



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

Margarida Maria de Castro Costa

**Violência obstétrica *versus* parto humanizado: uma abordagem  
exploratória**

Rio de Janeiro

2019

Margarida Maria de Castro Costa

**Violência obstétrica *versus* parto humanizado: uma abordagem exploratória**

Orientadora: Marileia Franco Marinho Inoue

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como para dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

## DEDICATÓRIA

Dedico esse estudo :

**A todas as mulheres que :**

geraram e deram a luz a seus bebês;

não puderam ou não poderão ter filhos biológicos;

ainda darão à luz às crianças do futuro, as quais gostaria de desejar melhores condições nesta hora tão solitária, emocionante e única de nossas vidas.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pois sem Ele nada disso seria possível.

Ao meu amado esposo Nilton, obrigada por estar por perto em boa parte dessa jornada. Suas observações foram fundamentais para vencer minhas limitações nestes tempos atuais.

Aos meus filhos Saulo, Bernardo e Letícia, pelo apoio, paciência e por me ajudarem com o mundo virtual, no qual possuem tanta intimidade. A meu filho Saulo, em especial, por ter sido meu professor no Pré Vestibular Comunitário - PVC, por ser colega de outro campus e dividir as preocupações de cada greve pelas quais passamos .

Aos meus pais Adolpho e Margarida (in memorian) e sogros Ailton e Joana, que torceram e fizeram muito por mim.

Aos companheiros de jornada de curso com quem dividi dores, aflições, angústias, alegrias e conquistas.

Aos porteiros, zeladores, administrativos, secretaria, Asténius Bar, que fizeram parte meu do dia a dia acadêmico.

Ao meu campo de estágio, Casa das Mulheres da Maré, local da concepção deste trabalho, sob a supervisão da querida professora Miriam Krenzinger.

A minha estimada e querida orientadora, professora Mariléia Franco Marinho Inoue, por sua dedicação, incentivo, paciência e amizade.

## EPÍGRAFE

“ Eu tropeço no possível, e não desisto de fazer a descoberta do que tem dentro da casca do impossível. ” Carlos Drummond de Andrade.

## RESUMO

COSTA, Margarida Maria de Castro. **Violência obstétrica versus parto humanizado: uma abordagem exploratória.** Trabalho de Conclusão de Curso, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

Esse trabalho de conclusão de curso é uma pesquisa exploratória, qualitativa que buscou aporte bibliográfico, pautado em assuntos próximos, pois é raro encontrar livros/artigos acadêmicos para esta temática. O objetivo deste trabalho é analisar a violência contra a mulher nos hospitais públicos e as possibilidades do parto humanizado. Além disso verificar implicações de possíveis moralismos sobre as práticas obstétricas e balizar as consequências da violência no parto tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. O estudo bibliográfico foi cotejado com uma fonte abundante de consulta que se tornou a internet, pois este é um mecanismo utilizado por mulheres que ainda são silenciadas em suas queixas sobre a violência obstétrica. Foi realizada pesquisa hemerográfica com palavras-chaves. Ao fim foi possível um panorama sobre o assunto no Município do Rio de Janeiro e um balanço sobre as discussões a respeito da temática, com proposições de aprofundamentos de estudos de Serviço Social na temática, concluindo pela necessidade de mais maternidades e/ou casas de parto humanizadas e de uma equipe que permita que a mulher e sua família sejam protagonistas e tenham escolhas na hora de seu parto.

**Palavras-chaves:** violência obstétrica, parto humanizado, Município do Rio de Janeiro, Maternidades

## LISTA DE QUADROS

Quadro I - Situações de violação de direitos acontecidas durante o parto no Brasil _____	25
Quadro II - Situações caracterizadas como violência obstétrica _____	26
Quadro III - Pontos norteadores para analisar a temática _____	30
Quadro IV - Maternidades Públicas no Município do Rio de Janeiro _____	47
Quadro V - Práticas recomendadas para humanização do parto _____	50
Quadro VI - Algumas práticas não recomendadas para um parto humanizado	52
Quadro VII - Atividades que as doulas podem exercer _____	54
Quadro VIII - Alguns serviços da doula para atendimento da mãe e bebê ____	62
Quadro IX - Vantagens do trabalho de parto com a doula comunitária _____	64
Quadro X - A Área AP1 no Município do Rio de Janeiro _____	65
Quadro XI - A Área AP3 no Município do Rio de Janeiro _____	71
Quadro XII - A Área AP5 no Município do Rio de Janeiro _____	71
Quadro XIII - A Área AP4 no Município do Rio de Janeiro _____	72
Quadro XIV - A Área AP4 no Município do Rio de Janeiro _____	74
Quadro XV - a Área AP5 no Município do Rio de Janeiro _____	74

## Figuras

Figura 1 - Grávidas lutam pelos seus direitos reprodutivos _____	38
Figura 2 - O parto humanizado: uma reivindicação de mulheres no Brasil __	42
Figura 3 - A primeira casa de partos do Rio de Janeiro:David Capistrano Filho	57
Figura 4 - Mariele e a ampliação das casas de partos no Município do Rio de Janeiro _____	58
Figura 5 - A luta em defesa da casa de parto como opção para as mulheres_	60
Figura 6 - O Mapa das Áreas de Planejamento (AP) no Município do Rio de Janeiro _____	70



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações  
CFM - Conselho Federal de Medicina  
CF 88 - Constituição Federal de 1988  
D.O. - Diário Oficial  
EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
FEDPs - Fundações de Direito Privado  
FHC - Fernando Henrique Cardoso  
IML - Instituto Médico Legal  
LGBT - Lésbicas, Gays, Bi, Trans  
MS - Ministério da Saúde  
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OS - Organizações Sociais  
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público  
ONG - Organização Não Governamental  
REHUNA - Rede de Humanização do Nascimento  
SESC - Serviço Social do Comércio  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UI - Unidade Intensiva  
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

## Sumário

	<b>Página</b>
1. Introdução _____	10
2. A violência contra a mulher parturiente na sociedade brasileira e o desmonte da saúde pública _____	15
3. O que é a violência obstétrica e quem está mais exposta a ela? _____	47
4. Considerações Finais _____	80
5. Referências bibliográficas _____	83
6. Anexo _____	88

## 1. Introdução

Nascer é um ato natural e instintivamente sabemos como dar à luz, sem necessidade de sermos ensinadas. O parto nos conecta à nossa evolução como humanidade. Com a passagem do tempo, o nascer foi sendo transmutado em evento médico, principalmente na cultura do ocidente, conforme discutido na III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento<sup>1</sup>, cujas ideias estão presentes em BRASIL,( 2014). Este é o pano de fundo desta pesquisa.

A violência obstétrica chamou a atenção da autora devido o descaso com a saúde pública, estampado nos jornais brasileiros, principalmente em relação ao gênero, possuindo alto índices de violência contra a mulher e a mortalidade materna. O parto e o nascimento de um filho são fenômenos marcantes na vida de uma mulher e muitas vezes são lembrados como uma experiência traumática na qual a mulher se sentiu agredida, desrespeitada e violentada por aqueles que deveriam estar lhe prestando assistência, em nome do Estado que, por obrigação deveria atendê-las como cidadãs.

O que motivou essa temática foi uma atividade no campo de estágio, a Casa das Mulheres da Maré, dedicado à apresentação da Roda de Conversa, com a psicóloga Bruna Soares, com o tema Parto humanizado versus violência obstétrica. Fomos convidadas a partilhar de nossas experiências/expectativas relativas ao parto, já que acompanhamos um grupo de mulheres com e sem filhos. Constatamos que o parto é um acontecimento rico de significados para

---

<sup>1</sup> ReHuNa, Brasília/ DF, 26 a 30 de novembro de 2010.

uma mulher e não apenas um evento médico. Parte daí a proposta do parto humanizado, que compreendemos como a valorização da capacidade de expressão da mulher de seus desejos, medos e vontades diante do processo de parto e os cuidados imediatos com o recém-nascido. A partir daí, os profissionais envolvidos basearam as suas condutas em evidências cientificamente fundamentadas e mesmo assim sob o consentimento da mulher. A humanização do nascimento é aceitar que o parto é um evento que tem a díade mãe-bebê como protagonistas, em detrimento da equipe de saúde, que deve se colocar na posição de quem escuta e de quem apoia, antes da que intervém, colocando-se ao lado da mulher e da família nesse momento tão importante e cheio de significados que é o parto-nascimento. (BRASIL, 2014: pág. 219). Mais que uma escolha, é um direito conquistado para que mães e bebês sejam acompanhados dignamente no pré natal, parto e pós-parto com acolhimento e cuidado

A partir do documento Humanização do parto e do nascimento (Brasil, 2014) considera-se como ponto importante a presença do pai, independente de quais benefícios possam trazer para o parto, para a mulher, para a criança e para o próprio pai, e deve ser, antes de tudo, um desejo da parturiente, pois ela precisa estar à vontade e expressar evidentemente o desejo de que o pai da criança, independente do vínculo afetivo ou conjugal do momento do nascimento, esteja presente no parto. Consequente, esse homem também precisa expressar o desejo em participar e vivenciar o que esse momento pode trazer. A presença do acompanhante de escolha da parturiente, durante todo o período de internação, encontra-se entre as várias recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, Anexo) para a humanização do parto e do nascimento, diretriz esta que pretende reorientar a organização e a prática profissional no âmbito dos serviços de saúde a fim de respeitar e promover os direitos das mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e da

eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais .(BRASIL, 2014: pág. 219)

Nesta pesquisa importa-nos fomentar o debate a respeito da violência obstétrica e sobre a possibilidade de que os partos ocorram com menos intervenções médicas e com a valorização do protagonismo da mãe e do bebê.

