



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O PARTO, A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A POLÍTICA PÚBLICA DE
PREVENÇÃO E HUMANIZAÇÃO**

KELLY EMANUELLA DOS SANTOS SILVA

JOÃO PESSOA-PB

2020

KELLY EMANUELLA DOS SANTOS SILVA

**O PARTO, A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A POLÍTICA PÚBLICA DE
PREVENÇÃO E HUMANIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Maria de Lourdes Soares

JOÃO PESSOA-PB

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586p Silva, Kelly Emanuella Dos Santos.

O parto, a violência obstétrica e a política pública de prevenção e humanização / Kelly Emanuella Dos Santos Silva. - João Pessoa, 2020.

0 f.

Orientação: Maria Lourdes.

TCC (Especialização) - UFPB/Humanas letra e.

1. Violência obstétrica. I. Lourdes, Maria. II. Título.

UFPB/CCHLA

KELLY EMANUELLA DOS SANTOS SILVA

**O PARTO, A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A POLÍTICA PÚBLICA DE
PREVENÇÃO E HUMANIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Serviço Social da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em ----/-----/de 2019

Maria de Lourdes Soares

(Orientadora e presidente da Banca)

Valéria Costa Aldeci de Oliveira
(Membro da banca examinadora)

Marlene de Melo Barbosa Araújo
(Membro da banca examinadora)

JOÃO PESSOA-PB

2020

Aos meus pais

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todo esse tempo ter me dado forças e persistência para suportar todas dificuldades que surgiram ao longo desse caminho.

Agradeço aos meus pais e a minha família por torcerem por mim. A minha amiga Lidiane que tanto me incentiva a lutar por minhas conquistas.

Agradeço a minha tia Lúcia que sempre me incentivou, incentiva e em todos os momentos vibra com minhas conquistas. Quero agradecer especialmente a minha prima Tatiane que, mesmo na distância, se faz presente em todos os momentos da minha vida e não seria diferente também na minha vida acadêmica, seja incentivando, me dando forças para superar qualquer dificuldade, como também por inúmeros momentos me salvar com trabalhos quando meu computador quebrava(essa conquista acadêmica é nossa).

Por fim, agradeço todas as pessoas e amigos que torcem por mim e vibram com cada conquista minha. A todos vocês, obrigada!!!

“A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido e não na vitória propriamente dita”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

O PARTO, A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A POLÍTICA PÚBLICA DE PREVENÇÃO E HUMANIZAÇÃO

Considerando que o parto é um momento único na vida da mulher, um processo fisiológico que requer o cuidado de profissionais da saúde, porém deve ser de protagonismo da mulher. A violência institucional obstétrica, praticada pelas equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto que se submetem a ela principalmente por desconhecerem o processo fisiológico do parto, além de não serem informadas pelos profissionais de saúde. A pesquisa justifica-se através da necessidade de acompanhamento e empoderamento das mulheres em conhecer e identificar as características da Violência Obstétrica e, assim, compreender assistência para as possíveis repercussões na prática obstétrica. Com o objetivo de melhor trabalhar a história as concepções sobre o parto e as formas de intervenções para identificar os avanços nas políticas públicas e as possibilidades de sua humanização. Os procedimentos metodológicos, tratou-se de revisão sistemática de literatura com artigos científicos selecionados com consulta nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google acadêmico com artigos publicados no período entre 2005 a 2019. A violência obstétrica é considerada um processo invasivo que viola alguns direitos da mulher quando se encontra em trabalho de parto. Destaca-se, a importância do Serviço Social, no processo sócio-histórico atrelado a lutasse-la a implementação de políticas públicas. Sendo necessário uma maior compreensão de que a mulher é que deve ser submetida a práticas mais humanizadas na hora do parto. Que deveria existir maior divulgação das políticas públicas voltadas para um parto humanizado com respeito a individualidade feminina.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Mulher. Humanização.

ABSTRACT

CHILDBIRTH, OBSTETRIC VIOLENCE AND PUBLIC POLICY ON PREVENTION AND HUMANIZATION

Considering that childbirth is a unique moment in a woman's life, a physiological process that requires the care of health professionals, however it must be the woman's protagonism. Institutional obstetric violence, practiced by health teams and consented by women in labor who undergo it mainly because they are unaware of the physiological process of childbirth, in addition to not being informed by health professionals. The research is justified by the need to monitor and empower women to know and identify the characteristics of Obstetric Violence and, thus, to understand assistance for possible repercussions in obstetric practice. and forms of interventions to identify advances in public policies and the possibilities for their humanization. The methodological procedures involved a systematic literature review with scientific articles selected from the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Google Scholar with articles published in the period from 2005 to 2019. Obstetric violence is considered an invasive process that violates some women's rights when in labor. The importance of Social Work in the socio-historical process linked to the implementation of public policies stands out. It is necessary to have a greater understanding that women should be subjected to more humanized practices at the time of delivery. That there should be greater dissemination of public policies aimed at humanized delivery with respect to female individuality.

Key-words: Obstetric violence. Woman. Humanization.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA-Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CNS-Conferência Nacional de Saúde

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

FAS-Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

PHPN-Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

RDC-Resolução da Diretoria Colegiada

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SESC- Serviço Social do Comércio

SUS-Sistema Único de Saúde

ONU-Organização das Nações Unidas

OMS-Organização Mundial da Saúde

USP-Universidade de São Paulo

UNICEF-Fundos das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE.....	13
2.1 Do parto e do nascimento pelas Aparenteiras a Assistência Institucional com medicalização	13
2.2 Da medicalização à humanização do parto e do nascimento.....	19
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE SOBRE O PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL E DE COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	25
4. ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO Á VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E HUMANIZAÇÃO	31
4.1.O Papel dos Profissionais da Saúde.....	32
4.2 Evolução na Assistência à Saúde e ao Parto no Brasil	36
4.3. Assistência à Saúde no Brasil e o Processo de Institucionalização e Humanização do Parto	38
4.4 Políticas Públicas de Assistência ao Parto Humanizado	39
4.5 Violência Obstétrica e Desafios e Perspectivas para a Humanização	42
4.6 Humanização da Assistência ao Parto	44
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Neste trabalho aborda-se o parto, a violência obstétrica e a política pública de prevenção e humanização, tem o objetivo de trabalhar na história as concepções sobre o parto e as formas de intervenções para, assim, melhor apreender o parto, a violência obstétrica e os avanços nas concepções e nas políticas públicas, como as possibilidades de sua humanização. Considerando o parto um momento único na vida da mulher, um processo fisiológico que requer o cuidado de profissionais da saúde, mas que deve ser de protagonismo da mulher.

Parte da concepção de violência obstétrica como um tipo de violência relacionado a agressão praticada pelas equipes de saúde, direcionadas a mulheres em trabalho de parto e durante o parto. Através dos pressupostos de que tal violência está atrelada a alguns fatores como: as mulheres que desconhecem o processo fisiológico e as práticas de assistência durante o trabalho de parto; além de acreditarem que o médico e/ou a equipe de saúde sejam os únicos detentores de conhecimentos e habilidades técnicas naquela situação.

Na Declaração de Desenvolvimento do Milênio (2015-2030), nos objetivos cobrem aspectos amplos do desenvolvimento econômico e social e incluem também metas relacionadas à saúde, como a redução da mortalidade materna e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde reprodutiva, não apenas pelo grande número de mulheres que morrem a cada ano em decorrência de complicações da gravidez, parto e puerpério, mas principalmente porque essas mortes decorrem, em grande parte, da conjuntura social, econômica e cultural de cada país. Diante de tal situação à medida que os governos desenvolvem políticas públicas capazes de modificar ou atenuar os determinantes da mortalidade materna, eles atuam sobre a mortalidade materna e promovem o desenvolvimento econômico e social.

Diante do grande número de mulheres que morrem a cada ano em decorrência de complicações da gravidez, parto e puerpério e da necessidade de redução da mortalidade materna e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde reprodutiva, tais questões volta-se ao desenvolvimento econômico e social que incluem também metas relacionadas à saúde. Desta forma, Souza (2013) destaca a importância da redução da mortalidade materna e a ampliação da cobertura dos serviços de saúde reprodutiva. Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) menciona que a violência como qualquer ação que tenha o uso proposital da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra o outro ou contra um grupo que resulte ou possa resultar em qualquer agravo que seja de ordem psicológica, deficiência, lesão ou morte.

Comumente a prática da violência institucional e obstétrica está associada as equipes de saúde e como consentida por mulheres em trabalho de parto que se submetem a ela, principalmente, por desconhecerem o processo fisiológico do parto, por não serem informadas pelos profissionais de saúde sobre as melhores práticas de assistência e por temerem pela vida do bebê e pelo mau atendimento, além de conspirar o médico o detentor do conhecimento e da habilidade técnica (WOLFF; WALDOW, 2008, SANTOS; SOUZA, 2015).

Por outro lado, humanizar diz respeito à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado, garantindo o respeito quando aos direitos do paciente, sua individualidade e cultura.

Assim, diante das inúmeras denúncias, expressas em dados estatísticos e de depoimentos de mulheres em processos propostos no Judiciário e desta ser uma problemática frequentemente ocultada pelos profissionais da saúde, ganhando visibilidade nas atuações de ativistas que asseguraram um conjunto de intervenções de saúde pública que tentam assegurar legislações e intervenções mais humanizadas, o tema da violência obstétrica na atualidade é relevância. A pesquisa justifica-se através da necessidade de acompanhamento e empoderamento das mulheres em conhecer e identificar as características da Violência Obstétrica e, assim, compreender assistência para as possíveis repercussões na prática obstétrica.

Os percursos metodológicos utilizados para a construção deste texto foi a pesquisa bibliográfica centrada na literatura sobre o tema que inclui conceitos e definições científicas, provenientes de pesquisas acadêmicas, buscando melhor evidência científica sobre o tema e seu recorte ao trabalho. Em busca de alcançar os objetivos propostos, a revisão foi baseada em cinco etapas distintas: 1- identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2- estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3 - identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4 - categorização dos estudos selecionados; 5 - análise e interpretação dos resultados e discussão.

Desta forma, a seleção da literatura utilizada na organização sistemática da pesquisa usa para a produção do texto utilizamos artigos científicos selecionados com base em consulta as bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google acadêmico, publicados no período entre 2005 a 2019. Para a busca, foram utilizadas as palavras-chave: “Violência”, “Obstétrica” e “Assistência social”.

Dessa forma, foi possível realizar um levantamento das fontes teóricas diretamente relacionada a temática proposta, partindo dos artigos mais recentes sobre o tema para situa o

debate. Assim, a pesquisa bibliográfica teve o intuito de elaborar, de forma histórica e contextualizada o objeto de estudo. Desse modo, foram pesquisados e feita a revisão sistemática de artigos científicos nacionais, publicados entre o período de janeiro de 2005 a janeiro de 2019, com disponibilidade de texto completo livre.

Inicialmente foi realizada a triagem dos títulos relacionados ao tema abordado e selecionados os textos mais relacionados a ideia principal do tema estudado e excluídos os títulos repetidos. Em seguida, foi feita a leitura dos resumos dos artigos, a fim de selecionar aqueles que abordaram mais sistematicamente a temática. A busca com os descritores resultou num total de 35 artigos, após uma leitura dos resumos dos mesmos, apenas 15 se enquadram nos critérios de inclusão. E assim, as análises do conteúdo foram agrupadas de forma histórica e sistemática que constituíram os dois capítulos e suas subdivisões.

No Primeiro capítulo apresenta-se um resgate histórico na perspectiva de compreender a violência obstétrica e a humanização do parto, apresentando-se uma contextualização das políticas públicas de saúde.

No Segundo capítulo contextualizou-se de políticas públicas de saúde sobre o parto e nascimento no Brasil e de combate a violência obstétrica, apresentando-se um panorama através de um resgate histórico sobre o tema. Enfim, apresenta-se um panorama das políticas públicas no contexto da Prevenção à violência obstétrica e a humanização do parto.

Diante do contexto assistencial, a figura da mulher torna-se elemento secundário no cenário da gestação e parto, tornando-se sujeita ao ambiente controlado, cercado por ordens e protocolos institucionais que a segregam de seu contexto social e cultural, bem como fazem-na desacreditar uma serie de comprometimento que afeta a sua capacidade fisiológica.

2 O PARTO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A POLÍTICA DE SAÚDE

Considerando que o universo do nascimento é construído ainda durante a gestação e reveste de sentimentos, sonhos, desejos e transformações em relação ao próprio corpo, à sexualidade na saúde (ARAÚJO et al., 2012), a violência pode acontecer durante o processo do parto e promover sentimento de insegurança e frustração na mulher rompendo com o protagonismo feminino e a autonomia do processo de nascimento. Infelizmente, somente a pouco tempo é que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) reconheceu a violência obstétrica como uma questão de saúde pública e que nos últimos anos é que ocorreram a várias denúncias e pesquisas sobre a violência obstétrica.

