portanto suas conclusões incorporavam o ponto de vista de homens, brancos e de classes dominantes.

As explicações científicas produzidas para a violência contra a mulher por uma perspectiva não feminista contribuíram para a naturalização da violência, uma vez que o homem era considerado superior devido a sua força física e as mulheres eram destinadas a aprender a serem submissas ao longo de muitas gerações. Segundo Chauí (1985) apud Moreira (2014), a violência é um exercício de força em que o ser humano é tratado como objeto e não como sujeito, seja em termos de classes sociais ou de relações interpessoais. O estabelecimento de um pensamento consentido da violência contra a mulher tem suas raízes pelos sentidos construídos social e culturalmente de que homens são naturalmente violentos e de que a violência é intrínseca às relações entre homens e mulher.

Dentre os tipos de violência contra a mulher encontramos a violência obstétrica, que é uma violência muitas vezes invisível por estar relacionada à hegemonia médica e também de outros profissionais de saúde.

### 3.2 O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Se você gritar, é pior, porque nós não vamos te atender.  
(Relato de uma mulher à pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, da Fundação Perseu Abramo, 2010).

As práticas obstétricas sofreram profundas mudanças com a crescente hospitalização e medicalização da assistência ao parto e ao nascimento. O panorama atual da parturição demonstra uma grande falha no que se refere ao respeito dos direitos humanos das mulheres. A violência obstétrica, recentemente, foi reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde e a partir de meados do século XXI ganhou maior visibilidade através de documentários, pesquisas acadêmicas e ações movidas pelo ativismo social. A declaração da OMS intitulada como “Prevenção e eliminação de abuso, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” foi o documento responsável por reconhecer a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher, apontando a necessidade da realização de pesquisas com o objetivo de definir, medir e compreender este fenômeno, para a

elaboração de medidas de prevenção e eliminação dessas práticas, visto que a falta de consenso internacional sobre como a violência obstétrica se apresenta, dificulta o conhecimento real de sua prevalência e do seu impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres (OMS, 2014, p. 1).

Embora a violência obstétrica seja considerada um assunto “recente”, o sofrimento das mulheres na assistência ao parto está presente em diferentes momentos histórico. Na década de 1950, narrativas de violência no parto foram feitas por mulheres dos EUA à revista *Ladies Home Journal*. “Crueldade nas Maternidades” foi o título de um artigo publicado há mais de 50 anos por enfermeiras e mulheres que contaram a história de tratamentos desumanos nas salas de parto e durante os partos”. As histórias incluíam mulheres sendo forçadas a permanecer em posição de litotomia e tendo suas pernas e mãos amarradas durante o trabalho de parto, o que tornava comum a presença de hematomas no pós-parto. O direito de tomar decisões frequentemente era negado às mulheres e se as mesmas protestassem sobre algo que estivesse sendo feito sem o seu consentimento, recebiam punições severas. O maltrato não é incomum na realidade da assistência ao parto e nascimento e persiste ainda hoje devido a fatores intrínsecos à cultura social hospitalar. O resultado da denúncia feita à revista teve uma grande repercussão entre as mulheres e mais denúncias foram feitas, o que ocasionou em medidas de prevenção à violência obstétrica e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia (GOER, 2010).

Em 1958, no Reino Unido, outro movimento se formou quando foi criada a Sociedade para Prevenção da Crueldade Contra as Grávidas. Uma carta publicada no jornal *Guardian*, afirma:

Nos hospitais, as mulheres têm que enfrentar a solidão, a falta de simpatia, a falta de privacidade, a falta de consideração, a comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, rotinas estupidamente rígidas, grosseria [...] as maternidades são muitas vezes lugares infelizes, com as memórias de experiências infelizes (Beech e Willington, 1960, p. 2 apud Diniz et al, 2015).