Cabe aqui informar que a autora tem um especial interesse por esse assunto polêmico, pois em sua vida cotidiana tem uma profissão pouco comum entre mulheres, a de mestre de obras, o que já cria uma situação de estar no centro da atenção e de contestação, por desafiar o universo masculino, uma vez que as obras são tidas como espaço majoritariamente de homens. Contraditoriamente, escolheu uma profissão de nível superior eminentemente feminina, que porém é um espaço de debates e lutas feministas. Portanto, o lugar de fala da autora é o de problematizar as imposições feitas às mulheres na sociedade. Esse posicionamento se impõe como uma dificuldade a ser ultrapassada, pois obriga a um distanciamento, no momento da escrita acadêmica que é uma necessidade para esse tipo de trabalho.

Mundialmente a violência obstétrica apresenta maior número de lesões ou homicídios (BRITO,s/data). A dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e de profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência na mulher e do seu corpo. Principalmente, se apossam do corpo e da situação como se a mulher não tivesse direitos.

Hamermüller e Uchôa (2018) afirmam não se ter números estatísticos precisos da violência obstétrica, quatro em cada dez mulheres, uma vez que

Brasil não possui lei federal que especifique esse tipo de violência, por isso os dados são questionáveis porque os casos são velados, em relação a gênero, classe social, raça/etnia e educacional. Mulheres com menos instrução e pobres são os maiores alvos de maus tratos, discriminação nas unidades de saúde pública. O fato de terem filhos sendo pobres e de muitas vezes serem ainda muito novas leva a agentes institucionais a se acharem no direito de realizar julgamentos morais. Neste sentido, elas mereceriam sofrer, razão porque no momento da dor dizem que não devem reclamar e sofrer sem fazer barulho. A extensão do dano é mencionada com reações de algumas mulheres semelhantes às de vítimas de estupro, quando há rejeição ao próprio corpo e temor de relações sexuais, apresentando pavor a possibilidade de uma nova gestação e ainda ansiedade frente às memórias do parto.

Embora tenham sido elencados alguns pontos norteadores não foi possível analisá-los mais detidamente e discorrer totalmente a respeito deles, como era o desejo inicial da autora, pois por razões diversas, inclusive doença crônica do filho, que requisitou muita atenção para preparação e transplante de rins. Então, não houve tempo e condições emocionais para uma monografia mais aprofundada, por isso consideramos que os próprios pontos já são produtos da pesquisa, apontando para futuros estudos.

Este estudo se justifica por ser o profissional do Serviço Social um defensor do exercício da cidadania, por isso é de fundamental importância a participação do Assistente Social no apoio às usuárias (gestantes, puérperas) e familiares na orientação no que diz respeito aos direitos fundamentais das gestantes e parturientes neste processo, contribuindo para a consolidação dos direitos.

O objetivo deste trabalho foi analisar a violência contra a mulher nas maternidades públicas do Rio de Janeiro e as possibilidades do parto

humanizado. Além disso, verificar implicações de possíveis moralismos sobre as práticas obstétricas e balizar as consequências da violência no parto tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

O maior desafio deste estudo exploratório é o fato de assim como não termos dados precisos, pela natureza do assunto ele se torna pouco discutido, o que foi um desafio a mais para a autora, que teve que recorrer a discussões destacadas na internet e bibliografia ainda muito recente, e como se sabe, quanto mais recente o assunto mais difícil de discuti-lo, pois ainda não existem discussões adensadas.

Quanto aos procedimentos metodológicos trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Qualitativa (baseado no atual momento da mulher nessa maternidade), descritiva (descrever as instituições e os acontecimentos durante a presença nas maternidades); exploratório (através dos dados, verificar a situação dessas mulheres).

A pesquisa será baseada, primeiramente, em bibliografias específicas de saúde; artigos relacionados à violência de gênero; dados do Instituto brasileiro de geografia e estatísticos (IBGE). E depois do levantamento bibliográfico, será feito levantamento de informações desencadeando ações de informações para a melhoria dessa prática. Porque trata-se de uma pesquisa bibliográfica num assunto com pouco material específico disponível, porém é possível realizarmos uma elaboração, a partir de jornais e revistas da internet, tida como um espaço privilegiado de fala das mulheres que sofreram violência obstétrica, assunto sobre o qual o artigo Sena e Tresser (2017) abordam como potente arma a favor dos que são de alguma maneira silenciados. Aqui também faremos uso de hemerografia sobre o assunto, para apreender os debates mais recentes.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso está assim organizado: o capítulo 1 é introdutória à discussão sobre a violência obstétrica no Brasil, no capítulo 2 aborda-se a violência contra a mulher parturiente na sociedade brasileira e o desmonte da saúde pública, no capítulo 3 discorreremos sobre o que é a violência obstétrica e quem está mais exposta a ela e finalmente no capítulo 4 faremos a exposição da aplicação da pesquisa.

## **2. A violência contra a mulher parturiente na sociedade brasileira e o desmonte da saúde pública**

Antes de estudar o capitalismo já havia discussões sobre a mulher e seu corpo, pois a Inquisição procurava disciplinar o corpo feminino, que, por sua vez, gestava e disciplinava os corpos de seus filhos, para a exploração do trabalho. Existem conexões antes e depois do sistema capitalista, atravessando tempo, geografia e classes sociais, evidentemente afetando as mulheres mais pobres muito mais.

A historiadora italiana Silvia Federici, pesquisadora feminista defende em sua obra que precisamos conhecer de onde vem a violência, nas suas raízes e nos sustentáculos dos processos sociais, políticos e econômicos para entender mudarmos a realidade social. Quando analisa a inquisição, na caça às bruxas e todas aquelas que pudessem colocar em perigo seu controle sobre os corpos femininos. Afirma que essa perseguição foi muito maior nas execuções ordenadas por tribunais jurídicos e também por nações inimigas do catolicismo, todos cruéis com as mulheres, especialmente as mais pobres e que conheciam os segredos do nascimento dos bebês.



O capitalismo precisa de hierarquias e homens se colocam acima das mulheres neste sistema, em prol da disciplina social e organização do trabalho, onde as mulheres tem sua imagem desvalorizada, prescrevendo-se que ela seja: obediente, silenciosa, casta e sobretudo submissa aos homens. O trabalho da mulher durante muito tempo não foi assalariado e o trabalho considerado eminentemente feminino era desenvolvido no espaço privado, então nem era considerado trabalho. Às mulheres se destinavam os trabalhos do cuidado, como se fossem eminentemente femininos. Racismo, sexismo e classe, discutidas dentro dos conceitos de interseccionalidade e consubstancialidade (Hirata, 2014), uma vez que andam juntos no sistema capitalista, que prossegue dividindo para controlar.

Nas últimas décadas, com o capitalismo em crise, o neoliberalismo é o remédio que aumenta e intensifica as condições de precarização da classe trabalhadora. Há um recrudescimento da violência e o retrocesso em várias áreas da vida como: criminalização dos movimentos sociais, perseguição e morte a trabalhadores no campo, etc...

Federic (2017) chama atenção para o fato da sociedade ter se ocupado muito em discutir a esfera produtiva e não a da reprodução da classe trabalhadora. Mesmo muito avançado sobre o seu tempo Marx estudou somente a esfera produtiva do trabalho assalariado, numa perspectiva masculina. Não se propôs a estudar a esfera reprodutiva da vida e da mão-de-obra das famílias trabalhadoras: a gestação e o aleitamento; o cuidado das crianças, adolescentes e idosos; a sexualidade; a alimentação e limpeza do ambiente privado da residência.

Pateman, do ponto de vista político do contrato social, baseada nos autores clássicos Hobbes, Locke e Rousseau, afirma que tinham uma percepção de

liberdade universal que não se aplicava imediatamente à liberdade civil de mulheres. Ela foi pensada para os homens dentro de um direito patriarcal. Dá o poder dos homens brancos e burgueses oprimir as mulheres e de terem acesso sexual regularmente ao corpo feminino. “O contrato social é uma história de liberdade enquanto o contrato sexual é uma história de sujeição.” (Pateman, 1993, p. 16)

Com o advento da modernidade, o patriarcado deixa de ser paternal, porque não está estruturado por parentesco ou poder do pai. Porém as mulheres passam a ser dominadas pela figura masculina. Os homens podem exercer o controle do corpo, pela sexualidade e pelo poder de vida e morte sobre as mulheres.

O contrato matrimonial, configurado no casamento, toma o lugar do contrato sexual alocado na esfera privada, assim como o patriarcado. Embora sejam duas esferas indivisíveis, o público não pode ser completamente compreendido sem o privado. A liberdade civil está delimitada pelo patriarcado, entendido como um problema familiar e privado. Inclusive os homens exigem que os corpos de mulheres estejam à venda como mercadorias no mercado da prostituição (Pateman, 1993, p.34,35).