Para melhor compreender a violência obstétrica e a humanização do parto faz-se necessário uma contextualização do parto e da violência obstétrica, explicitando definições e conceitos e considerando esta como uma forma de violência contra a mulher, não esquecendo a relevância do ativismo social.

2. 1 Do parto e do Nascimento pelas Aparadeiras a Assistência Institucional com Medicalização

Até o final do século XVIII, o parto e seus cuidados eram realizados nas casas das famílias com o acompanhamento de mulheres conhecidas e de confiança (RATTNER, 2009; PASCHE, VILELA; MARTINS, 2010; SANFELICE et al., 2014). Estas mulheres eram popularmente conhecidas como parteiras, curandeiras, comadres ou mesmo aparadeiras, parteiras-leigas que, apesar de não dominarem o saber científico, eram dotadas de experiência e um saber empírico e respeitavam o processo fisiológico do nascimento, mantendo a mulher como foco durante o processo (BRENES, 1991).

Assim, estas mulheres cuidadoras assistiam outras mulheres, durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido), no domicílio. Estas cuidadoras sábias e de confiança das famílias, eram geralmente mulatas ou brancas portuguesas que pertenciam aos setores populares e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, práticas do aborto e, mesmo, colaboravam com o infanticídio (SILVA, 2015).

Com o passar dos anos e com a incorporação da tecnologia aos ambientes hospitalares, o parto tornou-se um evento médico e patológico. Ou seja, o que era exceção, tornou-se regra e as intervenções médicas passaram a ser rotina. Dessa forma, o saber da medicina começou a imperar sobre as vontades da mulher e o médico tornou-se protagonista.

Os primeiros manuais de parto na Europa surgiram no século XVI, publicados por cirurgiões-parteiros para a divulgação dos conhecimentos da medicina greco-romana, caída no esquecimento durante a Idade Média (MARTINS, 2004). O surgimento da obstetrícia foi necessário para o cumprimento de dois pré-requisitos: que a mulher se tornasse alvo do interesse médico e que a estrutura tripartite da medicina estivesse superada, já que a obstetrícia era uma especialidade configurada de tal modo que não pode prescindir da associação entre a clínica e a cirurgia. As medidas simples, como higienização das mãos dos médicos, com água, escova e sabão e isolamento das mulheres infectadas (MARTIN, 2006). Além disso, os primeiros partos hospitalares eram realizados nas enfermarias de mulheres dos hospitais gerais.

A prática da medicina europeia, até o século XVIII, tinha uma estrutura tripartite e hierárquica: os físicos, no topo da hierarquia, eram pouco afeitos aos conhecimentos práticos e aos corpos doentes. Os profissionais tinham uma formação excessivamente teórica e erudita; os cirurgiões, com status inferior ao do físico, atuavam nas cirurgias, sangrias, purgas e aplicações de loções e emplastos; os boticários ou apotecários carregavam o estigma do comércio e realizavam a fabricação e a comercialização de remédios (COELHO, 1999; MARTINS, 2004).

O trabalho de parto ao longo da história, como último momento do processo de gestação de uma mulher que inicia com a gravidez, oferecia riscos tanto para a gestante como para o bebê. Por muito tempo a situação de parto foi resolvida de modo caseiro com a atuação das parteiras mais experientes e outras mulheres da casa, sem muitos recursos técnicos e de medicamentos transformavam o nascimento em um terrível fator de risco para o bebê e para a mãe.

As parteiras, além de ajudarem no processo de parir, eram benzedoras que recitavam palavras mágicas para auxiliar no controle da dor e no parto, além de realizar abortos e serem cúmplices em infanticídios e abandonos, o que deu margem ao descrédito da profissão. A imagem da parteira valorizada ou condenada como aborteira ou denunciava mulheres que abortavam, cúmplice de infanticídios ou auxiliar a repressão, facilitação do abandono de crianças ou participação nas doações ilegais de filhos (SEIBERT et al., 2005).

Esta ambiguidade contribuiu na uma intervenção do Estado e da Igreja cujos objetivos alegados eram impedir a realização de abortos e infanticídios, coincidindo com as perseguições às feiticeiras, entre as quais muitas eram parteiras que foram queimadas pelas fogueiras da Inquisição, conseguindo transformar sua prática em uma atividade suspeita.

No Brasil passaram-se muitas décadas até que os estudos médicos desenvolvessem alternativas seguras aos nascimentos de difícil execução. No Brasil colônia o parto não foi preocupação sistemática de Portugal no que tange às questões de saúde, considerando que as

peessoas viviam assoladas por diversas epidemias como as de varíola, sarampo e febre amarela, entre outras (MACHADO; PRACA, 2006; MAIA, 2010). E a colônia quase não tinha médicos e contava com leprosários, algumas Santas Casas e poucos hospitais, que funcionavam de maneira precária (MACHADO, 1996).

No final do século XVI, Peter Chamberlen inventou o primeiro fórceps utilizado na retirada do recém-nascido acoplado à cabeça da criança para auxiliar puxada a remoção de um natimorto até sua integral retirada da mãe. Alguns médicos utilizavam acraniotomia, um terrível procedimento médico em que se realizava a perfuração do crânio fetal até que a extração fosse possível (MAIA, 2010).

As preocupações com a saúde mudaram um pouco no início do século XIX, com a chegada da família real ao Rio de Janeiro. Foram criados os dois primeiros cursos de medicina do Brasil, bem como a Junta de Saúde Pública. As primeiras ações de saúde pública dessa época se concentraram na capital, Rio de Janeiro, e se voltaram para o controle das epidemias com medidas de saneamento, inspeção sanitária e inspeção dos portos (MACHADO, 1996). No Brasil República, os sucessivos governos passaram, paulatinamente, a assumir a responsabilidade de propor e gerir políticas de saúde mais abrangentes.

Nos séculos XVII e XVIII, o processo de prática do parto atribuída à medicina como instituição, como Arte Obstétrica e com profissionais formados denominados de *parteiro ou médico-parteiro*, se deu primeiramente na Europa e se estendeu ao Brasil com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808 (TOSI, 1988).

A medicina ocupando este espaço inaugurou a experimentação clínica articulada com o discurso anatomopatológico, centrando nos estudos, inicialmente no parto e posteriormente na gravidez, que se fundamentou no discurso do saber e da prática obstétrica a entrada da figura masculina. Estudos enfocados no biológico, devido à forte influência da anatomia patológica. Quando o discurso anatomopatológico permitia a interrupção da gravidez pelo parteiro (ou médico-parteiro) quando indicasse algum sinal anatômico de risco de vida para a mulher.

No geral os sinais anatômicos de risco eram: vícios de conformação da bacia congênita ou adquiridos (raquitismo, osteomalacia); hidropesias excessivas de omnis; deslocação irreduzível do útero; ruptura uterina; hemorragias uterinas rebeldes; aneurisma aórtico; lesões orgânicas do pulmão; hydiopericárdio; hydrotórax; alienação mental; vômitos rebeldes; vícios que diminuam o diâmetro da bacia (TOSI, 1988).

Concomitante com este discurso anatomopatológico processou-se um sincretismo em nível da terapêutica, criticando as ações experimentares (em particular a prática das curiosas com as práticas populares das curiosas) e com a medicina das fisicaturas. Madame Durocher

crítica o conhecimento das "comadres" sobre o centeio e o uso que elas fazem dele nos trabalhos de aborto (DUROCHER, 1887; BRENES, 1991).

Quando a prática obstétrica incorporou técnicas das curiosas e das fisicaturas utilizadas para a interrupção de uma gravidez, métodos abortivos denominados de primeira classe: Centeio espigado, Sangria, Aplicação de sanguessugas (sugar a parte interna das coxas ou mesmo da vulva), Purgativos, Diuréticos, Excitantes (por exemplo, preparação de canelas) e Eletrogalvanismo. Teses defendidas pela obstetrícia, nas escolas de medicina, como sendo para salvar a vida da mulher (BRENES, 1991).

O Dr. Ermínio César Coutinho, da Faculdade de Medicina da Bahia, em novembro de 1858, defendeu teses sobre " [...] as circunstâncias que justificam a provocação ao aborto", alertando para sua rejeição quando poderia vir colocar em risco de vida a mulher e referindo-se aos casos em que a mulher estivesse muito fraca e houvesse impedimento anatômico à prenhez (COUTINHO, 1858). E para as situações casos da bacia estreita recomendam-se as técnicas, tais como os métodos de hysterotomia, symphysiotomia, embryotomia, antes do termo da gravidez. Apesar de compreender que a symphysiotomia e a craniotomia deviam ser condenados porque colocam em perigo a vida da mulher (COUTINHO, 1858), a cesariana seria um crime porque quase sempre era fatal para a mulher, o aborto deveria ser praticado nos casos em que existissem vícios de conformação da bacia (BRENES, 1991).

Com a chegada da Corte Portuguesa no Brasil, em 1808, foi implantado o ensino oficial de Medicina e da primeira escola, em Carta Regia de 18 de fevereiro de 1808, e segunda escola no Rio de Janeiro. E, para além da Cirurgia e Anatomia lecionaram Medicina Operatória e Arte. E, 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.

Pois, a obstetrícia antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, proclamava a sua exclusividade desde 1840, com deslocamento do seu olhar para questões tais como sexualidade, higiene e moral feminina.

E, ao conceder os títulos de doutor em Medicina, de farmacêutico e de parteira, sem os quais ninguém podia exercer atividades em qualquer dos ramos da arte de curar, inclusive a Arte, tradicionalmente, realizada por mulheres denominadas "aparadeiras" ou "comadres", que assistiam as mulheres, seja no trabalho de parto e nos cuidados pré e pós-parto, quanto em outras circunstâncias, tais como doenças venéreas e abortos(BRENES, 1991).

No Brasil do século XIX, o edital de Dom João VI, incluiu nas disciplinas que inauguram as escolas de medicina e cirurgia, na Bahia e Rio de Janeiro em 1808,

para realizar pesquisa e foram revistas com 83 teses médicas obstétricas, produzidas tanto na Bahia quanto no Rio de Janeiro (BRENES, 1991).

A entrada dos médicos-parteiros nesta prática inaugurou, não só o esquadramento do corpo feminino, como a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino. O discurso médico mostrava as características de tratamento apropriado e na arte obstétrica priorizava a vida da mulher ao menor sinal de perigo, e as "novas" técnicas alcançadas (fórceps e cesariana) possibilitaram que o discurso fosse modificado.

E o conhecimento e o atendimento às mulheres em tais condições deram origem a uma especialidade médica, fazendo da obstetrícia, da gravidez e do parto, assuntos relevantes, particularmente com a entrada do médico num domínio que até então era de domínio exclusivo das mulheres. Com a entrada dos médicos na cena do parto mostrando os cirurgiões como indivíduos dotados de espírito investigador que desafiavam o monopólio das parteiras e conquistaram um novo campo profissional.

Do fim do século XIX até 1920 observa-se o aumento no número de centros de formação de profissionais da saúde (médicos, odontólogos, farmacêuticos, enfermeiros) e na intervenção governamental mediante políticas públicas, bem como a criação de centros de estudo e pesquisa. Ensaiou-se uma política de cunho nacional e a divisão de atribuições entre estados e União (MACHADO, 1996).

No século XX, os partos passaram por uma nova revolução com os avanços significativos nas técnicas da cesariana, com a aplicação de anestésias, os novos procedimentos de esterilização e o emprego da incisão baixa possibilitaram que partos antes considerados fatais fossem executados com grande êxito. Quando as tentativas de controle do evento biológico por parte da obstetrícia deixam de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica (SANFELICE et al., 2014). Quando o parto e o nascimento, que eram vistos como evento fisiológico e feminino, começam a ser visto como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra e não mais exceção. Modelo tecnocrático em que a mulher deixou de ser protagonista, passando para o médico a condução do processo (PASCHE et al., 2011; SANFELICE et al., 2014; WOLFF; WALDOW, 2008).

A saúde pública, no Brasil, inicia-se no século XX com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (MERHY; QUEIROZ, 1993). A principal motivação era superar as precárias condições de saúde da população que impactavam negativamente a economia nacional.

Na ditadura militar e na vigência do regime autoritário, a centralização das receitas públicas e das funções do Estado foi uma importante característica. A unificação do sistema

previdenciário, em 1966, transformou a saúde em responsabilidade primordialmente atribuída à União, enquanto estados e municípios perdiam progressivamente sua autonomia como gestores (BARROS, PIOLA; VIANNA, 1996).