Em 1998, o Centro de Direito e Política Reprodutiva e o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher publicaram o relatório *Silencio y Complicidad: Violencia Contra las Mujeres en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*. Neste relatório são documentadas as violações aos direitos das mulheres usuárias dos serviços de saúde pública do Peru a partir do exame de casos, testemunhos e entrevistas as quais evidenciam a violência física, psicológica e sexual dentro dos serviços de saúde. Além disso, também são expostas as práticas que vão contra o direito de

receber informações sobre a saúde reprodutiva e que vão contra o direito de decisão sobre a mesma. Em face do exposto, podemos notar que essas violações se aplicam por todo o continente e agridem a integridade feminina (CLADEM, CRLP, 1998)

No Brasil, o tema da violência obstétrica foi abordado em trabalhos feministas, na academia e fora dela. O livro *Espelho de Vênus*, do grupo Ceres, publicado na década de 1980, descreve a violência institucionalizada durante o parto. Alguns depoimentos mostram que:

Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico-paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto (ALVES et al, 1981,p. 349).

A violência obstétrica já era tema de saúde pública na década de 1980, em que o tratamento impessoal e violento da atenção à saúde da mulher foi reconhecido pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM (BRASIL, 2004). Apesar do tema ter sido relativamente negligenciado e ter sofrido resistência dos profissionais, aliado a outras questões urgentes em pauta, o combate a violência obstétrica esteve presente em iniciativas como os cursos promovidos pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP. A partir deste projeto, foi publicada uma cartilha que busca ajudar os profissionais de saúde a lidar com a assistência à mulher na gravidez, parto e puerpério. Essas e outras iniciativas, embora importantes para o fortalecimento da compreensão de saúde como produção de subjetividade e de respeito à vida humana, elas não foram capazes de alterar as práticas de cuidado e atenção a gestantes e puérperas (DINIZ, 2002).

Embora não exista uma única definição para a violência obstétrica, os autores são unânimes em afirmar que ela retrata a má qualidade de atenção à saúde durante o parto e o nascimento, e é compreendida como qualquer violência, física, verbal, emocional ou psicológica, sofrida pelas mulheres na gestação, trabalho de parto, parto ou puerpério (MACEDO, 2015).

Neste sentido, a violência obstétrica tem uma estreita relação com a assistência desumanizada na gestação, no parto ou em situações de abortamento; com o processo de medicalização do nascimento; com a realização de procedimentos desnecessários; com a institucionalização dos partos; com a questão de gênero, raça e saúde (DESLANDES, 2004), como também de a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas (ZANARDO et. al, 2017).

### 3.3 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Com o processo de aceleração da hospitalização dos partos, ocorreu um aumento no uso das tecnologias que prometiam “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para torná-lo ‘mais normal’ e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê”. A utilização em larga escala de procedimentos considerados inadequados e desnecessários pode colocar em risco a vida da mãe e do bebê, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências, como também contribuir para o aumento da violência obstétrica.

Segundo D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) a violência contra mulheres nas instituições de saúde se apresentam sobre quatro tipos: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro).

Wolff & Waldow (2008) definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários.

A pesquisa Nacer no Brasil, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, oferece um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. A pesquisa foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas, e contou com a entrevista de mais de 23.000 mulheres. Entre as entrevistadas, apenas 5% tiveram o parto vaginal sem nenhuma intervenção e 52% dos partos foram cirúrgicos. A pesquisa aponta que 75% das mulheres não receberam alimentação, 73% não tiveram acesso a procedimentos não medicamentosos para o alívio da dor, como banho quente, 81% não tiveram direito a acompanhante, o que é previsto por lei desde 2005. Entre as mulheres que pariram 36% receberam ocitocina e 53,5% foram submetidas à episiotomia. Diante dos dados não são necessários elementos adicionais para enfatizar a gravidade da violência obstétrica no Brasil. (ENSP/FIOCRUZ, 2014).

Abaixo estão expostos detalhes sobre alguns desses procedimentos inadequados e desnecessários que caracterizam a violência obstétrica, como a normalização da cesárea como

prática de nascer, as práticas recorrentes de episiotomia e a não permissão de acompanhantes durante o parto e nascimento.