Os teóricos contratualistas, não mencionam as especificidades das mulheres no contrato social, pois seria parte do artifício do estado natural o poder dos homens sobre elas. Os homens, por serem considerados racionais, teriam as capacidades para ter propriedade em suas próprias pessoas. As mulheres não teriam capacidade para ser um indivíduo. A diferença sexual seria sobretudo uma diferença política e social para sujeição das mulheres, uma segurança dada pelo direito patriarcal civil. Nesse aspecto, as mulheres não entraram no contrato original pois elas eram o objeto de enquadramento nos contratos de casamento.

Na estrutura da sociedade patriarcal as diferenças baseadas no sexo são delimitadas desde o nascimento. Assim, os homens nascem indivíduos livres e iguais entre si. As mulheres nascem prisioneiras e subordinadas sem a liberdade natural. Até o século XIX, as mulheres estavam na condição legal de propriedade de seus maridos e por isso eles exerciam amplos direitos sobre suas esposas. O marido não tinha restrições quanto ao corpo da esposa, podendo inclusive agredir e até forçar a relação sexual, pois o corpo da mulher estava à disposição do marido. Somente após os anos 80 do século XX, as jurisdições reconhecem o estupro dentro do casamento.

As desigualdades entre homens e mulheres, que permeiam as relações entre trabalhadores, as esposas e as mulheres em geral se expressam economicamente no valor da força de trabalho, que é aquele que se refere a propriedade que cada indivíduo detém sobre si mesmo. Pateman (1993) adverte que ninguém pode ser propriedade humana e cidadão ao mesmo tempo. Isso evidencia as limitações dos contratos e os atributos de quem está se submetendo e em quais condições isso ocorre.

As instituições, que supostamente foram construídas através de relações livres, têm profundas semelhanças com as relações entre senhor e escravo. Rousseau é o único contratualista a rejeitar a escravidão e qualquer outro contrato semelhante a ela. Entretanto, não viu problema algum na dominação patriarcal, e inclusive, a reafirma.

A separação entre as esferas pública e privada é um reflexo da divisão sexual no contrato. As mulheres foram empurradas para a esfera privada, supostamente natural a elas, enquanto aos homens foi concedido o direito de participar da esfera pública. Pateman também aponta que o privado adquire um status de privação, aprisionamento e isolamento social das tomadas de decisão

sob o véu da privacidade enquanto o público adquire liberdade. O espaço doméstico, sob o véu da privacidade, é visto como irrelevante apesar de ser a base necessária e natural da vida civil. As mulheres ficaram muito tempo reclusas no âmbito privado.

No Século XX a Declaração dos Direitos Humanos, de 1948, tão celebrada, nasceu sob o domínio masculino e nela não constam direitos das mulheres ou das crianças e adolescentes, na luta contra a violência de gênero praticada especialmente por companheiros, namorados e maridos. Chama a atenção na sociedade brasileira a produção de uma masculinidade crescentemente mais violenta, sobre a qual não falaremos mais amplamente aqui. Nos ateremos a uma forma de violência muito específica e praticada por uma categoria profissional, que é em sua maioria composta por homens brancos e detentores da licença para exercerem a “medicina científica”, em uma profissão considerada hierarquicamente superior.

Foucault (2005), um intelectual reconhecido, sobre a discussão da sexualidade se propôs a contar essa história, como sendo pertencente a homens. Desta forma estamos adentrando a um assunto pouco discutido e muito controvertido, portanto uma estrada ainda não cimentada, um estudo exploratório.

A autora Correa Breness (2008) conta a história do surgimento da profissão de “*sage-femme*” (parteira/mulher sábia), *na França*, que, pelas análises de historiadores franceses, surgiu no perímetro urbano e fez uso do conhecimento teórico como o elemento fundador da sua prática profissional na arte da atenção ao parto, rompendo com a prática cognitiva, que fundamentou durante muitos séculos as comadres.

“Na França a profissão de parteira (*sages-femmes*), que era a única profissão feminina no mundo contemporâneo, deixou de ser em 1983,

com aprovação de um decreto europeu que possibilitou igual acesso dos homens neste ofício por ironia do destino na história das mulheres, usou-se o argumento de não poder existir preconceito contra os homens que quisessem abraçar uma profissão, por impedimento legal ou tradicionalmente feminina [... Descobriu que] há indícios de lutas de parteiras contra a corporação médica, que a partir da criação da cadeira de partos pelos cirurgiões, vai aos poucos fortalecendo-os, até a construção, no final do séc.XIX, da clínica obstétrica”. (CORREA BRENES, 2008, apresentação, s/ página) .

O Estado francês fica, como o grande promotor da derrota das mulheres na sua luta, seja por uma profissão, seja por encontrar um espaço novo, por razões incontáveis, no caso dos partos, que se estendem à economia familiar e reprodutiva. O sentido da profissão, as teorias da natureza e dos limites com a técnica, num cenário histórico em que se busca maior eficácia no atendimento e melhor resolutividade na saúde, tanto do bebê quanto da mãe, mesmo que isto signifique uso excessivo de tecnologias de monitoramento, no decorrer do pré natal e durante o parto.

Atualmente, fazer uma opção pelo atendimento natural, ou não, faz retornar às velhas querelas da disputa de territórios entre homens parteiros e mulheres parteiras no século XIX, como se a história se repetisse de uma outra maneira.

## **2.1. Dar à luz na sociedade brasileira**

O parto é um "momento de plenitude e realização" para a maioria das mulheres, mas nem sempre acontece assim, pois acaba se transformando de um momento mágico, num momento trágico, com medo do parto. A mídia vem noticiando cada vez mais, um número crescente alarmante de queixas de mulheres que sofrem violência obstétrica.

O termo violência obstétrica foi lançado pela primeira vez, em 2010, na III Conferência Internacional sobre a Humanização de Parto, em Brasília, promovido pela REHUNA (Rede de humanização do nascimento, que é uma ONG que luta pelos direitos do parto, direito da mulher, direito do nascimento, do bebê). Junto com o evento, o Ministério do Trabalho pautou a inserção das Doulas no CBO, após o 8o. Encontro de Doulas, que aconteceu junto com a Conferência, na qual foi proposto um termo para nomear o que acontece de errado seja no pré-natal, seja no parto e pós-parto, na ocorrência de aborto provocado ou não ou qualquer violência sentida pela mulher grávida, é considerada violência obstétrica. Esta é uma modalidade exclusivamente de gênero. A América Latina é onde é mais fortemente usado, onde o principal causador no país, foi a institucionalização do parto.

Até metade do século XX o parto era domiciliar, a mulher pariu 150 mil anos em casa, estando nos últimos 70 anos dentro do Hospital. Só que esse processo num protocolo igual para todas dar à luz, gerou a violência de não considerar as singularidades quando a mulher perdeu o seu protagonismo., quando ela entra no sistema hospitalar, entregando seu protagonismo, que segundo os representantes da medicina científica, e especificamente os obstetras, era o mais seguro.

Zorzella (2019), num *mea culpa, em entrevista* sobre violência obstétrica, afirma que existem dois grandes preceitos que baseiam os protocolos médicos do século XX: quanto mais rápido melhor e o outro quanto mais limpo melhor. Acreditava-se que acelerar todos os partos, melhorariam os seus desfechos. Com procedimentos idênticos para todas as parturientes: soro, rompimento da bolsa, ordens de fazer força, advertindo-a que o bebê pode morrer e a culpa será dela. Dentre os procedimentos com o corpo da mulher a “medicina científica” adverte que: quanto mais limpo melhor, raspar todos os pelos da mulher, fazer lavagem

intestinal, passar produto antisséptico para limpar a saída do bebê, colocar campo cirúrgico (lençol com buraco para passar a cabeça do bebê). Há ainda o uso da indumentária de todos no centro cirúrgico, um local idealizado como o mais higienizado, tudo isso e sob uma aura médica de poder sobre os corpos e na decisão de vida e morte do paciente, com o qual não estabelece vínculos.

A medicina advoga um tripé do parto no século XX, limpo e acelerado, sem o protagonismo, que se por um lado diminuiu a mortalidade, não evitou mortes e nem deficiências provenientes desse procedimento. Tratado de forma semelhante aos procedimentos de doença assistida, da lógica dos planos de saúde, sendo que ao contrário dessa ótica dar à luz é saudável e natural.

O direito à informação sobre a violência obstétrica pode evitar novas violências e também prevê punição para os responsáveis por esse acontecimento. Em contrapartida às violências existe a proposta do parto humanizado, pautado em três pilares: 1. O protagonismo feminino, 2. as evidências científicas mais atuais e 3. uma equipe transdisciplinar 24 horas por dia disponível e treinada nessas evidências. O parto humanizado tem sido saudado como o parto do Século 21, ou seja a violência obstétrica é tudo aquilo que não é parto humanizado.