A ditadura militar deu-se prioridade à compra de serviços médicos do setor privado, o que provocou um processo de fragilização e redução da presença da rede pública preexistente. Enquanto em 1962 40% dos 236.930 leitos hospitalares eram públicos (incluídos os do sistema previdenciário), em 1976, dos quase 433 mil leitos existentes, apenas 27% eram públicos. Em 1986, a participação dos leitos públicos caiu para 22% (BARROS, PIOLA; VIANNA, 1996). A opção privatista consolidou-se com a criação, em 1975, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que chegou a destinar ao setor privado, em 1977, 80% do valor dos financiamentos aprovados para a área da saúde (COSTA, 2002).

No final do século XX, cresce o movimento da Medicina Baseada em Evidências, que busca basear os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos (DINIZ; CHACHAM, 2006; RATTNER, 2009). As avaliações científicas e a World Health Organization (OMS), 1996, coloca o parto como um evento natural e o nascimento por via vaginal como o melhor modelo para os desfechos de saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o paradigma a ser seguido na assistência (ANDRADE; LIMA, 2014; DINIZ; CHACHAM, 2006).

No Brasil, as abordagens de trabalhos feministas, na academia e fora dela, na década de 1980, como o pioneiro *Espelho de Vênus*, do Grupo Ceres (1981), uma etnografia da experiência feminina, descreve explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta e publicou depoimentos demonstrando que não era apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher mas, também, na relação médico-paciente, o desconhecimento de sua fisiologia explicava os sentimentos de desamparo e desalento (DINIZ, 2001).

Quando os equívocos históricos e culturais na forma de nascimento foram explicitados. Do ponto de vista cultural, a popularização da cesariana nos últimos quarenta anos marginalizou outras formas de parto seguras e mais saudáveis. O medo de sentir dor ou não resistir ao trabalho de parto levou diversas mulheres e médicos a transformarem esse processo natural em um simples procedimento técnico.

Quando pesquisas indicam que a opção pelo parto normal reduz o risco de uma série de complicações e produz um impacto psicológico positivo na mãe e na criança. Mostrando que a modernização dos procedimentos médicos não deveria implicar necessariamente em controle intenso dos processos fisiológicos naturais do trabalho de parto. E diversos programas de saúde

pública incentivaram a participação das tradicionais parteiras que, durante séculos, tiveram um papel fundamental para que várias vidas ganhassem o mundo. Enfim, a cesariana não pode ser mais vista como um avanço irrefutável da medicina (MACHADO, 2015).

O aprimoramento do saber médico, o desenvolvimento de novas técnicas de cirurgia, a anestesia durante o parto e a diminuição do índice de mortalidade materna estimularam a institucionalização do parto e a aceitação da hospitalização perante a sociedade.

Mas a competição entre médicos e parteiras estendeu-se durante séculos, devido estas não terem acesso à universidade e ao conhecimento formal foram subordinadas aos cirurgiões e físicos e se afastando gradualmente das práticas obstétricas. O avanço do capitalismo industrial possibilitou o monopólio dos médicos no exercício da obstetrícia.

2.2 Da medicalização à humanização do parto e do nascimento

Com o uso abusivo de cesarianas no Brasil, particularmente em instituições hospitalares privadas, atribuindo-se ao parto normal uma conotação negativa perante as mulheres e não tendo mecanismos eficientes para seu controle e regulação e com o reconhecimento das mulheres e dos recém-nascidos submeterem-se a riscos desnecessários o parto chama atenção como evento natural da vida da mulher e não um evento patológico (SEIBERT et al., 2005).

A partir desta reflexão o cuidado prestado à mulher durante o parto sofreu muitas modificações, decorrentes da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. Embora esses avanços tenham correspondido às expectativas de queda da mortalidade materna e principalmente infantil, colocou a parturiente como paciente, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes desrespeitada como ser humano e cidadã.

Com a assistência à parturiente considerada assunto de mulheres que criavam um clima emocional favorável, com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações e os homens realizando apenas a assistência aos partos de animais, levam um atraso no desenvolvimento de uma atividade médica ligada à mulher (NUNES, 1991).

Nessa perspectiva, no final da década 1980, a violência obstétrica constituía tema das políticas de saúde e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconhecia o tratamento impessoal e, muitas vezes, agressivo da atenção à saúde das mulheres. Mas, embora o tema estivesse na pauta feminista e mesmo na de políticas públicas, foi relativamente negligenciado, diante da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos, como o problema da falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais.

Embora as práticas violentas contra a mulher estivessem em discussão no Brasil desde as décadas de 1980 e 1990, promovida pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, foi apenas entre 2007 e a 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser utilizado no país, com seus conteúdos e circunstâncias associadas. Porém, permanecendo com grande invisibilidade e/ou sendo naturalizadas por grande parte das gestantes, profissionais da saúde, gestores e população em geral (SENA; TESSER, 2016).

Mas os estudos científicos apresentam informações de relevância quanto as agressões sofridas pelas mulheres, durante o atendimento e a assistência ao parto e o sofrimento com algum tipo de violência. Quando se dá maior importância de atenta-se a essa questão com um novo olhar principalmente pela assistência dos profissionais que lidam diretamente com atendimento prévio das mulheres na situação ou preparo de parto. Assim, apresentou-se a proposta do parto humanizado preservando os direitos morais, sexuais e reprodutivos das mulheres.

E a violência obstétrica sob olhar de mulheres/puérperas como constituindo uma questão que emerge a partir do pressuposto de que existe uma relação estreita entre a assistência obstétrica dos profissionais e os serviços de saúde com distintas situações de violência vivenciadas em ambiente institucionalizado durante o processo parturitivo que podem resultar em problemas para a mulher e seu conceito diante dos aspectos das instituições. Desse modo, a violência obstétrica constituiu-se numa forma específica da violência de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes (SAUAIA; SERRA, 2016). Este tipo de violência caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, mediante um tratamento desumanizado, através do abuso de medicalização e dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade. Questões que culminavam em consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das mulheres (SAUAIA; SERRA, 2016).

Os estudos analisados conforme o quadro 1 das pesquisas (PEREIRA et al., 2018; LEAL et al., 2018; NARCHI et al., 2013; SILVA et al, 2015), apresentam resultados que comungam entre si no que versam sobre a violências obstétrica no Brasil, as práticas dos profissionais de saúde e a percepção da enfermagem diante desta prática.

Quadro 1 - Artigos referentes a violência obstétrica com ênfase a perspectiva dos profissionais da saúde.

Autor /Título da pesquisa		Tipo de pesquisa Objetivos	Principais resultados
PEREIRA et al., (2018)	Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde	Pesquisa-ação. Conhecer a compreensão dos profissionais de saúde de uma unidade hospitalar obstétrica referente às boas práticas de atenção ao parto.	As boas práticas, além de repensar do modelo obstétrico e contribuir para organizar a rede de atenção à saúde materno infantil, estimulam o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões.
LEAL et al., (2018)	Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica	Artigo original. Conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica.	As enfermeiras obstétricas percebem que a violência obstétrica se apresenta de diversas formas; entretanto, não reconhecem determinadas práticas como uma violação.
NARCHI et al., (2013)	O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil	Artigo de revisão. Oferecer subsídios teóricos que sustentem a proposta de que a promoção da maternidade segura requer a efetiva participação de obstetras e enfermeiras obstetras, profissionais que, a partir da perspectiva a promoção da saúde.	A relevância da formação de Obstetras se inscreve, portanto, no contexto da atual realidade brasileira. Aumentar o quantitativo de profissionais capacitados, incrementar sua qualificação, agregar valor à área, tornar mais específico o âmbito de sua atuação, mantendo a perspectiva de promoção da saúde integral.
SILVA et al. (2015)	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras	Relato de experiência. Relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.	Os resultados encontrados foram divididos em verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde e o despreparo institucional com ambientes desestruturados.

Fonte: Artigos analisados 2019.

Pois, a maternidade pode ser entendida como a experiência de se tornar mãe e, para muitas mulheres, um dos aspectos mais intensos e significativos da sua existência. Estando a maternidade geralmente associada a um momento de renovação da vida, algumas vezes, a maternidade se associa a riscos para a vida da mulher ou da criança. Riscos para a mulher que podem ser maiores ou menores dependendo do grau de suporte ou opressão a que está sujeita a mulher na sociedade e que constituem uma expressão concreta da desigualdade existente entre os gêneros e das violências estruturais contra a mulher (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

As pesquisas alertam e mostram as dificuldades que as mulheres passam tendo seus direitos reprodutivo violados, no âmbito da assistência da e obstétrica tendo como análise de revisão de literatura (PULHEZ, 2013; SANTOS; SOUZA, 2015; SILVA, et al., 2014; GIL, 2015) (Quadro 2).

Quadro 2 - Artigos referentes a violência obstétrica com foco em revisão de literatura

Autor /Título da pesquisa		Tipo de pesquisa Objetivos	Principais resultados
SANTOS; SOUZA (2015).	Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática	Realizar revisão sistemática da literatura sobre a violência institucional obstétrica, no Brasil, e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados.	A negligência foi a violência institucional obstétrica mais frequente, seguida pela violência verbal, e violência física, executada, principalmente, por médicos e profissionais da enfermagem.
PULHEZ et al., (2013)	A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos	Artigo de revisão. Refletir sobre a categoria “violência obstétrica” mobilizada por um conjunto de mulheres que buscam reivindicar reconhecimento aos danos causados por atos entendidos como violentos durante práticas obstétricas em ambiente hospitalar.	Em suma, o que está em jogo na denúncia da “violência obstétrica” é parte de um movimento que busca o reconhecimento social de uma violência através da alteração da visão de mundo sobre aquilo que é constitutivo de um parto.
SILVA et al., 2014	Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem	Artigo de revisão. Descrever a violência obstétrica e discutir o uso de ferramentas que possibilitem a melhoria da assistência por parte dos profissionais de saúde à parturiente.	Traz à tona o significado de Humanização, nos remetendo ao pensamento de que a mulher como a principal agente, tem o direito a uma assistência humanizada e integral.
GIL (2015)	Breve análise sobre a violência obstétrica no Brasil	Artigo de revisão. Exibir um panorama da violência obstétrica no país. Inicialmente, será necessário apresentar o problema, por meio de conceituações e alguns dados estatísticos.	Algumas vezes foi observada a não previsão de sanção para o descumprimento do disposto em leis que visam ao combate da violência obstétrica, o que perpetua a impunibilidade e a violência contra a mulher.

Fonte: Artigos analisados, 2019.

As análises dos estudos (RODRIGUES et al., 2014; MEDEIROS et al., 2016; FRANCISQUINI et al., 2010; BARBOSA; MOTA 2016) ressaltam os diversos tipos de violências, consequências para as mulheres e alertem para a necessidade de trabalhar a prevenção (Quadro 3).

Quadro 3- Artigos referentes a violência obstétrica com ênfase a saúde da mulher

Autor / Título da pesquisa		Tipo de pesquisa Objetivos	Principais resultados
RODRIGUES et al., (2015)	A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva	Artigo de revisão. Promover a reflexão de conceitos acerca da violência obstétrica durante o processo parturitivo contra as mulheres desenvolvidos pelos serviços e profissionais de saúde	Buscou-se entender as práticas institucionais caracterizadas como violentas, possibilitando uma discussão respaldada nas políticas públicas do parto e nascimento, além dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos.
MEDEIROS et al., (2016)	Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal	Estudo descritivo de abordagem quantitativa. Identificar a experiência de mulheres primíparas no puerpério diante de possíveis casos de violência obstétrica.	A partir da análise dos dados, foi visto que a maior parte das mulheres não sofreu violência obstétrica física, sendo o toque vaginal e a falta do acompanhante no parto as principais queixas entre elas.
FRANCISQUINI et al., (2010)	Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas	Descritivo com abordagem qualitativa. Objetivo identificar as orientações sobre gestação, parto e pós-parto recebidas durante a assistência nesses períodos por puérperas atendidas em um hospital privado de Maringá, PR.	Por parte dos profissionais da saúde e de outras fontes de informação, ainda existem lacunas importantes, principalmente em relação à higiene e a atividades físicas da gestante, à participação do pai em todos os cuidados com o recém-nascido.
BARBOSA; MOTA (2016)	Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil	Artigo de revisão. Realizar uma revisão de literatura sobre as práticas de violência obstétrica que ocorrem nas maternidades no momento do parto, suas implicações no bem-estar subjetivo das mulheres e as relações sociais que estruturam estas práticas.	Identificou-se e foi descrito como as várias formas de violência são reproduzidas nas rotinas dos serviços de saúde e naturalizadas nos fluxos assistenciais, abordando as falas de mulheres que vivenciaram essas agressões e o sofrimento desencadeado por estas práticas.