O modelo atual de assistência ao parto no Brasil é resultado de profundas mudanças desde meados do século passado, com crescente medicalização e hospitalização. A cirurgia cesariana, quando necessária, salva vidas e diminui morbidades para a mulher e seu bebê. Contudo, esse efeito positivo não se mantém a partir do momento em que se há uma normalização da cesárea como modo de nascer. Embora a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) tenha estabelecido valores de referência de 10% a 15% para a prática da cesárea, estima-se que em 2012 as taxas foram de 55,6% no país, sendo 40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados (TESSER et al, 2015).

Embora o procedimento cirúrgico seja apontado, muitas vezes, como um modo de nascer seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna, porém os efeitos adversos da cesariana são evidentes e persistentes. Estudos revelam que o aumento nas taxas de cesariana isoladamente não diminuiu a mortalidade perinatal. O que pode contribuir para a diminuição dessa taxa é o bom acompanhamento pré-natal e melhorias no cuidado intensivo ao recém-nascido (TESSER et al, 2015).

Ainda segundo essas autoras, as pesquisas epidemiológicas mostram que, em comparação com os nascidos de parto vaginal, os nascidos de cesárea têm maior possibilidade de complicações. Em bebês que nascem de cesáreas há maior risco de prematuridade, mortalidade neonatal, admissão em UTI e uso de ventilação mecânica. No Brasil, estudos revelam que o aumento das taxas de cesariana tem uma relação intrínseca com o aumento no número de bebês prematuros e de baixo peso, e problemas relacionados às características da imunidade e do metabolismo.

Para se compreender o uso excessivo da cesariana deve-se considerar a multiplicidade e complexidade de fatores envolvidos. Embora algumas mulheres realmente escolham essa via de parto, Diniz e Chacham (2006) mostram que a maioria das mulheres declara preferência pelo parto vaginal. As gestantes que optam pela cesárea, geralmente, são influenciadas por fatores culturais que associam o parto vaginal a intervenções dolorosas ou por médicos que montam um cenário de necessidades clínicas da cesariana. O momento do parto passa a ser encarado pelas mulheres como um momento de medo e ameaça à vida, e pelo desejo de evitar esse sofrimento, a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga.

A realização de cesáreas nem sempre é uma escolha feita pela mulher. Por ser um modelo conveniente para os profissionais de saúde, que trocam a imprevisibilidade do parto normal pelo agendamento das cirurgias, esse procedimento é, muitas vezes, induzido e realizado sem o consentimento da parturiente, o que pode ser considerado um ato de violência que por ser corriqueiro é também banalizado.

Com a cultura pró-cesárea, possivelmente ocorreu (e continua ocorrendo) uma modificação no treinamento dos médicos obstetras no país: eles podem não estar desenvolvendo habilidades clínicas para lidar com o parto normal sem intervenções cirúrgicas. Como resultado, qualquer alteração ocorrida durante o processo do parto tende a ser resolvida pela cirurgia, ignorando muitos casos que poderiam ser evitados com benefícios para mulher e para o seu bebê. Diante de todos os fatores expostos é possível compreender como o grande número de cesáreas, muitas vezes desnecessárias, pode contribuir para a violência obstétrica.

Diversos outros tipos de intervenções praticados diariamente durante o parto, podem também ser considerados violentos, muitos deles são realizados considerados excessivos ou não encontram respaldo científico. Além disso, muitas práticas são associadas a risco de complicações, são dolorosas e seu uso é considerado desnecessário, como é o caso da episiotomia. A episiotomia é um procedimento cirúrgico realizado no períneo da mulher no momento do parto vaginal, e na maioria das vezes a mulher não recebe esclarecimentos e ninguém solicita o seu consentimento.

A episiotomia pode provocar inúmeros problemas, como:

- pode causar maior perda de sangue
- dor durante o parto
- maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal)
- infecção
- dor no ato sexual (dispareunia)
- risco aumentado de lacerações no parto seguinte
- autoestima afetada devido à estética da cicatriz
- menos satisfação com o parto (FMES, 2014).