Conforme já dito, a Declaração dos Direitos Humanos de 1948, consagrada internacionalmente, feita por homens brancos, se cala quanto ao direito das mulheres, negro(a)s, crianças e adolescentes e idoso(a)s. A Lei Maria da Penha, no Brasil, não abarca os direitos das mulheres não sofrerem violência na hora do parto, provavelmente porque quem a pratica é, na maioria dos casos, um médico branco, com conhecimento da medicina científica, tida na sociedade como profissão nobre. Esse tipo específico de violência de gênero sai do lugar comum das abordagens de violação de direitos da mulher, perpassando a relação de

poder institucional com o usuário. Pela falta de informação e debates sobre o tema, muitas mulheres não reconhecem como violência o constrangimento e a coerção sofridas durante o parto.

A humanização do parto está focada no respeito às escolhas da mulher, de acordo com os autores franceses Odent (2002), que defendem o direito a um atendimento digno, respeitoso e sem qualquer tipo de violência. Quanto ao bebê, de acordo com Frederick Leboyer, foi considerado o "Pai do nascimento sem violência". Trata-se de um obstetra "clássico" da década de 1970. No seu livro "Nascer sorrindo", originalmente *Birth Without Violence* de 1975) popularizou o Parto Leboyer. Nesse trabalho conta como se tornou ciente do sofrimento experimentado pela criança no momento do nascimento.

O parto Leboyer é uma opção humanizada de nascimento lento e sereno, que procura assegurar um nascimento sem traumas ao bebê. É feito na água, seja no parto normal ou cesariana, com alguns cuidados: Ambiente quente, com pouca luz e barulho, para não criar incômodo ao bebê; ao invés da palmada nas costas do bebê usa-se uma massagem suave. O corte do cordão umbilical somente é feito após a parada de sua pulsação, facilitando a transição da respiração do recém-nascido. Nessa modalidade de parto o banho no bebê é dado pelo pai, ao lado da mãe, de preferência sendo dado.

A brasileira Wilhelm (2003) propõe se fazer uma abordagem da psicologia pré-natal, uma verdadeira ponte entre o biológico e o psicológico, na relação mãe-feto e esclarece que o conceito da humanização do parto não se limita apenas ao momento do nascimento do bebê, mas a todo processo da gestação, do nascimento e do pós-parto, que devem estar presentes em todos os locais de assistência à gestante e que sejam adotadas práticas que garantam o direito à informação e às escolhas da mulher.



A Pesquisa Nascer no Brasil, da Fiocruz, revelou o quanto estes direitos não são respeitados na hora do parto. Inclusive muitas mulheres os desconhecem, dificultando a identificação de situações de violação, quando acontecem. O resultado da pesquisa aponta para a necessidade de um esforço conjunto para mudar essa realidade de violências contra a mulher e sua família antes, durante ou depois do parto. Toda agressão cometida contra a gestante e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento, seja verbal, física, psicológica e até sexual caracteriza violência obstétrica e é mais comum do que se imagina. Essas atitudes podem e devem gerar responsabilização administrativa, civil e penal para os profissionais. A rede de apoio para combater a violência obstétrica conta com:

- 1.Ministério Público, por meio da Ouvidoria ou da Promotoria de Justiça;
- 2.Defensoria Pública;
- 3.Ordem dos Advogados do Brasil;
- 4.Ouvidoria do Sistema Único de Saúde e o
5. Disque Saúde 136.

Podemos destacar no Quadro I, a seguir, as situações de violação dos direitos durante o parto no Brasil, em levantamento realizado pela FIOCRUZ (2014). A pesquisa acompanhou 23.894 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos, conveniados ao SUS, e privados, que realizaram mais de 500 partos por ano, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Foram coletados dados em 266 hospitais de 191 municípios.

**Quadro I - Situações de violação dos direitos durante o parto no Brasil – incluindo as capitais e algumas cidades do interior de todos os estados do país.**

52% dos partos são por cesariana
88% dos partos na rede privada são por cesariana
70% das mulheres desejavam o parto normal no início da gravidez
5% das mulheres tiveram partos sem intervenções como cesariana, episiotomia (incisão feita no períneo para “ajudar” a passagem do bebê), manobra de Kristeller ( sentar sobre a barriga da gestante).
18,7% das mulheres tiveram a presença de um acompanhante de sua escolha
26,6% dos bebês tiveram contato pele a pele com a mãe logo ao nascer;
25,2% das mulheres tiveram acesso à alimentação durante o trabalho de parto
91,7% dos partos normais foram na posição deitada (litotomia)
53,5% das mulheres sofreram episiotomia.

Fonte: Pesquisa Nascer no Brasil, FIOCRUZ, 2019, s/página.

Evidentemente, não seguir uma forma mais natural de acompanhar o trabalho de parto longe de atender as necessidades da mãe ou do bebê atende à lógica da comercialização da saúde, pois o aligeiramento do parto é oferecido pelo médico, inclusive marcando o horário e dia de conveniência do médico. No entanto existem outros fatores ligados à meritocracia e ao aspecto moralizador que fazem com que a equipe de saúde, normalmente em locais de atendimento público, destinado cada vez mais à pessoas mais pobres, tratem a parturiente com desprezo e com brutalidade que podem ser caracterizadas como violência obstétrica, conforme se vê no Quadro II.

## Quadro II - Situações caracterizadas como violência obstétrica

Negar ou dificultar atendimento à grávida;
negar o direito à maternidade e à sexualidade;
desrespeito do direito à acessibilidade da informação durante o acompanhamento pré-natal, parto e aborto;
restrição da participação decisória da mulher no parto;
pré-julgamentos, chacotas e piadas;
falas infantilizadas para se referir à mulher;
quebra de sigilo e da confidencialidade;
Deixá-la sem água ou comida;
Gritar com ela;
descaso nas situações de violência física, psicológica e sexual;
descaso sobre o direito ao planejamento reprodutivo e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, vírus da imunodeficiência humana (IST/HIV/Aids);
barreiras físicas para o acesso ao serviço de saúde;
falta de acessibilidade para marcação de consultas e realização de exames.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de BRITO (s/data, s/pág.) e DEUS (s/data, s/pág.)

### 2.2. O Desmonte da Saúde, violência obstétrica e a atuação do Assistente Social

Fazendo uma retrospectiva da saúde no Brasil, vemos que a intervenção do Estado só acontece no século XX, principalmente a partir da década de 1920.

No Império e na República Velha a assistência médica era vista como cortesia do Estado, marcada por relações de poder sem qualquer instrumento legal que comprovasse sua universalidade. No período Vargas, o processo de industrialização cresceu e com isso as reivindicações dos trabalhadores aumentaram, tendo assim o surgimento de políticas sociais nacionais, como uma maneira de enfrentar o Estado diante das expressões da questão social existentes diante da rápida urbanização juntamente com o aumento da classe trabalhadora em péssimas condições de higiene, saúde e moradia. A emergência das políticas de saúde está ligada ao crescimento do assalariamento do trabalho e como resposta às reivindicações do operariado, com diversas medidas relativas a saúde do trabalhador.

Segundo Bravo (2009), nesse período a política de saúde foi dividida em dois setores: o de saúde pública, centralizado na criação mínima de condições sanitárias para população urbana e, restritamente para a do campo; e o da medicina previdenciária. Mesmo com as melhorias dos investimentos do Estado em termos de saúde pública, os grupos médicos ligados aos interesses privados ganham força, adensando com o regime militar a partir de 1964. A saúde pública declina após este período e a medicina previdenciária cresce com interesses do capital internacional. O governo contemplava o setor privado e a medicalização da saúde. Foi um período marcado por pressões populares e repressão.

No final de 1970 as reivindicações explodem em vários setores da sociedade, o regime militar enfrenta dificuldades, dando lugar a projetos de redemocratização. Nasce propostas de reformulação da saúde, com políticas que a compreendessem por meio de seus determinantes sociais. Surgem novos sujeitos da sociedade civil, assumindo uma dimensão política de lutas vinculadas à democracia, como profissionais da saúde, pesquisadores, partidos políticos e

representantes de organizações e instituições. Temos aí o nascimento do Movimento da Reforma Sanitária materializando o amplo conceito de saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. (CAVALCANTI e ZUCCO, 2006).

A saúde passa a ser entendida como resultante das condições de vida da população em seus aspectos sociais, culturais, econômicos e biológicos. Esse entendimento apresenta que as formas de vida em sociedade são resultado das relações de produção e da inserção das pessoas nesse processo. A saúde passa a ser apreendida como indispensável ao desenvolvimento social e ao mesmo tempo fruto dele. A concepção de saúde enquanto um direito social universal e dever do Estado desemboca na criação de um Sistema Único de Saúde; onde o Controle Social e a descentralização do processo decisório se dividem para esferas estaduais e municipais.

O agravamento da questão social e a ascensão dos movimentos sociais e a participação da sociedade nos anos 1980 construíram o marco legal de mudanças na política social brasileira, a nova Constituição em 1988.