Fonte: Artigos analisados 2019.

Estudos alertam quanto aos métodos utilizados na prevenção da violência obstétrica (TESSER, et al., 2015; SANTIAGO, 2017) (Quadro 4).

Quadro 4 - Artigos referentes a violência obstétrica com ênfase aos métodos de prevenção.

Autor/Título da pesquisa		Tipo de pesquisa Objetivos	Principais resultados
TESSER, et al., (2015)	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer	Artigo original. Justificar a necessidade de prevenção quaternária frente à 'violência obstétrica' (VO), expressão que agrupa todas as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional.	A prevalência de violência obstétrica no Brasil é alta: ¼ das mulheres relata terem sofrido maus-tratos durante o atendimento ao parto, além de excesso de intervenções desnecessárias (como venóclise, ocitocina de rotina e episiotomia).
SANTIAGO et al., (2017)	Violência obstétrica: uma análise das consequências	Artigo de revisão. Identificar quais as consequências que a violência obstétrica ocasiona nas mulheres.	Observou-se que as intervenções obstétricas são realizadas de forma rotineira e os critérios instituídos para sua aplicação não são respeitados pelos profissionais, tampouco a opiniões e vontades das mulheres.

Fonte: Artigos analisados 2019.

Os resultados dos estudos analisados, mostraram que a mulher passou de protagonista a coadjuvante, entregando seu corpo a terceiros. Desta forma, a hospitalização do parto reduziu em muito os índices de mortes perinatais, mas as intervenções que deveriam ser usadas com indicações precisas passaram a ser usadas de forma generalista e rotineira.

Desta forma, mostrando que o parto em um evento muitas vezes traumático, física e psicologicamente, para a mulher e o filho. Entende-se que os partos cheios de intervenções contribuíram para a estigmatização do parto como um símbolo de sofrimento e opressão e discriminação das mulheres.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE SOBRE O PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL E DE COMBATE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Entende-se que as evidências da violência obstétrica como problemática presente em iniciativas de capacitações para o atendimento a mulheres vítimas de violência, como nos cursos promovidos a partir de 1993 pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo - USP, foi publicado um pequeno manual sobre o tema.

No final do século o acelerado processo de hospitalização dos partos (PASCHE et al., 2011), chegando ao a quase 90% deles (RATTNER, 2009) com o aumento do uso de tecnologias para intensificar, regular e monitorar o parto como ganhos para a saúde da mãe e do bebê” (DINIZ;CHACHAM, 2006, p. 80), foi reconhecido o aumento da qualidade da assistência. Está incorporada a medicalização em larga escala em procedimentos, sem avaliação adequada de segurança e sem base em evidências, como colocando em risco a saúde e a vida da mãe e do bebê (DINIZ; CHACHAM, 2006) como ações intervencionistas, muitas vezes, desnecessárias e provocando insatisfação nas mulheres, se reconhece que as mulheres não são coadjuvantes nos processos de parto e nascimento. E que esse modelo centralizado na figura do médico que exerce o controle dos conhecimentos do corpo humano e da sexualidade, deixa a mulher excluída, além de outros profissionais da saúde, habilitados para atender o parto normal, como enfermeiras (SANFELICE et al., 2014; WOLFF; WALDOW, 2008).

No século XX, numerosos estudos documentam as frequentes atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, nos setores privado e público, como as pesquisas de Venturi e colaboradores que, na segunda rodada em nível nacional, "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado", contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema da violência obstétrica e despertou surpreendente o interesse da grande mídia.

E estudo cerca de mulheres que relataram formas de violências na assistência ao parto, em cerca da metade daquelas que passaram por um aborto, demandaram mudanças nos procedimentos e nas atitudes dos profissionais.

Tal transformação ocorre com a Constituição de 1988, que é um marco na redefinição das prioridades da política públicas de Estado na área da saúde coletiva que determina, no seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único. O Sistema Único de Saúde (SUS) que foi organizado de acordo com os princípios Básicos: de Universalidade, de Equidade e de Integralidade.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como base as diretrizes de hierarquização, descentralização e participação da comunidade. Com a assistência privada a saúde sendo livre e as instituições privadas podendo participar de forma complementar ao Sistema, mediante contrato de direito público ou convênio, mas dando preferência às entidades filantrópicas e ou sem fins lucrativos.

E sendo as mulheres ao longo da história vítimas de diversas formas de violência que, segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento que podem ser evitáveis. E na violência na assistência à saúde, destaca-se a violência obstétrica como tipos específicos de agressões contra a mulher no processo de gestação e parto (ZANARDO et al., 2017) e é evidenciado o poder e a autoridade médica e dos profissionais da saúde no ambiente hospitalar e a mulher em processo de parturição como um sujeito em situação de fragilidade, necessitando de cuidado, mas incapaz de tomar decisões e de ser atendida em suas necessidades (AGUIAR, et al., 2017).

Diante desta situação de denúncia, os pontos cruciais para a promoção da violência obstétrica foram algumas práticas consideradas desumanas e discriminatórias no contexto do parto e do nascimento, afetando diretamente mãe e filho (RODRIGUES, et al., 2018).

Rodrigues et al., (2018) elucida que ainda é possível identificar que as mulheres passam por inúmeras práticas desrespeitosas praticada pela equipe médica na assistência ao parto e nascimento. Estas violências podem ser: manipulação desrespeitosa de seu corpo com a medicalização, além de procedimento como: tricotomia, episiotomia, fórceps obstétrico, cesariana e manobra de Kristeller. Práticas estas que prejudicam diretamente a saúde materna e do concepto realizados sem o prévio conhecimento e consentimento da mulher, anulando, assim, seu poder de escolha e opinião.

A episiotomia caracteriza-se por um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos para aumentar a abertura do canal vaginal com uma incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, porém em muitos casos sem anestesia. Processo que afeta diversas estruturas do períneo, tais como os músculos, vasos sanguíneos e tendões, gerando, em alguns casos, incontinência urinária e fecal. Esta, além de provocar outras complicações, dentre elas a dor nas relações sexuais, infecção e laceração perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento, além dos resultados estéticos insatisfatórios (PREVIATTI; SOUZA, 2007).

A manobra de Kristeller é usada com frequência nos hospitais com a finalidade de acelerar a expulsão do feto. Consiste este em uma manobra na parte superior do útero, durante

as contrações do parto, visando empurrar o nascituro em direção à pelve. Utiliza-se as mãos, braço, antebraço, joelho e, em casos mais agressivos, as pessoas sobem em cima do abdômen da parturiente forçando o parto (SAUAIA; SERRA, 2016).

A ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas acelerando o trabalho de parto, entretanto, o próprio corpo se encarrega de produzi-lo. A ocitocina sintética (artificial) usada de maneira indiscriminada, apenas para acelerar o trabalho de parto, porém sem indicação correta, aplicada no soro da parturiente que causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada, pode causar sérias complicações para a mulher e o neonato e levar desde a dor e sofrimento desnecessários ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral ao mesmo (SAUAIA; SERRA, 2016).

Outra forma preocupante é a cesariana, segundo a OMS, deve ser indicada quando o trabalho de parto é contraindicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja alcançado com segurança, em intervalo de tempo necessário e seguro, a fim de prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna (BRASIL, 2008).

Em relação ao tipo de parto, os dados de 2013 confirmam a tendência crescente de cesáreas em todas as regiões do País, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, que apresentam menor acesso ao acompanhamento pré-natal. Novamente, ressalta-se que nenhuma região atendeu a recomendação da OMS de no máximo 15% de partos cesáreos (BRASIL, 2015, p.73).

Outra situação desconfortável para as mulheres é a restrição da posição do parto em diz conforme a preferência da mulher, estás constitui numa das formas mais frequentes de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos, prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do neonato (SAUAIA; SERRA, 2016).

O crescimento de cesáreas no Brasil indica a relevância da atual discussão a respeito do tema, principalmente da ocorrência de cirurgias cesáreas desnecessárias, muitas consideradas desnecessárias, aquelas operações que ocorrem quando não há situação que coloque em risco a saúde da gestante ou do bebê e através de procedimentos invasivos. Considerando que, sem a indicação correta, a realização da cirurgia pode levar ao aumento do risco de complicações graves para mãe e filho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Outras preocupações sobre as intervenções obstétricas desnecessárias relatadas por muitas mulheres são as vivências de partos dolorosos, com ofensas, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade cotidiana

e cruel revela uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres (MUNIZ; BARBOSA, 2012; ZANARDO et al., 2017).

No Brasil, procedimentos como a episiotomia, corte que envolve vários tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino responsáveis pela contenção urinária e fecal, são realizados sem o consentimento da paciente, que não é informada dos riscos nem da necessidade ou efeitos adversos. Essas práticas médicas apresentam uma incongruência com os preceitos que propõe a Medicina Baseada em Evidências (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Diante de tais questões, o movimento de humanização resgata o parto e o nascimento como eventos fisiológicos e naturais e buscam empoderar as mulheres, retomando os poderes e saberes femininos que teriam sido eliminados, particularmente os baseados na condição biológica da mulher, na sua capacidade reprodutiva e em seu instinto materno (TORNQUIST, 2002), Assim, tenta reposicionar a mulher enquanto dona do seu corpo e de sua sexualidade, que possui um corpo capaz de gestar e de parir, capaz de ter seus filhos com o apoio e mediação de outras mulheres (enfermeiras, obstetizes, doulas).

Segundo Diniz e Chacham (2006), no Brasil e na América Latina a incorporação das mudanças preconizadas pela Medicina Baseada em Evidências é lenta e encontrou resistências, particularmente das instituições de ensino que, em sua maioria trabalha com o modelo intervencionista, valorizando a tecnologia, como os exames sofisticados e os procedimentos cirúrgicos. Enquanto os cuidados com a mulher no momento do parto normal e a interação com a parturiente recebem pouca atenção.

Serruya, Cecatti e Lago (2004) entendem a atenção à mulher, na gestação e no parto, como um desafio, tanto no que diz respeito à qualidade da assistência oferecida quanto em relação aos princípios filosóficos desse cuidado. Considerando que o modelo de assistência ainda associa-se a elevadas taxas de mortalidade materna e de morbidade perinatal, além de colocar o Brasil como país com as maiores taxas de cesárea no mundo e consideradas excessivas as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e o parto (PASCHE et al., 2011).

No Brasil a pesquisa sobre o nascer apontara que apenas 5,6% das parturientes de risco habitual, 3,2% das primíparas desse grupo e 5% da amostra total estudada deram à luz de forma natural, sem sofrer qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto (LEAL et al., 2018). E esta pesquisa indica as desnecessárias intervenções obstétricas que cotidianamente são crueis e revela uma grave violação dos direitos humanos e dos direitos das mulheres (MUNIZ; BARBOSA, 2012). Pois, muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da

mulher. Situações que reforçam a importância do atual movimento pela humanização do parto e do nascimento.

Esta busca de reafirmar o lugar de protagonista da mulher nessa cena, empoderando-a quanto ao conhecimento em relação ao seu corpo, à gestação, às mudanças esperadas e possíveis, além de tudo envolverá o processo do nascimento. Considerando que, as mulheres fortalecidas e apoiadas, poderão se sentir mais seguras para assumir suas posições, suas vontades e os controles dos seus corpos nesse momento, capazes de ter um parto seguro da forma que planejaram e desejaram. Movimento que busca disseminar as informações quanto aos direitos das mulheres, reafirmando-os e auxiliando-as para que possam exigí-los, desde o pré-natal até o pós-parto. E, dessa forma, também buscam identificar os maus tratos e violações nesse processo, denunciando-os, para que as mulheres não sejam reprimidas ou duplamente violentadas.

Quando o Movimento pela Humanização do Parto, incorporando os achados da Medicina Baseada em Evidências, fortalece sua crítica em relação à medicina tradicional “[...] pelo uso e abuso de crenças e valores, baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas”. (TORNQUIST, 2002, p. 487) como, por exemplo, uso da tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), que se acreditava que evitaria infecções. Essa busca pela legitimação científica diz respeito à preocupação do movimento em ser considerado como “alternativo” e para que essa concepção de humanização deixe de ser subalterna e possa ser legitimada enquanto paradigma que sustente um modelo de prática a ser preconizada.