Apesar de não ter qualquer embasamento científico, e seja contraindicada pela Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a episiotomia ainda é praticada de modo rotineiro e continua sendo ensinada nas faculdades brasileiras.

Além da episiotomia, observa-se o excesso de intervenções no parto. A publicação “Assistência ao parto normal: um guia prático” classificou as intervenções durante o parto conforme evidências científicas e as práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (OMS, 1996), que podem ser observadas no quadro 1 abaixo.

**Quadro 1.** Práticas prejudiciais e motivos associados.

<b>Práticas prejudiciais ou ineficazes</b>	<b>Motivo</b>
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto/ Cateterização venosa profilática de rotina.	-Diminui a mobilidade, “prende” a parturiente ao leito. - Aumenta desconforto. - Solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal.
Uso indiscriminado de ocitocina.	-Pode levar a um aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal. -Ocitocina isoladamente não diminui a possibilidade de cesariana em mulheres com analgesia peridural.
Amniotomia para acelerar trabalho de parto.	-Amniotomia isolada parece diminuir um pouco a duração do trabalho de parto, mas aumenta a possibilidade de cesariana.
Posição de litotomia (posição de exame ginecológico).	-Posições verticalizadas reduzem o tempo de trabalho de parto e não estão associadas a aumento de intervenções ou efeitos negativos. -São bem descritos os benefícios da posição verticalizada para mulher e feto.
Episiotomia.	-Aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. - Seu uso rotineiro vir sendo constantemente desestimulado.
Manobra de Kristeller.	-Associada a lacerações perineais graves e internação em UTI neonatal para o bebê. -Há recomendação de que seja evitada.
Restrição alimentar e hídrica.	-Prolongada pode levar a desconforto da parturiente, há recomendação de que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos e outros alimentos leves durante o trabalho de parto.
Restrição aos movimentos corporais.	-Dificulta lidar com a dor. -Aumenta a chance de necessidade de analgesia. -Aumenta a chance de cesariana. - Aumenta a duração do trabalho de parto.
Impedimento de acompanhante.	-Presença de acompanhantes é altamente protetora contra todas as formas de violência durante a internação hospitalar.

Fonte: Tesser et al 2015

Outro fator significativo para a violência obstétrica é o não reconhecimento do direito a acompanhante durante o parto. As evidências sobre o benefício do apoio durante o parto levou à recomendação deste procedimento a todas as mulheres. No Brasil, embora esse direito seja

previsto em lei, a sua implementação ainda não ocorre em todos os serviços de saúde. Com o estabelecimento do parto em ambientes hospitalares, a maioria das mulheres passou a parir sem a presença de pessoas que lhe fossem familiares. Na década de 1990, grupos de pesquisadores e ativistas, em vários países, promoveram ensaios clínicos que demonstravam o desenvolvimento do parto de mulheres com e sem acompanhante. Esses estudos demonstram que o acompanhamento traz muito resultados positivos para a mulher e o neonatal. A partir disso, a OMS levou a uma recomendação de que “o apoio contínuo durante o trabalho tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento” (OMS, 1996, p.2).

Pode-se afirmar que o acompanhamento a otimiza a fisiologia do parto, reduzindo a dependência de intervenções médicas. O acompanhamento por um familiar ou uma doula proporciona o apoio emocional a gestante e o seu encorajamento durante o processo do parto. Além disso, o apoio garante que a gestante esteja informada sobre o progresso do parto, aprenda técnicas para lidar com o momento e receba medidas de conforto, como: toque, massagem, banho quente, ajuda para manter-se hidratada ou ir ao banheiro.

Em 2005, uma lei nacional garante o acompanhamento para todas as mulheres nos serviços públicos e privados, afirmando que:

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

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente (BRASIL, 2005).

Embora este direito esteja previsto em lei, como também na Política Nacional de Humanização (PNH), ainda é comum a existência de unidades hospitalares que não permitem o acompanhamento de uma pessoa escolhida pela gestante na hora do parto.