Na área da saúde, a Constituinte de 1988, foi transformada em arena de disputa de dois projetos: a reforma sanitária e o privatista ligado a indústria farmacêutica e ao mercado. O texto final da Constituição Federal de 1988 contemplou a maior parte das reivindicações do movimento sanitário. A saúde prevista no capítulo da Seguridade Social passa a ser definida como direito universal de responsabilidade do Estado. Seus serviços e ações devem ser realizados por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios: a universalidade, gratuidade, integralidade, descentralização. Definir a saúde como um direito universal de responsabilidade do Estado implica em avanços e também desafios para a sua implementação. Surge a questão: como tornar esse direito alcançável e exercido por todos? Esta pergunta somente pode

ser respondida se fizermos um resgate da construção do SUS e a proposta de seu desmonte pelo SUS e como fazer o direito constitucional à saúde. Aqui nos propomos a pensar na escolha do parto ser da mulher e não apenas dos profissionais da saúde que a assistem na hora do parto.

A trajetória da Política de Saúde no Brasil é permeada de muitas disputas. Durante o processo de redemocratização de 1988, a Assembleia Constituinte foi o palco desses embates, entre o projeto da saúde privada, o do movimento da Reforma Sanitária. O resultado desses embates, nos encaminhava para um Sistema Único de Saúde, universal e de responsabilidade do Estado, e o direito à saúde como um princípio de cidadania, conforme escrito na CF 88. Porém, submetidos a uma americanização perversa, os governos seguem uma pauta neoliberal, na condução do país, trazendo uma desresponsabilização do Estado na condução das políticas sociais, passando ao setor privado esta responsabilidade.

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congrega cerca de duas centenas de entidades representativas do setor. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades. BRAVO (2001 p. 10)

BRAVO (2009) ressalta que o texto da constituinte sobre saúde foi resultado de diversos acordos políticos, sob pressão popular do movimento

sanitário, opostos aos interesses do empresariado hospitalar, sem contudo afetar a indústria farmacêutica.

Abaixo o quadro destaca alguns dos principais aspectos sobre a saúde a partir da Constituição Federal de 1988, uma vez que os movimentos de saúde estavam presentes defendem o Sistema Único de Saúde, dentro do espírito do direitos universal, direito de todos e dever do Estado:

### **Quadro III - Aspectos sobre a Saúde na Constituição Federal de 1988**

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano
As ações e Serviços de Saúde foram considerados de relevância pública
O Sistema Único de Saúde integra todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade
A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo dada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviço far-se-ão mediante contrato de direito entidade público, garantido ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais;
.É proibida a comercialização de sangue e seus derivados.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de BRAVO (2009,p.10)

O SUS foi balizado na Constituição Federal de 1988 e participe da lógica do Estado de Direito, tendo o tripé da seguridade social garantido universalmente na saúde, assistência e previdência. Mas, pelos retrocessos impostos pela atuação das forças neoliberais e conservadoras, as mulheres tem se posicionado com relação às orientações sobre o uso do termo 'violência obstétrica', que atinge

diretamente os direitos reprodutivos das mulheres. Foram publicadas as orientações pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em outubro de 2018, pelo parecer CFM 32/2018. Como parte da lógica conservadora e punicionista à mulher, em seus direitos, instalada a partir na conjuntura conservadora, 30 anos depois da constituição a entidade, que é responsável pela regulamentação da atividade médica no país, deu instrução e o Ministério da Saúde publicou um despacho no qual orienta para que não se use o termo “violência obstétrica”, um termo reconhecido mundialmente e que possibilita tornar crime uma série de atitudes e práticas no período pré, peri e pós natal. (DOMINGUES, 2019, s/data).

O grande número de políticas fragmentadas e o sucateamento dos serviços públicos foram as estratégias usadas, juntamente com o mote da incapacidade financeira do Estado para atacar as parcas conquistas. Para além desta, o panorama da época era permeado pela extrema miséria, crise do trabalho e a desigualdade social, advindas das mudanças vividas por décadas, no mundo do trabalho, ocorridas a partir dos anos 80 que resultou em aumento das taxas de exploração, precarização das condições de trabalho, desemprego estrutural, aumento do trabalho temporário e terceirizado, dentre outros. (Antunes, 2001)

O Assistente Social tem atuado, desde sua institucionalização no Brasil e no processo de implementação de políticas públicas e sofre diretamente esse impacto em seu fazer profissional, frente às demandas da população, diante dos desmontes das políticas públicas, perdas de direitos, com a espoliação das condições de trabalho e vida da população usuária dos seus serviços. A conjuntura adversa, apesar das dificuldades nos leva uma reflexão e debate, onde nos debruçamos principalmente sobre a política de saúde considerada constitucionalmente, como “direito de todos e dever do estado”.



O Assistente Social também pode ser atingido duplamente na violência obstétrica, pois a maioria dos profissionais é do sexo feminino, portanto sujeita a sofrer essa agressão na hora do parto e também faz parte da equipe, em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento. A Violência Obstétrica é um tema pouco abordado e muitas mulheres não possuem conhecimento dos seus direitos. O assistente social não atua diretamente, mas atua na instituição onde se realizam os procedimentos.

A saúde associada à ausência de doença, numa concepção curativa, centrada no paciente e na relação médico-paciente, ainda é uma ideia muito comum nos dias de hoje. Por muito tempo a Política de Saúde esteve atrelada a essa conotação. O pensamento curativo era presente tanto nas ações de saúde pública como na assistência médica. Então, o sistema de saúde nessa época é marcado por ações pontuais, fragmentadas e imediatistas. (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006).

A regulamentação dos objetivos e princípios previstos na CF 88 foi promulgada a Lei nº 8.080/90 que trata das ações e serviços de saúde no país. Neste ano também foi editada a Lei nº 8.142/90 que firma espaços públicos de participação da sociedade civil por meio do controle social dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Estas conquistas no campo da saúde são indiscutíveis, porém envolviam uma imensa marcha de reformulação administrativa do setor e limitados pela própria conjuntura que despontava com o retrocesso político do governo de transição. Pois não podemos falar em rompimento drástico com o regime militar, uma vez que o país, consoante ensino de Florestan Fernandes (1987) teve o seu desenvolvimento marcado pela convivência com estruturas arcaicas.

Os progressos no campo social aconteceram em uma conjuntura marcada pela degradação das relações internacionais, enfraquecimento das idéias socialistas e de crescimento das temáticas neoliberais. No Brasil a repercussão da crise capitalista iniciada nos anos 1970, impactaram deveras nos anos 1990. Resumindo, nossas garantias constitucionais foram conquistadas quando a reforma neoliberal estava no seu auge.

Diante disso os setores envolvidos com o Projeto da Reforma Sanitária começam a perder espaço e no fim da década de 80 a efetivação dessas conquistas passa a ser objeto de questionamentos, e com isso diminuição do apoio popular por conta da escassez de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde, entremeada da reorganização dos setores conservadores da sociedade contrários à reforma. (BRAVO,2009). Nos anos que seguem o que se tem é uma contrarreforma do Estado num horizonte neoliberal onde as políticas sociais serão os objetos desses ajustes.

Não nos cabe aqui aprofundar a história da saúde, ou dos procedimentos dos governos, apenas pontuamos a transição democrática e a consagração do SUS na Constituição de 1988. Com o avanço do neoliberalismo, aliado ao conservadorismo, em conjuntura recente, com relação à violência obstétrica, percebe-se um ataque frontal aos direitos das parturientes, suas famílias e bebês em tempos recentes.

### **2.3. As políticas de saúde, dilemas, desafios e perspectivas em curso**

Os governos brasileiros adotam, desde os anos 1990, a orientação neoliberal na forma de gerir sua política econômica. Na seara da política social

atenta-se para a perda de direito e participação popular. A atuação do governo passa a ser feita através de medidas provisórias, com o objetivo de possibilitar “reformas constitucionais” subjugadas a aprovação de um poder legislativo subserviente, numa clara investida contra a democracia. As propostas neoliberais para política de saúde, baseiam-se na focalização, privatização, estímulo aos seguros privados, atendimento básico à população que não pode pagar, dentre vários outros. Enfim, uma visão individualista e segmentada da saúde em contraste a concepção global e absoluta do Projeto da Reforma Sanitária.

Tudo isto é seguido da desmobilização dos movimentos coletivos e da emergência de lutas corporativas em defesa de grupos de interesses particulares dos trabalhadores, o que vai do agrado dos interesses da classe dominante que persuade para aniquilar a resistência da classe trabalhadora. (Bravo (2009) e Matos (2007).

Em 2002, com a chegada na presidência, de um líder operário, logra-se as mudanças tão aguardadas, mas Luiz Inácio Lula da Silva representou a continuidade do modelo de governo de seu antecessor, Fernando Henrique Cardoso, caracterizado pela dominação da lógica financeira. Nessa perspectiva Filgueiras et.al (2010, p. 37) defende a existência de uma linha de continuidade entre governos de Fernando Henrique Cardoso e de Luiz Inácio Lula da Silva, com a manutenção, nas bases, do mesmo modelo econômico –intrinsecamente instável e gerador de vulnerabilidade externa estrutural – e da mesma política macroeconômica ortodoxa; constituindo ambos, modelo e política macroeconômica, uma unidade impossível de ser separada. Existe uma continuidade: política macroeconômica, mas houve câmbio flexível, juros elevados e superávit fiscal primário, ou seja, a receita deveria ser maior do que a despesa para pagar os juros. Toda a política social foi diferente da política de FHC, que

esboçou uma política de renda mínima e Lula implantou o Bolsa Família. Lula pagou toda a dívida com FMI e acumulou reservas internacionais da ordem de 360 bilhões de dólares. Internacionalmente o país se fortaleceu. No entanto, começa a declinar no Governo de Jair Bolsonaro, bem como inicia-se um processo de desconstrução das instituições democraticamente construídas e um retrocesso na pauta dos costumes.