Pois, embora a violência obstétrica date de muitos anos, pois foi a mídia pela primeira vez na década de 50, nos Estados Unidos, quando o Ladies Home publicou uma matéria sobre a “Crueldade nas Maternidades”, que provocou uma grande repercussão entre o público feminino. E a violência obstétrica foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2014, colocando a violência como uma imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. E classifica a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher, a qual inclui negligência na assistência, discriminação, violência verbal, física ou sexual, restrição ao leito, manobra de Kristeller, episiotomia rotineira, exames de toque repetitivos e dolorosos, tricotomia, amniotomia, lavagem intestinal, utilização de medicamentos sem consentimento, abuso de poder, entre outros.

No século XX, a institucionalização da assistência e o predomínio do parto hospitalar, como cuidados às mulheres e à família sofreram várias modificações. A apropriação do saber médico, nesta área, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino através de técnicas e procedimentos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O acompanhante de escolha da mulher foi retirado de cena e ela passou a parir somente com a presença da equipe de saúde. E, no início dos anos 1960, a invenção da técnica que possibilitava a mulher controlar sua dor, ou seja, introduzir o parto sem dor pela facilitação da anestesia peridural (SZEJER; STEWART, 1997).

A obstetrícia moderna possibilitou que partos difíceis que culminavam na morte da parturiente ou seu bebê passassem a ser mais seguros e com possibilidades de mais segurança, quando realizados em hospitais e com equipes especializadas em situações de risco no nascimento. Porém, a recomendação para que todos os partos fossem hospitalizados e medicados, acarretou o distanciamento da parturiente de sua família (SPINK, 2013).

Atualmente, com a aplicação da peridural em mulheres em processo de parto, um fato novo aconteceu, o pai começou a ser aceito na sala de parto. A mãe da parturiente que outrora a assistia, foi substituída e posta de fora, pelo companheiro, isto é, o pai da criança (SZEJER; STEWART, 1997).

4. ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO Á VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E HUMANIZAÇÃO

Perante as discussões do tema da Violência Obstétrica associada às políticas públicas de prevenção expressa a necessidade de conscientização da população em geral acerca do parto de maneira digna e humanizado, para que as parturientes possam efetivamente reconhecer a problemática e pleitearem seus direitos. Pois, infelizmente, o número expressivo de mulheres que sofrem violência obstétrica ainda não pode ser mensurado nem através dos casos que chegam para julgamento nos tribunais (SAUAIA; SERRA, 2016).

Neste contexto foi reconhecido que as mudanças importantes aconteçam pela demarcação do conceito de violência obstétrica e o esclarecimento da população sobre o assunto, como forma de possibilitar o reconhecimento desse fenômeno e a realização da denúncia. Estas problemáticas exigem uma legislação que defina e criminalize a violência obstétrica, considerando que o Brasil não conta com marcos legais que a delimitem para facilitar a proposição de ações para o enfrentamento dessa situação (ZANARDO, et al., 2017).

No Brasil, a discussão da violência obstétrica ganhou enfoque a partir de 1980, quando surgiram os primeiros movimentos sociais direcionados para a humanização do parto e do nascimento com realização e publicação de estudos sobre o tema. Sendo o pioneiro o “Espelho de Vênus”, do Grupo Cerce que denunciou a violência na experiência de partos institucionalizados (DINIZ, et al., 2015).

Na atualidade há muitos casos de realização de cesáreas desnecessárias, logo uma forma de abuso que atinge 56% das mulheres, sendo que, para a OMS, a taxa recomendada seria de, no máximo, 15%². Sendo possível afirmar que a violência obstétrica continua como um importante tema a ser discutido, uma vez que é frequentemente ocultado pelos profissionais da saúde (OMS, 2015).

Vale esclarecer que a cesárea realizada sem necessidade é apenas uma das diversas formas de violência obstétrica, caracterizada como multifatorial que pode ser caracterizada pela apropriação do corpo da mulher e de seu processo partutivo, tornando-o degradante de diversas formas. Com isso, o parto passa a ser visto como uma situação de medo e de risco à vida, centrado totalmente na dor.

A cesárea que é apresentada pelos médicos como uma via de escape e de proteção da dignidade da mulher, evitando um possível constrangimento, configura-se, então, uma forma de violência velada, uma vez que 23% das taxas de mortalidade materna podem ser atribuídas

apenas ao aumento nas taxas de cesárea ocorrido desde 2000, como enfatiza a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015).

Mas, reconhece-se que a violência obstétrica é praticada por múltiplos agentes, como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais, afetando a mulher de maneiras distintas, sendo elas física, verbal e psicológica.

No entanto, um estudo realizado com entrevista realizada com 10 mulheres que utilizavam a rede pública do Centro-Sul de Salvador, Bahia, em 2015, mostrou que nenhuma delas estava familiarizada com o termo “violência obstétrica” e que, apesar de relatarem os abusos em seus discursos, não reconheciam ter vivenciado tal agressão e consideravam práticas abusivas como “natural” do processo parturiente (GIL, 2015).

O Governo brasileiro tem mostrado algumas iniciativas sobre a questão da violência obstétrica, a adoção de uma política pública de humanização do parto, a exemplo, do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, entre outras iniciativas.

Porém, percebe-se que ainda não foram adotadas medidas preventivas eficiente, tendo em vista a humanização no parto de forma mais “enérgica” (GIL, 2015). Pois, a necessidade da humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano, no caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher.

As propostas de humanização do parto no SUS como no setor privado, têm o mérito de criar possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal (DINIZ, 2005).

4.1.O Papel dos Profissionais da Saúde

A violência obstétrica entendida como toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia, engloba todos os prestadores de serviço de saúde, não apenas os médicos. Considerando-se que se define, ainda, como violência obstétrica qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que recentemente deu à luz), ou ao seu bebê, praticado sem o seu consentimento explícito ou informado e em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e preferências.

Desse modo a caracterização da violência obstétrica amplia-se a atos como: a cesariana desnecessária e sem consentimento; realização de episiotomia de modo indiscriminado e sem comunicar a paciente; o uso de ocitocina sem consentimento da mulher ou explicações necessárias; a manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da gestante para empurrar o bebê). Além da violência exercida com gritos; os procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, a falta de analgesia e a negligência; recusa à admissão ao hospital (Lei 11.634/2007); impedimento de entrada de acompanhante (Lei 11.108/2005) (FRUTUOSO; BRÜGGEMANN, 2013).

Além da violência psicológica (tratamento agressivo, discriminatório, grosseiro, zombeteiro, inclusive em razão de sua cor, etnia, raça, religião, estado civil, orientação sexual e número de filhos); o impedimento de contato com o bebê e do aleitamento materno; a proibição de a mulher se alimentar ou de se hidratar e obrigar a mulher a permanecer deitada.

Durante as décadas de 1980 e 1990, com a violência obstétrica constitui grave violação à autonomia das mulheres, aos seus direitos humanos e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Quando as equipes de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, se organizaram a fim de promoverem a discussão sobre a violência no parto e combatê-la.

Com a discussão sobre a violência no parto e seu combate tomando corpo a partir da década de 1990 e intensificando-se nos anos 2000, o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país (SENA; TESSER, 2017). Quando o movimento contra a violência obstétrica no Brasil, derivado das críticas crescentes que os diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto no país, foi sendo considerado como um “movimento em prol da humanização do parto e nascimento”, envolvendo diversos profissionais e instâncias da sociedade, especialmente das mulheres.

Os profissionais de saúde, em sua maioria, foram lembrados, pelas atitudes grosseiras, de desatenção, momentos de abandono no leito, proibição da entrada de acompanhantes e procedimentos invasivos, particularmente quando exacerbou o sentimento de dor e de angústia. Quando no Brasil, os problemas que acontecem de maneira a gerar a violência institucional obstétrica são geralmente praticadas por médicos e profissionais da saúde, em especial, na forma de negligência, violência verbal e violência física, exceto a violência sexual foram mais evidenciados (SANTOS; SOUZA, 2015).

Mas, observa-se que muitas mulheres não conhecem ou fazem valer seus direitos, submetendo-se ao sistema e ao profissional de saúde, especialmente em momentos cercados de temores e fragilidades, como na gravidez, no parto e no pós-parto. O fraco controle social, as

concepções biomédicas, a cultura da gestação como doença e do parto como evento perigoso, assim como a falta de autonomia e a descrença na fisiologia e no poder do corpo feminino, provocam nas mulheres restrição de sua cidadania. Este franco controle dificulta o necessário processo de evolução e mudança social e coloca a violência como uma questão muito comum no Brasil (NARCHI et al., 2013).

Na luta contra a violência é importante a mulher sentir-se segura com a equipe que está ao seu redor, independentemente do tipo de parto a ser realizado. O nascimento se traduz num evento muito importante para a família e envolve desde a parturiente até as pessoas que estão aguardando o nascimento. E, estes necessitam de orientação sobre os procedimentos a serem realizados. As orientações devem ser feitas desde o momento da internação, incluindo informações sobre os procedimentos até as formas pelas quais a família pode participar (FRANCISQUINI et.al, 2010).

A violência ocasionada pelo processo de insegurança do componente do parto e nascimento está intimamente relacionada com a carência de apoio à mulher durante as contrações uterinas, quando a mulher não obtém o apoio emocional do acompanhante e, conseqüentemente, faz surgir a insegurança no processo de nascimento. Situação que contribui para uma demanda violenta, uma violência contra a mulher. A carência de apoio institucional com respeito à Lei do Acompanhante que proporciona o direito de as mulheres serem acompanhadas por pessoas de sua confiança na unidade hospitalar particular. Nos depoimentos as mulheres falam das tendências de desrespeito ao texto legal e que o serviço de saúde contribui para o abandono da mulher, configurando uma violência obstétrica (RODRIGUES, 2014).

Diniz aponta ações inovadoras voltadas para visibilizar, prevenir e remediar esta forma de violência nas práticas de saúde, no âmbito público e privado, conforme o descrito abaixo:

- 1) a incorporação e o ensino de evidências científicas sobre as intervenções no parto, inclusive, a promoção da integridade genital das mulheres;
- 2) o ensino da relação médico-paciente e dos direitos das mulheres, incluindo a proteção e promoção do direito à autonomia e à escolha informada;
- 3) o fim do uso desregulado e sem indicações médicas dos corpos das pacientes como material de ensino ('procedimentos didáticos'), com a remodelagem do ensino prático de intervenções, inclusive, cirúrgicas;
- 4) a identificação e responsabilização (accountability) dos 'abusos consensuais' (quando há um consenso entre os envolvidos de que se trata de um abuso), como fazer duas episiotomias na paciente apenas com fins didáticos;
- 5) a regulação de práticas médicas por meio da publicização de informações a esse respeito (como dos procedimentos realizados na assistência ao parto), a incorporação

de protocolos e auditorias clínicas, com o apoio necessário das gestões locais (DINIZ, et al., 2016, p. 256).

Quando o Brasil apresentou 98% dos partos feitos nas instituições hospitalares, no que, o governo brasileiro vem fazendo campanhas para a diminuição das taxas de cesarianas. Porém, de acordo com documentos da UNICEF, o país é líder mundial em número de cesarianas por ano: em torno de 50% dos partos são feitos por via cirúrgica, sendo que na rede pública eles totalizam 37% e no privado alcançam 82% (BRASIL, 2009; PULHEZ, 2013). Estas taxas em contraposição a Organização Mundial de Saúde (OMS) que alerta para este problema mostrando uma taxa máxima de 15% de partos por cesárea. Situação que configuraria uma situação de epidemia.

E, ainda, de acordo com a UNICEF, as cesáreas apenas seriam necessárias diante de indicação de risco para a mãe e/ou para o bebê, e taxas acima dos 15% indicados pela OMS poderiam indicar um uso abusivo desse recurso, por aumentar o risco de partos prematuros e de morbidade para mãe e bebê (BRASIL, 2009; PULHEZ, 2013).

Diante da situação de violências obstétricas registradas nos relatos de mulheres e nos dados estatísticos se justificam os trabalhos nas diversas áreas do conhecimento e mais particularmente na área das ciências humanas e mais particularmente do Serviço Social. Pois, diante da violência e da necessidade de seu enfrentamento durante o parto, provocar a reflexão sobre a condição humana em processo de parto e papel da assistência da equipe de saúde e os aparatos técnicos e institucionais constitui uma forma de contribuir com a humanização do parto.