Outros direitos são negados à gestante quando ocorre desrespeito e abusos nos serviços de saúde. Segundo Tasser et. al (2015), cada tipo de violência obstétrica fere um direito . O abuso físico, que pode ser observado em situações como de realização de procedimentos sem justificativa, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias, nega o direito da gestante de estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos. A discriminação baseada em certos atributos se contrapõe ao direito à igualdade, não discriminação e equidade da atenção; o abandono, a negligência ou recusa de assistência, é um

desrespeito ao direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e de qualidade. A negação desses direitos, embora ocorra em todas as classes sociais, ela se expressa de maneira mais frequente contra as mulheres de baixa renda e dependentes dos serviços públicos de saúde, revelando além de uma apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, um forte componente discriminatório e reprodutor de desigualdades.

#### 4 POSSÍVEIS MUDANÇAS NO CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Eu sei que a vida devia ser bem melhor, e será!  
Gonzaguinha

A violência obstétrica nega a valorização dos processos subjetivos na produção da saúde, isto é não permite a construção de relações que possam transcender os aspectos normativos e quantitativos muito presentes nos processos de trabalho marcados pela dissociação entre o assistir e cuidar. Para se avançar no sentido do respeito, da escuta, é preciso reorganizar o modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. (CAMPOS, 2007).

Neste sentido destacamos as mudanças propostas pela Política Nacional de Humanização (PNH) que, criada em 2003, teve como objetivo a reorientação das práticas e a organização dos serviços de saúde, a partir da democratização das relações de trabalho, da co-gestão e do modo coletivo de produção da saúde. Segundo a PNH, a transversalidade tem como objetivo a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, no aumento desta comunicação resultando a desestabilização das fronteiras entre os saberes promovendo assim o protagonismo, a co-responsabilidade e a autonomia dos sujeitos, numa relação onde trabalho significa ao mesmo tempo a produção de si e do mundo, reconhecendo as diferentes realidades sociais, e que podem produzir mudanças na atenção (BRASIL, 2004; BENEVIDES E PASSOS, 2005).

Desta maneira, a efetivação de uma assistência humanizada se constitui ao mesmo tempo numa possibilidade e num desafio que pode contribuir para alterar o cenário atual da violência obstétrica, visto que pode contribuir para a apropriação do trabalho pelos profissionais e possibilitar maior autonomia das usuárias, contribuindo para a garantia de acesso aos bens e serviços de saúde de maior qualidade.

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, visto que os princípios da equidade, integralidade, e respeito só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Apostar numa mudança nas práticas de atenção ao parto é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde.

Um dispositivo pouco utilizado no Brasil e que pode contribuir para a melhoria da atenção às mulheres durante a gestação é o Plano de parto. Tesser, et. al (2015) afirmam que um recurso a construção de planos de parto auxilia a mulher a refletir sobre as práticas e sobre seus direitos durante o processo de parturição.

O plano de parto exige um esforço da mulher para entender e expressar seus valores pessoais, medos e necessidades no processo parturitivo e facilita a comunicação dessas preferências aos profissionais da assistência. São vantagens descritas do uso do plano de parto a melhoria da comunicação com a equipe de assistência, a sensação de ter escolhas e maior controle durante o parto, fazendo com que a mulher esteja mais consciente das opções que tem durante o parto. (Tesser et. al. 2015, p.7)

Segundo as autoras, a construção do plano de parto quando auxiliado pelos profissionais pode promover a reflexão da assistência e um forte vínculo entre os profissionais e a mulher gestante. Advertem que esta reflexão não garante o cumprimento dos desejos pelos serviços de atenção ao parto, podendo mesmo criar uma atmosfera de desconfiança e de insatisfação das mulheres ao não conseguirem ter a assistência ao parto da maneira que planejaram. Porém, o plano de parto pode ser um instrumento que auxilie a mulher a requisitar um atendimento digno, e quanto mais isso acontecer, mais difícil será a manutenção da violência obstétrica requisitarem um atendimento.