O Estado tem fortalecido o projeto privatista, proporcionando algumas facilidades como renúncia fiscal para os planos e seguros privados, alocação de recursos públicos no setor privado e flexibilização da gestão pública baseadas na lógica do mercado para administrar os serviços públicos, tendo como exemplo Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações de Direito Privado (FEDPs) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O que se vê muito claramente na saúde , além do sucateamento e da falta de investimentos na rede de atendimento, é o acesso cada vez mais restrito à população mais pobre e a apropriação dos serviços terceirizados, somados à falta de servidores públicos no referido setor.

Vale destacar a importância dos movimentos sociais, frente aos ataques às políticas de saúde, principalmente com a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde , e também sua mobilização e articulação nos Fóruns Regionais , com Ações Diretas de Inconstitucionalidade num ato de resistência em favor da saúde (Bravo, 2009).

Os rebatimentos desse cenário também afetam diretamente o trabalho do assistente social, profissional que historicamente dedicou-se à implementação de políticas públicas, localizado na linha de frente das relações entre a população e a instituição. O trabalho do assistente social na saúde não ficou alheio a esse contexto adverso, sofrendo influências na sua intervenção o que exige novas

respostas profissionais e um diálogo permanente entre teoria e prática. Além disso, a situação de precarização do trabalho afeta também o assistente social enquanto um trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho e depende de recursos institucionais para desenvolver suas ações.

Hamermüller e Uchôa (2018), baseadas no estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010, questionam porque um número tão expressivo de violência obstétrica contra as mulheres não sensibiliza os governantes. Sendo que no caso brasileiro, no ano de 2019, vai na contramão destes questionamentos.

No Governo Bolsonaro o Ministério da Saúde foi chamado a disfarçar os questionamentos e mesmo a abolir o termo violência obstétrica, pois ele não vai diretamente a causa, porque o termo violência obstétrica, para muitos médicos, inclusive, num grande mal entendido, acham que a terminologia é para uso deles. O termo é violência obstétrica e não violência ao obstetra! A vítima não é o médico. É uma violência de gênero, que a mulher sofre, que pode ser causado por qualquer pessoa na área da saúde e uma das maneiras de se combater é a necessidade de se identificar o termo e usá-lo, entendendo e nomeando. Entendendo-se o que é, inclusive os médicos obstetras que pensam em trabalhar da melhor forma possível, com o melhor parto possível, para melhor atendimento possível, deve ser uma pessoa que esteja ao lado do combate à violência obstétrica, e não achando que o termo é para si.

Conforme esse despacho, o termo "violência obstétrica" se refere ao uso intencional da força e, portanto, não é aplicável a todos os incidentes que ocorrem durante a gestação, parto ou puerpério. A expressão é considerada “imprópria” pelo Ministério, pois acredita que, nos momentos de atendimento à mulher, “tanto o profissional de saúde quanto os de

outras áreas, não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano.(DOMINGUES, 2019, s/pág.)

Recentemente um despacho do Ministério da Saúde solicitou que fosse evitado e, possivelmente, abolido o termo “violência obstétrica” em documentos de políticas públicas. O despacho, assinado pela coordenadoria-geral de Saúde das Mulheres, pela Diretoria do departamento de Ações Programáticas Estratégicas e pelo Secretário-Executivo substituto, indica que o termo "violência obstétrica" se refere ao uso intencional da força e, portanto, não é aplicável a todos os incidentes que ocorrem durante a gestação, parto ou puerpério. A expressão é considerada “imprópria” pelo Ministério, pois acredita que, nos momentos de atendimento à mulher, “tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano”, e que o uso da expressão . prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério, quando o mesmo Ministério da Saúde afirma, que tem buscado “qualificar a atenção ao parto e nascimento” em suas estratégias e, logo serão abolidas o seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”.

O Ministério da Saúde, apoiado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), afirmou: “A expressão ‘violência obstétrica’ é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética.”\_parecer 32/2018. CFM, 2018)

A comunidade médica da especialidade em questão, se sente ofendida, especialmente, por movimentos que defendem alternativas( entende-se aqui todo o aparato utilizado para o parto humanizado) à assistência obstétrica provida por médicos. O parecer do Conselho Federal de Medicina diz: “Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto

vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital” (DOMINGUES, 2019, s/página)

FIORETI (2014) contrariando essas afirmações contra a autonomia da mulher, sobre o seu próprio corpo e sua integridade nos processos reprodutivos a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota o termo “violência obstétrica” e o define como

"a apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida". (FIORETTI, 2014, Entrevista)

**Figura 1 - Grávidas lutam pelos seus direitos reprodutivos**



Foto: Tânia Rêgo/Agência Brasil, em DOMINGUES, 2019, s/data.

Hoje possuímos mais conhecimento sobre as práticas médicas e suas intercorrências. diz o Dr. Alberto Guimarães, médico obstetra e criador do programa “Parto Sem Medo”. “É fato que os médicos não se sentem confortáveis com a popularização do termo “violência obstétrica”. “Isso dói na gente”, admite, acrescentando que muitas pacientes hoje têm mais consciência sobre as práticas médicas e seus possíveis problemas, o que pressiona a comunidade médica agir de forma mais transparente.

“A mulher está querendo passar pela experiência do parto de maneira respeitosa. O médico terá dificuldades se não estiver antenado com o movimento atual sobre os nascimentos [...] “Há uns quatro ou cinco anos começou a aparecer mais esse tema de 'violência obstétrica'. Claro que para os médicos é um termo pesado: ninguém se formou para ser violento”, diz Dr. Alberto Guimarães citado em Domingues 2019, s/página.

Cabe destacar, no entanto, que mais importante do que mudar a terminologia sobre as possíveis situações de violência obstétrica, é necessário combater o problema em si, no entanto retirar a terminologia implica a descaracterização de possíveis violências que podem permanecer impunes.

“Não se resolve a questão retirando ou proibindo o termo. É preciso combater algo que é sabidamente ruim e definir melhor políticas públicas, a relação médico-paciente, o que o profissional pode fazer para atender de maneira mais atenciosa, dar boa assistência no pré-natal, boa estrutura no ambiente da maternidade, bons profissionais envolvidos, e não atender pacientes demais ao mesmo tempo”. DOMINGUES, 2019, s/página)

Segundo Ministério da Saúde assegurou que o termo “violência obstétrica” não deveria ser usado de maneira indiscriminada, “principalmente se associado a procedimentos técnicos indispensáveis para resolução urgente de situações



críticas à vida do binômio mãe-bebê relacionados ao momento do parto” DOMINGUES, 2019, s/página, o que coincide com as afirmações do Conselho Regional de Medicina, mas não com os diversos movimentos de mulheres no mundo todo.

O Conselho Federal de Medicina afirmou que a autonomia da mulher parturiente deve ser limitada, em situações de risco tanto para mãe quanto para a criança, porém, em suas diretrizes de atenção à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, de janeiro de 2018, o próprio ministério já citava artigos acadêmicos ao definir a violência obstétrica como “a violência institucional na atenção obstétrica promovida pela organização do serviço e pelos profissionais de saúde contra a mulher grávida durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento” (DOMINGUES, 2019, s/página). De acordo com a discussão no início deste capítulo este posicionamento do CFM não permite que a mulher decida sobre seu próprio corpo, uma vez que existem profissionais de saúde que impõem as condições como se dará o parto. Essa determinação do Conselho Federal de Medicina é contrária à reivindicação de parto humanizado das brasileiras, que acreditam no parto longe das salas esterilizadas e dos obstetras autoritários.

O Ministério da Saúde, no dia 3 de maio de 2019, proibiu o uso do termo violência obstétrica, recebendo críticas de organizações em defesa dos direitos das mulheres, que em audiência pública, na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da Câmara dos Deputados. As debatedoras defenderam o uso do termo violência obstétrica pelo Ministério da Saúde, inclusive cobrando ações para combatê-la. No dia 10 de junho, o Ministério Público Federal de São Paulo encaminhou uma recomendação para que o órgão reconhecesse a legitimidade do uso do termo, uma vez que seu uso é internacional. O ministério reconheceu o

direito das mulheres usarem a expressão "violência obstétrica", porém ficou firme na decisão de não usar o termo em suas normas e políticas públicas. Analisando essa situação a deputada Fernanda Melchionna (Psol-RS), uma das parlamentares que pediu a audiência, nomeou essa conduta do Ministério da Saúde como "uma verdadeira censura institucional", citando a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, de 2010, que aponta que uma em cada quatro mulheres brasileiras é vítima de violência no momento do parto ou pré-natal, cobrando ações da pasta para combater o problema. (BRASIL, 2019, s/página)

Percebe-se pelo anteriormente citado que alguma coisa mudou no cenário da saúde a partir de 2019 e houve um retrocesso com relação a saúde reprodutiva da mulher no Brasil, pois o termo que era usado no ano anterior foi abolido das instâncias do Ministério da Saúde a partir de então. Sabe-se que o Governo instaurado nessa conjuntura se efetivou a partir de uma ênfase na pauta dos costumes, onde o governo chegado ao poder se elegeu democraticamente, porém é francamente adepto ao conservadorismo e a desconstrução das instituições democraticamente construídas.