Portanto, considerando que a função do Assistente Social é cuidar e preservar pelo sigilo profissional, em respeito ao Código de Ética, além de promover os direitos e participar no processo de ampliação destes. E, buscando, através de estratégias e do desenvolvimento de ações, desenvolver nos diversos atores sociais a capacidade de problematizar as demandas reais e inseri-las nas arenas de decisões políticas, traçando estratégias de ações coletivas que visem a implementação de políticas públicas. Destacando que, a qualificação profissional deve ser voltada ao atendimento as gestantes, puérperas e familiares e acesso facilitado as informações pertinentes. Esse processo se apresenta como desafio ao Serviço Social na atualidade.

Considerando que o Assistente social na área da saúde atua no atendimento direto aos usuários nos diversos espaços de atuação e que gira em torno da atenção básica aos serviços de média e alta complexidade, diante dos resultados de pesquisas que identificaram a violência obstétrica, em vários níveis, de acordo com o gênero, classe social, raça/etnia e nível educacional e que são as mulheres menos instruídas e negras os maiores alvos de violência e

discriminação nas unidades hospitalares, a reflexão e o debate sobre a violência obstétrica, problematizando a cultura do parto Cesáreo e o procedimento cirúrgico, constitui questões que permeiam a prática do Serviço Social. Sua ação por meio de equipe interdisciplinar, com articulação com vários profissionais da área da saúde, deve estar atenta as questões explicitadas no Código de Ética, principalmente na parte sobre o sigilo profissional, a autonomia e o discernimento do que pode ser compartilhado com a equipe. E com a implementação do SUS, em 1990, que trouxe novas expectativas a atuação do Serviço Social na área da Saúde, a importância da participação do Serviço Social no apoio as usuárias (gestantes, puérperas) e familiares na orientação no que diz respeito aos direitos fundamentais das gestantes e parturientes neste processo, constitui sua participação na consolidação dos direitos.

4.2 Evolução na Assistência à Saúde e ao Parto no Brasil

O parto como um processo fisiológico que tem início e evolução por conta própria: quando o colo do útero começa a abrir, o útero começa a se contrair, o bebê começa a descer, e tudo vai ficando mais intenso, até que chega o momento do nascimento em si. Esse constitui o momento em que a mulher necessita maior necessidade do apoio emocional, pode acontecer processo de maneira mais confortável, segura e sem intervenções, ao iniciar as contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem ao nascimento final do bebê (SILVA, et al., 2014), pode torna-se boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.

Na compreensão dos profissionais de saúde, em relação aos cuidados principais ou leves de cuidado em saúde, com as orientações pré-natais bem conduzidas, ao acolhimento e a livre escolha da mulher não só nas diferentes etapas, na inclusão da família e/ou do acompanhante no processo de parturição dando-lhe a oportunidade de autonomia e decisões no fortalecimento das mulheres contra a violência durante o parto (PEREIRA et al., 2018).

A OMS (2015) informa que os abusos e desrespeitos no parto em instituições de saúde acontecem de diversas formas: abusos verbais e humilhações profundas (muitas vezes relacionados ao machismo); violência física (como a manobra de Kristeller); ausência de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, como também procedimentos médicos coercivos ou não consentidos; falta de privacidade; negação de internação nas instituições de saúde; recusa em administrar analgesia. Além do cuidado negligente durante o parto que pode levar a complicações evitáveis; da detenção de mulheres nas instituições de saúde, após o parto, devido à incapacidade de pagamento; da administração de ocitocina

sintética. E também, da impossibilidade de acompanhante de confiança da parturiente durante o parto (MEDEIROS et al., 2016).

Com as mudanças de concepção do modelo de assistência ao parto que iniciou quando passou a existir a técnica do fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal, foi louvável seu reconhecimento com causador de muita agressão as mulheres durante o parto (MALDONADO, 2002).

Assim, necessitamos historicamente entende o desenrolar do processo de assistência a maternidade nos meados do século XVI, início do século XVII e, assim, como, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto (MALDONADO, 2002), Assim, as mulheres foram substituídas e desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição (TORNQUIST, 2002). E reconhecendo que o fórceps salvou muitos bebês e mães, numa época em que a cesariana resultava em grande número de mortalidade, pois, o fórceps, representou uma alternativa que substituíra a cirurgia da cesariana. E na cesariana surge a medicalização do parto com o uso da anestesia. Um século depois, a cesariana já não representava mais tanto perigo de óbito materno e passou a ser enfatizada para os nascimentos no Brasil (MALDONADO, 2002).

Dessa forma, reconhecemos que tais fatores contribuíram para a modificação do papel da parteira e o aceleração da legitimação do médico com formação. Período das caças às bruxas, ocorrido entre os séculos XIV e XVII, quando as parteiras causaram incômodo e afronta às autoridades da época por terem uma assistência intervencionista, uma vez que davam conselhos e amenizavam a dor do parto numa época em que se acreditava que a mulher deveria sofrer a expiação do pecado original (SPINK, 2013).

Posteriormente, com o processo de institucionalização do parto houve o afastamento da família e a estrutura física e os hábitos hospitalares não foram planejados para assistir as parturientes, mas sim, para as necessidades dos profissionais de saúde (DINIZ, 2001; OMS, 1996). Quando as mulheres passaram a permanecer internas em quartos coletivos, sem privacidade e tornaram-se passivas as regras e privados da presença de uma pessoa de sua confiança para apoiá-las (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Com isso o processo do parto passou a ser cheio de normas de comportamentos que são definidos pela instituição hospitalar (DINIZ, 2001). Quando a maioria das mulheres permaneciam internadas em quartos coletivos, sem privacidade, tornaram-se passivas. Diante dessa explanação, pode-se perceber que o parto, aos poucos, foi retirado do lar e passou a ser realizado no hospital.

O parto hospitalizado destituiu a mulher de seus direitos, de privacidade, do poder de decisão sobre como e onde será o parto e quem a acompanha durante esse processo. (TORNQUIST, 2002). Com o parto sendo realizado no ambiente hospitalar, a mulher perde a autonomia, inclusive, da escolha da melhor posição de parir, uma vez que passa a ser ditada também a posição em que as mulheres deveriam parir, elas teriam que ficar em posição de litotomia, para ser mais confortável ao médico na utilização de seus instrumentos (CORDEIRO; SALBATINO, 1997; HASSEN, 1998).

Compreende-se que, o parto, que é algo que se manteve estável em todas as culturas com as mulheres sempre assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram representantes do sexo feminino, sendo: familiares, amigas, parteiras. Mas, posteriormente, passou para o ambiente hospitalar, assistido por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem composta por uma equipe com profissionais especializados (HELMAN, 2003; SPINK, 2013).

Na construção do sistema de saúde no Brasil, o modelo de assistência à saúde se fez fragmentado, curativo e hospitalar, características que exercem impacto na elaboração, implantação e monitoramento de políticas do setor, em geral, e das políticas de atenção ao parto, em particular.

O modelo de assistência à saúde e o modelo de assistência ao parto se articulam em uma relação não de causalidade, mas de interdependência e de legitimação. Na condição de processos paralelos se dão em um contexto histórico, cultural, social e econômico complexo, ambos os modelos estão conectados de modo a se realimentarem (MAIA, 2010).

4.3. Assistência à Saúde no Brasil e o Processo de Institucionalização e Humanização do Parto

A criação de hospitais específicos para a realização dos partos – as maternidades – foi um evento do fim do século XIX. A construção de maternidades objetivava criar tanto um espaço de ensino e prática da medicina da mulher como espaço para as mulheres sentirem segurança para parir. Entretanto, somente após a Segunda Guerra Mundial houve queda significativa na mortalidade materna e infantil, mudança menos ligada à obstetrícia do que à medicina como um todo (TORNQUIST, 2004).

Os hospitais para mulheres e maternidades foram criados na Inglaterra, nos Estados Unidos, na França e na Alemanha durante a segunda metade do século XIX, atraindo um número maior de mulheres à medida que o atendimento melhorava em qualidade e segurança

devido à assepsia, ao uso de anestesia durante o parto e às operações obstétricas que, quando bem realizadas, resolviam rapidamente partos complicados e potencialmente perigosos (MARTINS, 2005).

No Brasil, no ano de 2000 o processo de institucionalização do parto foi bem-sucedido e, atualmente, o atendimento à parturiente e ao bebê é 22%. Maia (2010, não faz referência ao Brasil rural, onde persiste a atuação de parteiras tradicionais, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (BRASIL, 2000), 46% predominantemente mediatizado pela assistência hospitalar.

Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), apenas 3,2% dos nascimentos no país ocorreram fora do ambiente hospitalar, em 1999 e, se consideradas as outras instituições de saúde, essa proporção cai para 1,3% (LEAL; VIACAVA, 2002). Entretanto, a institucionalização do parto por si só não foi capaz de garantir a saúde materna. A manutenção dos altos índices de morbidade e mortalidade materna em ambientes hospitalares tem sido relacionada com um modelo de assistência ao parto que pratica intervenções excessivas em 23%, e padronizadas, muitas delas sem comprovação de benefícios e outras comprovadamente danosas ou ineficazes 24% (OMS, 1997; WAGNER, 2001).

Nos resultados referentes 2010-2006 foram registrados 14.514.533 nascidos vivos no país: 7.437.664 (51,0%) do sexo masculino e 14.172.782 (98,0%) nascidos em unidades hospitalares, 49,2% destes por parto cesáreo. Dados que mostram ainda um alto índice de cesarianas (OLIVEIRA et al., 2015).

4.4 Políticas Públicas de Assistência ao Parto Humanizado

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, assegura à gestante “[...] condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos” (2008, p. 07).

Relativo ao fator que ocasiona constrangimento para as mulheres e insegurança que é a proibição do acompanhante, caracterizada como outra forma de violência obstétrica e de descumprimento da Lei 11.108/2005; a RDC nº 36/2008 da ANVISA que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal; além do Estatuto da Criança e do Adolescente (nos casos de adolescentes grávidas). A Lei 11.108/2005 instituiu aos serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada, a

obrigatoriedade em permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo, o acompanhante, indicado pela gestante e de sua confiança. Desse modo, a mulher que se encontra fragilizada diante das alterações ocasionada pelo processo de parto, ao ser direcionada uma destas violências que ocasiona um sofrimento imediato e possivelmente terá consequências futuras, até prejudicando seu relacionamento com o neonatal, pode ter amparo.

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio- SESC mostra a situação humilhante que Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos e Privados (2010), mostra que em cada quatro mulheres que sofre violência obstétrica em repartição durante algum tipo de atendimento. E que esta vai desde maus tratos por profissionais até procedimentos invasivos e/ou desnecessários, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) determina critério e cautela. É possível que esse número seja maior, uma vez que “[...] a expectativa da maioria das mulheres em relação ao parto é baseada nessa assistência intervencionista que passou a ser tida como natural ou tradicional” (D’ORSI; et al, 2014; DOMINGUES, et al., 2004).

Diante desta problemática da violência coloca-se a necessidade de implantar a assistência de saúde pública e acompanhamento social no verse das orientações e das intervenções para a punição de práticas destes atos, de modo individual ou institucional.

Historicamente a 8º Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986) com os temas alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, entre outros, entendidos como fatores determinantes e condicionantes de saúde, afasta a afirmação de saúde como simplesmente ausência de doença. Esses aspectos como questão social devem ser compreendidos como o conjunto de desigualdades presente na sociedade (SOUZA; ARAÚJO, 2016; DOMINGUES, 2002).

Conforme Medeiros e Guareschi (2009) a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, teve um papel decisivo na construção do que se configura como o SUS, pois lançou os princípios básicos para a formulação de uma nova política de saúde. Pois, atendeu a utilização do conceito ampliado de saúde; o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; a necessidade de controle social das políticas adotadas e a constituição e ampliação do orçamento social.

Desta forma, a Política Nacional de Humanização (2004) mostra uma proposta para viabilizar a garantia do direito no que tange a viabilidade do atendimento humanizado “[...] estratégia de interferência no processo de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais,

quando mobilizados são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p. 08).

Implementa pela portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecida pelo Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

Provisão de recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (Portaria nº 1.067/GM de 04 de julho de 2005, p. 2).

Na promoção de garantir ao atendimento de qualidade pelo Sistema Único de Saúde, (SUS) desde a confirmação da gravidez até os dois primeiros anos de vida da criança, em 2011 foi lançado pelo Governo Federal o programa Rede Cegonha. O mesmo consiste em garantir uma rede de cuidados materno-infantil, assegurando às mulheres “[...] o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (Art. 1º Portaria nº 1.459 de 24/06/2011). Com o intuito da qualificação profissional o programa Rede Cegonha prevê a saúde e a criação de estruturas de assistência como Centros de Parto Normal em conjunto com a maternidade com o trabalho humanizado.