Desta maneira, este instrumento pode ser, junto com a melhor qualificação dos profissionais, mais um dispositivo de humanização da assistência que se opõem à violência institucional, favorecendo a garantia de direito, a organização dos processos de trabalho, a ampliação da comunicação entre os sujeitos, a melhor qualidade da assistência obstétrica.

Segundo Ayres (2001), a noção de humanização possui muitos sentidos, mas o ideal da humanização deve ser entendido como um projeto de felicidade, como, “(...) um compromisso das tecnologias da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contra faticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados pelo bem-comum.” (Ibid., p. 550). Para o autor, só é possível transformar as práticas se houver a expansão de critérios objetivos, do núcleo mais instrumental da atenção para o seu conteúdo relacional e formativo, apontando para a um cuidado em saúde em encontros subjetivos.

A humanização como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressivamente e simultaneamente, esclarecendo e re(construindo) não apenas as necessidades de saúde mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la quanto mais formos capazes de identificar e trabalhar esses aspectos, tanto mais seremos capazes de reconstruí- los.

Desde modo, a assistência qualificada e humanizada poderá ser um apoio importante no trabalho de parto e nascimento, auxiliando para a diminuição de intervenções que agridem às mulheres e seus direitos, contribuindo assim para a mudança efetiva da violência obstétrica nos serviços de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foi observado que, a violência obstétrica, um tipo específico de violência contra a mulher, é causada por fatores sociais, históricos, econômicos, e principalmente, pelas profundas mudanças nas práticas obstétricas. A medicalização da assistência ao parto e nascimento, tonou o panorama atual da parturição em um modelo centralizado na figura médica e pouco preocupado nas necessidades femininas. Sendo assim, a violência obstétrica tem uma estreita relação com a assistência desumanizada no processo de parto, nascimento e abortamento.

Evidencia-se, também, que a formação dos profissionais de saúde pautada em um modelo mecanicista, contribui para a sobreposição de procedimentos impessoais acima da capacidade do diálogo e do estabelecimento de relações que visem o respeito aos direitos das parturientes. Nesse sentido, além da falta de informação prestada às parturientes, a utilização e de procedimentos considerados inadequados e desnecessários coloca em risco a vida da mãe e do bebê, e intensificam a institucionalização da violência.

Os resultados encontrados nesta revisão narrativa expressam a necessidade de promover mudanças no modelo de assistência obstétrica. Embora algumas políticas públicas como a Política Nacional de Humanização (PNH) vise mudanças no cenário de assistência à saúde, inclusive da assistência obstétrica, diversas estratégias de humanização ainda encontram barreiras diante do modelo tecnocrático predominante em nossa assistência.

Desta forma, afirma-se a importância de uma intensificação nas políticas de humanização do parto e nascimento, que preze pelas subjetividades e necessidades femininas. Além disso, uma reformulação na formação acadêmica dos profissionais de saúde é imprescindível para que procedimentos desnecessários e arriscados não sejam parte indissociável da assistência ao parto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11): 2287-2296, nov, 2013 Disponível em <http://scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf> Acesso em 08/09/2017.

ALVARENGA, Sarah; KALIL, José. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n.2, p. 641- 649 ago./ dez. 2016.

ALVES et al. Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher. **Grupo Ceres**. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.

AYRES, J.R, C, M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2001.

BENEVIDES R, PASSOS E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(3):561-571.

BÍBLIA SAGRADA. **Gêneses**. São Paulo (SP): Editora Ave-Maria Ltda; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar – orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Brasília , 2004.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.12. n.2, Marc/abr. 2007. p. 301-306

CLADEM - Comitê Latino Americano e do Caribe para a defesa dos Direitos da Mulher. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, **Pesquisa e Estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Convenção Belém do Pará, São Paulo: KMG, 1996.

COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER – Cladem. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas

Públicas(CRLP). **Silencio Y Complicidad: Violencia Contra Las Mujeres Em Los Servicios Públicos de Salud En El Perú.** Lima: Cladem/CRLP; 1998.

DESLANDES, SUELY F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: v.9 p. 7-14, 2004.

DINIZ, Carmen Simone. **Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde.** Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP. 1ª Ed, 2002.