As orientações sobre o uso do termo 'violência obstétrica' foram publicadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em outubro de 2018, pelo parecer CFM 32/2018. A entidade é responsável pela regulamentação da atividade médica no país. Acompanhando a instrução e atendendo ao apelo de entidades médicas, o Ministério da Saúde publicou despacho no qual orienta que o termo "violência obstétrica" é inadequado (DOMINGUES, 2019, s/página).

O Ministério da Saúde pautou todas suas recomendações pelo que considerou ser "a melhor evidência científica disponível", indo contra a terminologia violência obstétrica, que é reconhecida mundialmente e que ajuda a tipificar todo tipo de violência como crime previsto na lei. O Ministério da Saúde proibiu o uso do termo "violência obstétrica" em normas e políticas públicas, através de um despacho da Coordenadora-Geral de Saúde das

Mulheres, Mônica Almeida Neri, alegando que não há consenso na definição do termo. Tal atitude enfraquece a política pública de prevenção desse tipo de violência de gênero no país, contrariando a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que conceitua violência obstétrica como: “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Kreuz (2019).

**Figura 2 - O parto humanizado: reivindicação de mulheres no Brasil**



Foto: Rodrigo Batista/Cedida, em DOMINGUES, 2019, s/página..

O relator do documento emitido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Ademar Carlos Augusto, afirmou que a proliferação de leis sobre violência obstétrica no país seria fruto de um movimento orquestrado para responsabilizar somente os médicos pela “situação caótica” do atendimento às gestantes no país, o que seria fruto de uma posição ideológica importada de países de “viés socialista”.

Ministério da Saúde veta uso do termo “violência obstétrica”<sup>2</sup>, pois essa seria uma posição alinhada ao que setores da direita chamam de “marxismo cultural”, uma teoria conspiratória dos movimentos de esquerda parte de pequenas alterações graduais na sociedade para implantar, a longo prazo, uma sociedade global, igualitária e multicultural, que seria o socialismo. A incorporação de alguns termos como “Ideologia de gênero”, ambientalismo, feminismo, movimentos LGBTs, imigrantes e nacionalistas negros são, segundo este viés movimentos e grupos inerentes a essa “grande conspiração mundial”.

Na lógica dos representantes do governo federal brasileiro a violência obstétrica seria frutos dos “movimentos de esquerda”, apesar da realidade social a que estão submetidas mulheres de todo o país, seja no SUS ou em hospitais privados ser a mesma. Mundialmente essa também é a conotação que os movimentos de mulheres também comungam.

---

<sup>2</sup><https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml?loggedpaywall>, acessado em 24.09.2019.

Há uma desconsideração para a violência sofrida por mulheres nesta situação de vulnerabilidade, pois o governo rejeita as recomendações internacionais, violando a própria Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 6º consagra a proteção à maternidade como um direito fundamental social, e no seu Título VIII, da Ordem Social, retoma a proteção à maternidade na assistência social.

O Ministério da Saúde não só desprezou a proteção constitucional às mulheres brasileiras, como violou os compromissos assumidos pelo Brasil internacionalmente, no que se refere a direito internacional e direitos humanos, além da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, já introduzida no ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto Legislativo n. 4.377/02, que atende com a adoção pelos Estados-partes de medidas especiais, inclusive as contidas na presente Convenção, destinadas a proteger a maternidade.

Em nome de uma categoria profissional, dos médicos brasileiros, blindada, em detrimento do bem-estar e saúde das gestantes brasileiras, viola a dignidade, os direitos fundamentais sociais e as recomendações da OMS, através do conservadorismo e da ignorância do governo vigente, reflexos de uma conjuntura onde neoliberalismo e conservadorismo se juntam em fragrantos retrocessos sociais (Pereira, 2003).

O Governo encampou uma resolução do Conselho Federal de Medicina, publicada no D.O. em 16 de setembro de 2019, tentou retirar das gestantes, o direito à recusa terapêutica, conferindo aos médicos todo o poder de realizar qualquer procedimento que lhes convenham, decidindo que é o estado dos fetos

que determina *a priori*, a conduta médica, negando assim qualquer protagonismo da mulher em seu parto.

## **2.2. O Desmonte da Saúde e a violência obstétrica no Brasil**

A ação do Ministério da Saúde converge para o restante do governo Bolsonaro, que fala em “conspiração socialista”. Neste sentido Ernesto Araújo, Ministro das Relações Exteriores, alega que a noção fluida de gênero e de nação é a proposta do “marxismo cultural globalista”. Já Abraham Weintraub, Ministro da Educação, propôs “expurgar o marxismo cultural” das universidades<sup>3</sup>. A violência obstétrica seria fruto dos “movimentos de esquerda”, apesar da realidade social a que estão submetidas mulheres de todo o país, seja no SUS ou em hospitais privados.

Há uma desconsideração para a violência sofrida por mulheres nesta situação de vulnerabilidade, pois o governo rejeita as recomendações internacionais, violando a própria Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 6º consagra a proteção à maternidade como um direito fundamental social, e no seu Título VIII, da Ordem Social, retoma a proteção à maternidade na assistência social.

---

<sup>3</sup> Novo ministro da Educação, Weintraub defende o expurgo do ‘marxismo cultural’. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2019/04/novo-ministro-da-educacao-weintraub-defende-expurgo-do-marxismo-cultural.shtml> e CARVALHO, Olavo. Do marxismo cultural. Disponível em: <http://www.olavodecarvalho.org/semana/06082002globo.htm>, acessados em 24/09/2019.

O Ministério da Saúde não só despreza a proteção constitucional às mulheres brasileiras, como viola os compromissos assumidos pelo Brasil internacionalmente, no que se refere a direito internacional e direitos humanos, além da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, já introduzida no ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto Legislativo n. 4.377/02, que atende com a “adoção pelos Estados-partes de medidas especiais, inclusive as contidas na presente Convenção, destinadas a proteger a maternidade, não se considerará discriminatória”.

Em nome de uma categoria profissional dos médicos, que protege-se em detrimento do bem-estar e saúde das gestantes brasileiras, viola a dignidade, os direitos fundamentais sociais e as recomendações da Organização Mundial de Saúde, através do conservadorismo e da ignorância do governo vigente .

### **3. A violência obstétrica *versus* parto humanizado**

Como já visto, sobre o tripé do parto do séc XX, ou seja o parto institucionalizado prevê: 1. preceito do parto limpo, 2. do parto rápido e a perda do protagonismo da mulher, sob a figura hegemônica do médico como autoridade máxima. Em contrapartida, o tripé do parto do séc XXI fala sobre o parto humanizado que advoga: 1. protagonismo da mulher, 2. evidências científicas atuais e 3. equipe inter/transdisciplinar. No Brasil pós-constituição de 1988 e sob a égide do SUS há uma tendência de alinhamento à segunda proposta, no entanto há um visível retrocesso a partir de 2019.

### 3.1. Breves aspectos metodológicos

Cabe destacar que essa é uma pesquisa exploratória, qualitativa que buscou aporte bibliográfico, que teve que se pautar em assuntos próximos, pois é raro encontrar livros/artigos acadêmicos para uma temática que é questionada, inclusive na pertinência da terminologia, até pelo Ministério da Saúde. Essa base foi cotejada com uma fonte abundante de consulta que se tornou a internet, conforme já dito anteriormente. Foi realizada pesquisa hemerográfica com as seguintes palavras-chaves: violência obstétrica, parto humanizado, Município do Rio de Janeiro, Maternidades.

O assunto não foi uma surpresa para a autora, pois se identificou na sua própria vivência, como mãe de três filhos. Sabia não ser “normal” aquele tipo de atendimento tão agressivo e injustificável, mesmo na presença de tantos outros partos juntos e de familiares das parturientes. De certa maneira, as respostas são também para a autora, como mulher e também estudante de serviço social, prestes a se formar.

Fizemos um levantamento de pontos norteadores possíveis para a temática, sendo que constatamos que os limites de uma monografia não dariam vazão a tamanha pretensão. Ao final apenas aventamos a possibilidade do estudo exploratório sobre o assunto e propor pontos para futuros estudos.

#### **Quadro IV - Possíveis pontos norteadores para analisar a temática**

Identificar as formas de violência (Parto algemada, xingamentos existentes no parto, nas maternidades);
Discorrer sobre atual momento do parto humanizado nas maternidades do Município do Rio de Janeiro;



Elencar quais os profissionais inseridos nesta prática;
Constatar se os profissionais da área da medicina tratam os pacientes/ parturientes de acordo com código de ética e de acordo com a legislação;
Procurar quais os meios de divulgação para conscientização do parto humanizado x violência obstétrica;
Verificar se existe curso de capacitação nesse processo de parto humanizado;
Apresentar as vantagens do parto humanizado e os seus conceitos;
Problematizar sobre as mulheres vítimas de violência obstétrica enfrentadas nas maternidades;
De que maneira podemos ajudar essas mulheres a terem um parto mais humanizado? Quais as soluções e possíveis medidas para melhorar a assistência a mulher parturiente?
Como dinamizar o debate sobre a violência obstétrica?
Identificar o papel do profissional assistente social neste contexto;
Pesquisar se o serviço social da instituição tem conhecimento destas práticas e como intervir para romper este ciclo de violência.