Em 2014 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança que uniu vários programas com o objetivo de preservar a saúde da criança, de forma a alinhar ações fragmentadas possibilitando. Assim, um atendimento articulado de longo prazo, com as ações integrais de proteção da criança, tendo em vista os princípios constitucionais do SUS.

Na perspectiva do atendimento do Serviço Social de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde conforme Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) no que visa o desenvolvimento da atenção social:

- Atendimento direto aos usuários do serviço que deve dá-se nos diferentes espaços de atuação profissional na saúde, com ações interdisciplinares, socioassistenciais e socioeducativas. Exemplo: Fortalecendo vínculos familiares, em vista de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

- Mobilização, participação e controle social-Conjunto de ações que envolvem usuários, familiares, trabalhadores da saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Exemplo: estimulando a participação dos usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, trabalho e acesso aos serviços de saúde.

- Investigação, planejamento e gestão – Envolve um conjunto de ações que objetiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa, capaz de produzir em equipe e em diferentes setores, propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde na garantia dos direitos sociais. Exemplo: realizando estudo e investigações com relação aos determinantes da saúde.

- Assessoria, qualificação e formação profissional - Através da assessoria, o profissional auxilia as equipes multiprofissionais de saúde na elaboração de planos, programas e projetos. A qualificação e formação profissional são de muita importância e tem como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao usuário. Exemplo: participando de cursos, congressos, encontros de pesquisa, objetivando apresentar estudos, investigações realizadas e trocas de informações entre os diversos trabalhadores da saúde.

4.5 Violência Obstétrica e Desafios, Perspectivas para a Humanização

A violência obstétrica como aquela direcionada contra a mulher no período da gestação e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento, podendo ser verbal, física, psicológica e até sexual. Mesmo com a existência das leis que visam os direitos das gestantes, na prática ela ainda é contraditória. Nesta perspectiva que o Serviço Social, a violência obstétrica é caracterizada como uma expressão de “questão social” (FINGER et al., 2018).

Diante das bases legais toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer do processo gestacional, parto e puerpério; com o direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto. Além da assistência ao parto e ao puerpério realizados de forma humanizados e seguros, e perante os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico especializado e todo

recém-nascido tendo direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura que garanta a integridade da mãe e do filho (MIRANDA, 2015).

Legalmente o projeto de lei nº7633 de 2014 (Do Sr. Jean Wyllys) que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal dá outras providências, como os previstos no Art. 1º. Este indica que toda gestante tem direito à assistência humanizada durante a gestação, ao pré-parto, ao parto e puerpério, incluindo-se o abortamento, seja este espontâneo ou provocado, na rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em estabelecimento privado de saúde suplementar, complementando-se no Art. 3º.

São princípios da assistência humanizada no parto e no nascimento:

I - Mínima interferência por parte da equipe de saúde;

II - Preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais, de escolha da parturiente;

III - Fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, assim como a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério;

IV - Harmonização entre segurança e bem-estar da mulher e do concepto (BRASIL, 2014, p.2).

Nos princípios da mesma lei considera a violência obstétrica compreende-se na lei n.7633, Art. 13:

Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (BRASIL, 2014, p.6).

Entende-se que o processo de humanização no parto necessita de uma reorganização e socialização de informação, com a postura para mudar algo que está posto como “natural”, “normal” na sociedade brasileira. Mas esta necessita de um movimento coletivo de demandas semelhantes no sentido de compreender as mediações que perpassam as políticas de públicas de humanização do parto, no sentido de atendimento ao parto, nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, dando ênfase a equipe multiprofissionais especializados (DELFINO, 2016).

O papel do Assistente Social é zelar pelo sigilo profissional, expresso no Código de Ética de viabilizar direitos e participar no processo de ampliação destes, buscando, através de estratégias de ação, desenvolver nos diversos atores sociais a capacidade de problematizar as demandas reais, e inseri-las nas arenas de decisões políticas, traçar estratégias de ações coletivas que visem a implementação de políticas públicas, qualificação profissional voltada ao atendimento as gestantes, puérperas e familiares

e acesso facilitado as informações pertinentes. Esse processo se apresenta como desafio ao Serviço Social na atualidade (DELFINO, 2016, p. 10).

Portanto, o Serviço Social tem a função sócio histórico no processo de luta e de garantia de direitos, principalmente no que se refere ao suporte aos movimentos sociais, à proposição, à implementação e ao fomento de políticas públicas, particularmente nos desafios de defender os direitos dos usuários que, em maioria, são classe trabalhadora. Diante do quadro da violência obstétrica este deve estar ao lado das mulheres, tecendo possibilidades de enfrentamento à opressão, mostrando que as mulheres têm o direito a gestação e parto seguro e confortável (FINGER, et al., 2018).

O assistente social se insere neste contexto como mediador do processo de acesso aos direitos e à legitimação da cidadania, como um profissional capacitado para a identificação dos determinantes sociais e apreensão das vulnerabilidades, podendo intervir na qualidade de vida e saúde das parturientes e bebês. Desta forma, o Serviço Social pode contribuir com o acesso às informações sobre o direito à saúde, ser o articulador entre os demais profissionais de saúde envolvidos em todo o processo como também em ações sócio educativas, possibilitando assim um atendimento humanizado às mulheres parturientes e bebês, aproximando-se aos níveis esperados tanto pelos órgãos gestores quanto pela sociedade.

4.6 A Humanização da Assistência ao Parto

Em essência, humanizar o parto e o nascimento como um movimento de contracultura busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (WAGNER, 2001). Sendo o conceito de humanização amplo e polissêmico, envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher. E ofereçam procedimentos comprovadamente benéficos que evitem intervenções desnecessárias e sejam capazes de prevenir a morbimortalidade materna e fetal (BRASIL, 2001; SERRUYA, 2003; TORNQUIST, 2003; DINIZ et al., 2005).

O modelo de humanização do parto pressupõe que segurança não é sinônimo de intervenção e tecnologia. Ao contrário, na assistência ao parto, na maioria das vezes segurança, são uma e a mesma coisa, sendo o modelo tecnocrático muito mais ritualístico do que científico.

Em termos da assistência, o modelo humanístico propõe devolver ao parto seu lugar como um evento fisiológico e afetivo. Nesse sentido, preconiza-se que a mulher possa ter, caso queira, um acompanhante de sua escolha em todo o processo do pré-parto, parto e puerpério. Deve ter liberdade de movimentação, de receber métodos não farmacológicos para alívio da dor; privacidade e a presença constante de um profissional capacitado para acompanhar o parto. E, ainda deve escolher a posição de parir e deve ser a primeira a ver seu bebê e a pegá-lo e seu medo e sua dor percebidos como legítimos e integrantes do processo (MAIA, 2010).

A discussão sobre humanização do parto também está na interface da luta pela garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. O conceito de direitos reprodutivos nasceu no início da década de 1980, como estratégia discursiva das feministas na prática política para reivindicar garantias de igualdade, liberdade, justiça social e dignidade no exercício da sexualidade e da função reprodutiva.

No plano internacional, o Ciclo de Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU), da década de 1990, foi fundamental para a consolidação do conceito de direitos reprodutivos. A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo em 1994, incorporou, no seu documento final de consenso definição para direitos reprodutivos.

O documento final da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, 1995, reafirmou o conceito e foi além, adotando a posição de que os direitos humanos das mulheres incluem o livre exercício da sexualidade, sem coerção, discriminação e violência (CORRÊA, 2001). O paradigma do direito reprodutivo rejeita a reprodução como um dever ou um destino feminino, demandando a garantia de que a escolha da mulher por ‘reproduzir’ ou ‘não reproduzir’ não resulte em risco de vida ou em danos à sua saúde (DINIZ, 2000). Os direitos reprodutivos trazem para o debate público temas considerados da esfera privada (gestação, parto, morte materna, contracepção, aborto) e, até então, impossíveis de serem problematizados em sua perspectiva política e de cidadania.

Os Estados e os governos são chamados a garantir esses direitos por meio da elaboração de legislação e da implantação de políticas específicas. Tais direitos diferem dos civis ou direitos de liberdade - garantidos quando o Estado não intervém - e se assemelham aos sociais ou direitos de poderes - exigem uma intervenção do Estado para sua efetivação (MAIA, 2010). Desde 2000, com o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), o Estado brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde, vem ampliando suas normativas com relação à atenção à gestação e parto, e buscando consolidar um novo paradigma baseado na humanização.

A portaria n. 1.067, de 6 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, é explícita nesse sentido: A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias. E estabelece relações baseadas em princípios éticos, garantindo a privacidade, a autonomia e compartilhamento das decisões sobre as condutas a serem adotadas com a mulher e sua família (BRASIL, 2005).

Em suma, considerando as portarias, normas e manuais de procedimentos elaborados pelo Ministério da Saúde nos últimos dez anos como intenções do Estado brasileiro incorporar o paradigma da humanização do parto como estratégia privilegiada tanto para reduzir os índices de morte materna quanto para garantir a saúde materna (SERRUYA, et al. 2003).

Portanto, em termos de financiamento, constituiu-se um híbrido público e privado. Em termos de ações e serviços há uma marca do status social do/a usuário/a. Em termos de atuação governamental, o sistema privado resiste às normativas e regulamentações estatais. Tal estrutura complexa se relaciona com o modelo de assistência ao parto praticado hegemonicamente no país, qual seja, um modelo exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado, além das dificuldades de políticas públicas e de efetivação das leis.

Diante deste quadro, torna-se importante discutir a nova conjuntura política do Brasil para pontuar a importância do tema Violência Obstétrica vinculado ao atual contexto social, político, econômico e cultural do Brasil. Compreende-se que com a vitória de Jair Bolsonaro à presidência não está descolada do golpe que sofre Dilma Rousseff. em 2016.

Desse modo, as estatísticas de violência contra a mulher no SUS aumentaram 30% de 2016 para 2017. Entre meninas adolescentes o aumento foi de 37%. Em média, foram 630 notificações por dia ao longo de 2017. A raça também se mostra como um fator de risco e vulnerabilidade, pois, mais de 50% das adolescentes que denunciaram e sofreram violência eram pardas ou negras (PUBLICA, 2019). Os dados mostram como mais um agravante, em maio de 2019, o Ministério da Saúde proíbe a utilização do termo Violência Obstétrica, voltando atrás depois da pressão dos movimentos sociais. É extremamente grave que algo ainda tão comum na vida das mulheres tente ser silenciado pelo Estado.

Portanto a Violência Obstétrica ainda precisa ser mais estudada pelo Serviço Social enquanto profissão, embora seja fato recorrente em qualquer hospital de grande, médio e pequeno porte, adentrando também as unidades de saúde através da assistência pré-natal e pós-parto, acompanhamento da mulher e do bebê no puerpério é, portanto, objeto de intervenção dos Assistentes Sociais (DECARLI, 2019).

CONCLUSÃO

Diante de tudo que foi exposto neste estudo entendemos que a violência obstétrica é considerada um processo invasivo que viola alguns direitos da mulher quando encontra-se em trabalho de parto. E que as legislações e as programas demonstram um avanço no reconhecimento e no avanço da problemáticas. Porém, a falta de conhecimento acerca de um parto mais humanizado faz com que muitos profissionais de saúde até reconheçam as práticas invasivas, mas não as consideram como uma violência ou violação de algum direito da parturiente.

Desse modo, este estudo é de grande relevância para a compreensão de que a mulher deve ser submetida a práticas mais humanizadas na hora do parto e que elas sejam conscientizadas das melhores maneiras para a realização do parto com segurança, do parto humanizado. E que o avanço nesse sentido deve iniciar com a maior divulgação da problemática e das políticas públicas voltadas para um parto humanizado para que assim, os profissionais de saúde possam realizar os procedimentos com base nestas legislações, tornando esse momento menos traumático possível.

Acreditamos que este estudo servirá como base para os profissionais de saúde e também de áreas afins, sobretudo aqueles que trabalham diretamente com procedimentos obstétricos para que atualizem os conhecimentos acerca dos direitos das mulheres e das crianças e do parto humanizado. E que assim contribua na garantia dos direitos das mulheres, e mais particularmente relativos ao parto, tais como: assegurando-lhe o pré-natal, uma assistência digna, uma gravidez segura e saudável, com as informações necessárias para que possa escolher com tranquilidade o local, o tipo de parto, o profissional que lhe assistirá, o acompanhante, a posição de parição, entre outras, respeitando sempre a participação e os direitos de sua família em todo esse processo.

Portanto, o Serviço Social tem a função sócio-histórico no processo de luta e de garantia de direitos, principalmente com o suporte dos movimentos sociais, à implementação e fomento de políticas públicas. Assim, defendendo os direitos dos usuários que, em maioria são da classe trabalhadora e não da classe dominante. Além de estar ao lado das mulheres, tecendo possibilidades de enfrentamento à opressão machista, possibilitando direitos sociais.