DINIZ, Simone Grilo et al. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO QUESTÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ORIGENS, DEFINIÇÕES, TIPOLOGIA, IMPACTOS SOBRE A SAÚDE MATERNA, E PROPOSTAS PARA SUA PREVENÇÃO.** Journal of Human Growth and Development. 2015; 25(3): 377-376.

DUARTE, L F D. **Da vida nervosa, nas classes trabalhadoras urbanas.** ed. Rio de Janeiro: ZAAR, 1988.

ENSP/FIOCRUZ. **Sumário executivo temático da pesquisa Nascer no Brasil.** Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2014.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon. **Enfermagem e Saúde da Mulher.** 2.ed. rev. e ampl. – São Paulo: Manole, 2013. 391 p.

FORÚM DAS MULHERES DO ESPÍRITO SANTO (FMES). **Episiotomia é “só um cortezinho”. Violência obstétrica é violência contra a mulher. Mulheres em luta pela abolição da episiotomia de rotina.** São Paulo, 1ª Ed. Parto do princípio. 2014.

GOER, Henci. **Cruelty in maternity wards: fifty years later.** J Perinat Educ. 2010;19(3):33-42. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920649>> Acesso em: 20 de novembro de 2017.

JUÁREZ, Diana et al . **Violencia sobre mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios.** In: TESSIO, Angeles (org), **Edición literaria.** – La Ed. – Buenos Aires, 2012.

KAWAMURA, Lili K. **Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos.** **Rev. Adm. Empr.** Rio de Janeiro, 27 (2) 48-55. abr./jun. 1987.

BRASIL- Lei Maria da Penha - **Lei 11340/06 | Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006 que Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher

\_\_\_\_\_ **Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005**, que dispõe sobre a garantia 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.

LEAL, Maria do Carmo et al (Coord). **Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento.** ENSP/FIOCRUZ, 2017.

MACEDO, Thaís S. B. **Na sala de parto: necessidade de uma reportagem sobre violência obstétrica.** Curitiba: UFPR, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de. Souza. Pesquisa. Qualitativa em Saúde. In: **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa.** São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

\_\_\_\_\_ Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. Em: NJAINE, K. et al (org.). **Impactos da violência na saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 21-42.

MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo et al. Violência, gênero e hermenêutica: desafios ou obstáculos na prática profissional?. In: SOUZA, Mériti de; MARTINS, Francisco; ARAUJO, José Newton Garcia de (Org). **Violências e figuras subjetivas: investigações acerca do mal incontrolável.** Florianópolis, Ed. UFSC, 2014.

MORESI, E. (Org). **Metodologia da pesquisa.** Universidade Católica de Brasília – UCB. Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PRPG. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação, 2003.

MOREIRA, Maria Ignez Costa. A violência contra a mulher: quem ama não mata!. In: SOUZA, Mériti de; MARTINS, Francisco; ARAUJO, José Newton Garcia de (Org). **Violências e figuras subjetivas: investigações acerca do mal incontrolável.** Florianópolis, Ed. UFSC, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **World Report on Violence and Health.** Geneva: World Health Organization Press, 2002.

\_\_\_\_\_ **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde,** 2014.

OSAWA, Ruth Hitomi; RIESCO Maria Luiza Gonzales; TSUNECHIRO Maria Alice. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem.** set-out; 59(5): 2006, p 699-702.  
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a20.pdf> Acesso em 01/10/2017.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica.** vol.32 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2008.  
Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022008000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012) Acesso em 01/10/2017.

PETER, Ana Cristina Confortin, et al. D Da casa ao Hospital: a História da assistência ao parto. In \_\_\_\_\_ **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e**

**família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem.** Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2005.

SANTOS, Marcos Leite dos. História da Obstetrícia. In: \_\_\_\_\_ **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico.** Dissertação de mestrado. UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, 2002;

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, jul/set., vol. 10, nº3, p.85-597, 2005.

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** 2015;10(35):1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: World Health Organization; 1996.

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

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R., HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 29. 2017.