Considerando que o Serviço Social ainda encontra muitas dificuldades para a realização deste trabalho dado que alguns profissionais do Serviço Social, não visualizam a Violência Obstétrica como uma questão de origem social. Desta forma, consideramos que os/as assistentes sociais devem problematizar suas demandas reais, buscando traçar estratégias de ações coletivas

que visem potencializar o entendimento das novas conjunturas sociopolítica de enfrentamento a violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M; D'OLIVEIRA, A.F.L; SCHRAIBE, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad saúde pública** [Internet]. v.29, n.11: 2017, p.2287-96.

ANDRADE, M.A.C.; LIMA, J. B. M. C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. **BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: humanização do parto e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde: Universidade Estadual do Ceará, p. 19-46, 2014.

ARAÚJO, N. M. et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012.

BARBOSA, L. P.; MOTA, A. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, 2016, p.119-129.

BARBOSA, L.C; FABBRO, C. M. R.; MACHADO, G. P. R. **Obstetricviolence: integrative review ofqualitativeresearch. av.enferm. [online]**. v.35, n.2, 2017. p.190-207.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.1996, 126p.

BARROS, S. M. O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2009. 464 p.

BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M.V. L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Am.de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-421, 2006.

BRASIL, Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, **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 1 ed. 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL, Projeto de lei nº, DE 2014 (Do Sr. Jean Wyllys). Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785&filena me=PL+7633/2014> Acesso em 15 de abril de 2019.

BRASIL. **Agenda de Compromissos Para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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, 2005a. 104

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n. 2418 de 02 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Atenção integral a saúde da mulher e da criança. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 462 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante**. 2. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL: **o que dizem as informações?** Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009, in: Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 25, Rio de Janeiro, 2009.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991.

BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M. A; OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

COELHO, E.C. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. **Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais**. Brasília, 2010.

CONITEC - COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.

CORDEIRO, S. N.; SABATINO, H. A Humanização do Parto. In: TEDESCO, José J.; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997. p. 280-317.

COUTINHO, E.C. "**Quais as circunstâncias que justificam a provocação do aborto**" (...) "Como reconhecer em que circunstâncias houve o aborto?" Teses apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia em novembro de 1858.

DELFINO, C.C.S. **Violência Obstétrica e Serviço Social**: limites e desafios na atualidade. Congresso regional de serviço social, 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/116.pdf>> Acesso em 15 de abril de 2019.

DECARLI, Mariana Oliveira. **Governo Bolsonaro e o aprofundamento da violência obstétrica**. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019. 2019.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina) - Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DINIZ, S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, 2005, p. 627-637.

DINIZ, S. G., NIY, D. Y., ANDREZZO, H. F. D. A., CARVALHO, P. C. A.; SALGADO, H. D. O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. 20, 2016, p.253-259.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, S. G.; SALGADO, H. D. O.; ANDREZZO, H. F. D. A.; CARVALHO, P. G. C. D., CARVALHO, P. C. A.; AGUIAR, C. D. A.; NIY, D. Y. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **jornal of Human Growth and Development**, n. 25, v.3, 2015, p.377-384.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da maternidade Leila Diniz**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. 212p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de endemias, ambiente e sociedade, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

DOMINGUES, R.M.S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno de Saúde Pública**, 20 Sup 1, p. 52-62, 2004.

DONELLI, T.M.S. **Descortinando a vivência emocional de mulheres em um centro obstétrico:** uma investigação sobre o parto através da aplicação do Método Bick. 2008. 195p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DONELLI, T.M.S. **O parto no processo de transição para a maternidade.** Porto Alegre: UFRGS, 2003. 175p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S154-S168, 2014.

DUROCHER, M.M.J.M. **Considerações sobre a clínica obstétrica.** Rio de Janeiro, 1887. Ou mesmo Deve ou não haver parteiras? Rio de Janeiro, s.d. Considerações práticas sobre o centeio e a ergotina. Rio de Janeiro, s.d.

ENNING, C. O parto na água: um guia para pais e parteiros. São Paulo: Manole, 2000.
ESTUMANO, V. K. C.; MELO, L. G. D. S.; RODRIGUES, P. B.; COELHO, A. C R. **Violência obstétrica no Brasil:** casos cada vez mais frequentes. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v.7, v.19, 2017, p. 83-91.

FINGER, M. A. P.; SANTOS, J.; LOPES, M. C. A Atuação do Assistente Social Frente aos Limites e Desafios da Violência Obstétrica. **Humanidades em Perspectivas**, v. 4, n. 2, 2018, p.2-9.

FRANCISQUINI, A. R., HIGARASHI, I. H., SERAFIM, D.; BERCINI, L. O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciêncuid saúde**, n.9, v.4, 2010, p.743-51.

FRUTUOSO, L. D.; BRÜGGEMANN, O.M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 909-917, 2013.

GIL, S. T. **Breve análise sobre a violência obstétrica no Brasil.** Colóquio Nacional. 2015. Disponível em:
https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/51783472/Breve_analise_sobre_a_VO_no_Brasil_Suelen_Gil.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1539760910&Signature=Y5jnj7slQYE0P1dQhon4BJO7JxI%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DBREVE_ANALISE_SOBRE_A_VIOLENCIA_OBSTETRI.pdf. Acessado em 17 de julho de 2019.

GONÇALVES, M. S.; CARREIRA, M. M., PINHEIRO; R, L. S.; TORO, C. R.; SHIMO, K. K, A. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.4, p.720-8.

HASSEN, M.N.A. **Fogos de bengala nos céus de Porto Alegre: a faculdade de medicina faz cem anos.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA A. T. **A definição do acompanhante no parto**: uma questão ideológica? *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p. 461-481, 2002.

LEAL, M. C.; VIACAVAL, F. Maternidades do Brasil. **Radis**, v. 2, p. 8-26, 2002.

LEAL, S. Y. P.; AZEVEDO, V. L.L; SILVA, A. F.; SOARES, P. D. F. L., SANTANA, L. R.; PEREIRA, Á. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enferm**. v.23, n.2, 2018, p.524-73.

MACHADO, M. H. **Os Médicos e sua Prática Profissional**: as metamorfoses de uma profissão. (Tese de Doutorado), Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Universidade Candido Mendes, 1996.

MACHADO, N.X. S.; PRACA, N.S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 275-279, 2006.

MACHADO, P. M. **Adaptação do recém-nascido à vida extrauterina no parto na água**. Tese de Doutorado, escola superior de enfermagem do porto 2015.

MAIA, M.B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Available from SciELO Books.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006.

MEDEIROS, N. C.M.; MARTINS, E. N. X.; FARIAS CAMBOIM, F. E. **Violência obstétrica**: percepções acerca do parto normal. n.03, v.16, 2016, p 503 - 528.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, F. N. M. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, p. 31-48, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.

MIRANDA, J. Z. **Violência Obstétrica**: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino. 2015. Disponível em:<<https://www.marilia.unesp.br/#/>>. Acesso em: 15 de abril de 2016.

MOTT, M.L. Parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 399-401, 2002.

MUNDO, TRANSFORMANDO Nosso. a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. **Recuperado em**, v. 15, 2016.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NARCHI, N. Z; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, 2013, p.1059-1068.

NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 49-76, 1991.

OLIVEIRA, M. M. et al. Avaliação do sistema de informações sobre nascidos vivos. Brasil, 2006 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p.629-640, 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília, 1996.

OMS.CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, [Brasília]. **Relatório Final**. Disponível em: Acesso em: 05 abr. 2015.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PEREIRA, S. B., DIAZI; C. M. G.; BACKESI, M. T. S.; FERREIRA, C. L.; LIMA, D. S.B. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **RevBrasEnferm [Internet]**. 2018;71(suppl 3):1393-9. RevBrasEnferm [Internet]. 71(suppl 3),2018, p.1393-9.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, 2007.p. 197-201.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013.

PULHEZ, M. M. **A violência obstétrica é as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. Seminário internacional fazendo gênero, v. 10, 2013. Disponível em:<http://www.fg2013.wvc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2019.

PÚBLICA, Agência de Jornalismo Investigativo. Mulheres vítimas de agressões anteriores têm 151 vezes mais chance de morrer por homicídio ou suicídio. 2019. In: <https://apublica.org/2019/02/mulheres-vitimas-de-agressoes-anteriores-tem-151-vezes-mais-chance-de-morrer-por-homicidio-ou-suicidio/>.

RAMALHO, A. A. **A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no Hospital**. 2009. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Doutorado em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 595-602, 2009.

REDE PARTO DO PRINCÍPE,2012 Disponível em: <http://partodoprincipio.blogspot.com/>. Acesso em 20 de julho de 2019.

RODRIGUES, D. P. et al. A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. **RevEnferm UFPE**, v. 9, n. Supl 5, p. 8461-7, 2015.
RODRIGUES, D. P. **Violência obstétrica no processo do parto e nascimento da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro**: percepção de mulheres/puérperas. Niterói: 2014, p.186.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; BRANCO, M. B. L. R.; DE SOUZA, R. D. M. P.; DULFE, P. A. M.; VIEIRA, B. D. G. A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE online**. V.9, n.5, 2015, p. 8461-8467.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; VIEIRA, R. S.; LEÃO, D. C. M. R.; PAULA, E. D.; PIMENTEL, M. M. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. **Rev. enferm. UFPE online**, n.12, v.1, 2018, p.236-246.

SABINO, A. F. M. Tríade gestante-acompanhante-maternidade e a interação para o parto humanizado. 2010. 35f. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) - Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins, Fortaleza, 2010.

SANFELICE, C. F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014.SANTIAGO, D. C.; SOUZA, W. K. S. **Violência Obstétrica**: uma análise das consequências. *Revista Científica da FASETE* 2017.2, p 148-164.

SANTIAGO, D. C.; SOUZA, W. K. S. **Violência Obstétrica**: uma análise das consequências. **Revista Científica da FASETE**2017.2, p 148-164.

SANTOS, R. C. S; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Macapá**, v. 5, n. 1, 2015, p. 57-68.

SAUAIA, A. S. S.; SERRA, M. C. M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de direitos humanos e efetividade**. [Internet], v. 2, n. 1, 2016, p. 128 -147.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. enferm. UERJ**, v. 13, n. 2, p. 245-251, 2005.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, 2016, p. 209-220.

SERRUYA, S.J. et al. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003.

SILVA, A. A., PEREIRA, B. B., PEREIRA, J. D. S. C., DE AZEVEDO, M. B., & DA COSTA GOMES, S. K. Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.9, n.2, 2015, p.1-4.

SILVA, M.F.G.D. **O trabalho de enfermeiras/os obstetras na assistência ao parto e nascimento em Goiânia**: políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal de Goiás, 2015, 130p.

SILVA, M.S. G.; CARREIRA M.M.; PINHEIRO, R. L. S.; CARCAMAN, T. R.; KEIKO, K, S.A. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.4, 2014, p.720-728.

SOIFER, Raquel. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S11-S13, 2014.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, 2014 p. S11-S13.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, 2014, p.11-S13.

SOUZA, P.F. B.; ARAÚJO, V. N. F. **A humanização do parto e nascimento: contribuições do serviço social**. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Artigo-Priscila-F-B-de-Souza.pdf>. Acesso em 26 de maio de 2019.

SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde**: saberes e sentidos. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

SPINK, Mary. Jane. P. **Psicologia Social e Saúde**: saberes e sentidos. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TELES, L. M. R. et al. **Parto com acompanhante e sem acompanhante**: a opinião das puérperas. Pinto CMSP, Basile ALO, Silva SF, Hoga, LAK. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 41-47, p. 688-694, 2003.

TESSER, C. D., KNOBEL, R.; AGUIAR ANDREZZO, H. F.; DINIZ, S. G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.10, n.35, 2015, p.1-12.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TORRES J.A.; SANTOS I, VARGENS O.M.C. Constructing a care technology conception in obstetric nursing: a sociopoetic study. **TextoContextoEnfer**. n. 17, v.4, 2008 p.656-64.

TOSI, L. **A mulher e a ciência**. Ciclo de Conferências proferidas na Faculdade de Medicina - UFMG, 1988.

WAGNER, M. Fishcan'tseewater: theneedto humanize birth. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, v.75, supl.1, p.25-37, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Recommendations for augmentationoflabour: highlightsandkeymessagesfrom World Health Organization's 2014 global recommendations**. World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: Autor, 1996. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acesso em 30 de abril de 2015.

ZANARDO, G. L. D. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R. D.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, n.29, 2017, p.1-11.