Fonte: Elaborado pela autora a partir da bibliografia e hemerografia citada

### **3.2. O Município do Rio de Janeiro e a rede de atendimento a parturientes**

No Quadro V listamos dentro da rede municipal de saúde o que existe disponível no Município do Rio de Janeiro para assistência ao parto: 12 maternidades e uma casa de parto próprias. Essas unidades representam ao todo mais de 700 leitos de alojamento conjunto (mães e bebês) e 295 leitos de UI/UTI neonatal. As unidades estão distribuídas por toda a cidade (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data).

Todas as maternidades mencionadas, no quadro abaixo, segundo o site, que não sabemos estar ou não atualizado, inseridas no programa Cegonha

Carioca, que buscava, desde o seu início, em 2011, sob o Governo do Prefeito Eduardo Paes, que governou a cidade do Rio de Janeiro, de 01/01/2009 a 01/01/2017, portanto dois mandatos, que implementou melhorias nos cuidados para a mãe e bebê com incentivos ao pré-natal e transporte em ambulância para a maternidade, na hora do parto. Também atenderia à demanda espontânea de pacientes na porta de entrada das maternidades.

Do conjunto de maternidades municipais identificamos apenas uma Unidade, Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda – Centro, faz parto humanizado e uma casa de parto, com uma proposta de escolhas para parto natural, a Casa de Parto David Capistrano Filho - Realengo, com a presença de enfermeiras especializadas em obstetrícia, assistentes sociais, nutricionistas e pessoal administrativo, sem a presença de médicos. Em dez anos de funcionamento, na época da matéria, constava apenas dois óbitos de bebês por má formação, conforme laudo pericial do IML (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data).

O Quadro IV, a seguir demonstra, a quantidade de maternidades distribuídas pelo Município do Rio de Janeiro, com respectivos bairros para atendimento. Na maioria dos casos onde a parturiente dará a luz é definido já no pré-natal, conforme planejado no Cegonha Carioca, que é um Benefício Eventual<sup>4</sup>, previstos dentro da Política de Assistência Social Brasileira. Que no entanto ganha contornos singulares em cada território:

---

<sup>4</sup> “Os Benefícios Eventuais são caracterizados por serem suplementares e temporários, prestados aos cidadãos e às famílias em casos de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade provisória e de calamidade pública”. Site do Ministério da Cidadania, Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, 22/06/2015 <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais>, acessado em 13/10/2019.

## Quadro V - Maternidades Públicas no Município do Rio de Janeiro

Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda – Centro
Hospital Maternidade Fernando Magalhães - São Cristóvão
Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto – Leblon
Hospital Maternidade Carmela Dutra – Lins de Vasconcelos
Hospital Maternidade Herculano Pinheiro – Madureira
Maternidade Mariana Crioula (Hospital Municipal Ronaldo Gazolla) – Acari
Hospital Maternidade Alexander Fleming– Marechal Hermes
Maternidade Leila Diniz (Hospital Municipal Lourenço Jorge) – Barra da Tijuca
Hospital da Mulher Mariska Ribeiro – Bangu
Maternidade do Hospital Municipal Pedro II – Santa Cruz
Maternidade do Hospital Municipal Albert Schweitzer – Realengo
Maternidade do Hospital Municipal Rocha Faria – Campo Grande
Casa de Parto David Capistrano Filho - Realengo

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data

Para o Ministério da Saúde, o parto humanizado implica em um ambiente acolhedor e procedimentos hospitalares sem o isolamento imposto à mulher parturiente. Para existir uma assistência humanizada a atitude ética e solidária dos profissionais de saúde é parte inerente da proposta. O termo “humanização” carrega em si interpretações diversas. A qualidade de “humano” em nossa cultura quase sempre se refere à idéia arraigada na moral cristã de ser bom, dócil, empático, amável e de ajudar o próximo. Nesse contexto, retirar a mulher de seu “sofrimento” e “acelerar” o parto através de medicações e de manobras técnicas ou cirúrgicas seria uma tarefa nobre da medicina obstétrica e assim vem sendo

cumprida. Porém esse processo na humanidade sempre foi instintivo e natural. Ao interferir, por anos, o procedimento obstétrico está padronizando o formato de nascimento, hospitalizando a mulher e sequestrando seus direitos na hora do parto.

“A qualidade de humano que se quer aqui revelar envolve os processos inerentes ao ser humano, os processos pertinentes ao ciclo vital e a gama de sentimentos e transformações que a acompanham. O processo de nascimento, as passagens para a vida adolescente e adulta, a vivência da gravidez, do parto, da maternidade, da dor, da morte e da separação são experiências que inevitavelmente acompanham a existência humana e por isso devem ser consideradas e respeitadas no desenrolar de um evento natural e completo como é o parto” (Floyd, citada em Moraes, 2017, s/data e s/página).

A proposta do parto humanizado apresenta a mãe como a protagonista do parto, pois ela é quem gerou a criança no ventre e é quem vai trazê-la à luz. Para a doula e psicóloga Érica de Paula o parto com assistência humanizada evita intervenções desnecessárias, com o que Andrea Rebello, ginecologista e obstetra, também concorda, pois este procedimento traz benefícios emocionais, através da ideia de acolhida e amparo, uma vez que a hora do parto é de muita fragilidade devido à dor e as incertezas deste momento. DEUS, s/data.

Em contrapartida a proposta do parto humanizado existe aquela que atende aos interesses comerciais da saúde, que ao contrário do que apresenta é proposta de doença assistida o quanto se possa pagar, conceito introduzido a partir do sucateamento da Saúde Pública, expressos pelos movimentos de saúde e consagrados na CF 88.

O parto humanizado é um conceito usado no Brasil para designar um nascimento ocorrido sob os preceitos da assistência humanizada, cujo protagonismo é dado à mulher e suas escolhas, no momento do parto. Não podemos simplesmente vê-lo como um evento médico, mas reveste-se de

múltiplos aspectos social, emocional, familiar e espiritual. Diversos profissionais de saúde tem se posicionado em favor do nascimento ser visto como um acontecimento natural, sem a necessidade injustificada de interferências e que deixem a mulher e sua família sem direito de opinar a respeito. Existem recomendações, reconhecidas mundialmente e no Brasil, neste sentido, conforme o Quadro V a seguir:

#### **Quadro VI - Práticas recomendadas para humanização do parto**

Acompanhante durante o trabalho de parto e o nascimento: No Brasil, a lei já prevê que a parturiente tenha direito de escolher pelo menos um acompanhante durante o parto. Esse é um princípio importante do parto humanizado.
Comunicação efetiva: A equipe médica ou os envolvidos em um parto devem informar de forma clara à parturiente todos os procedimentos que serão feitos, bem como ouvir e considerar suas escolhas. Em um parto humanizado, não se pode, por exemplo, optar por uma intervenção cirúrgica sem o consentimento e a comunicação à gestante.
Cuidado respeitoso à mãe: Esse princípio requer que, durante o parto, sejam respeitadas a dignidade, confidencialidade e privacidade da gestante.
Técnicas de relaxamento para a dor: Se a parturiente quiser, a assistência ao parto deve oferecer massagens, música e incentivar técnicas de respiração para que a dor seja menor.
Alimentação e hidratação: Durante um parto humanizado, é essencial oferecer e permitir que a parturiente se alimente e beba água.
Respeitar a melhor posição para mulher A mulher é a protagonista do parto. Por isso, ela deve escolher a posição em que se sente mais confortável para dar à luz.
Técnicas para prevenir lesão perineal: A equipe de assistência ao parto deve oferecer técnicas que aliviam e evitam lesões do períneo, como massagens e compressas quentes

Contato pele a pele: Logo após o nascimento, o bebê deve ser entregue à mãe para que tenham contato pele a pele.
Filho e mãe juntos: O bebê e a mãe saudáveis não devem ser separados durante os primeiros dias de vida
Amamentação logo após o nascimento: Deve ser estimulado que o bebê seja amamentado pela mãe o quanto antes.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de DEUS, s/data.

As descobertas científicas mais recentes apontam, inclusive, que é mais adequado tanto para a saúde da mãe quanto do bebê o parto natural. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que o parto humanizado é um procedimento saudável, porque respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê, muito comuns onde se protela o nascimento ou adianta, com intervenções cirúrgicas. A OMS criou, em 2000, um guia com as recomendações para uma experiência de parto positiva, que pode ser sintetizada no quadro Anexo a esse trabalho. Esse guia reúne tanto as práticas recomendadas, quanto as que não devem ser feitas. Além das circunstâncias específicas para os períodos pré, peri e pós natal.

No Brasil o próprio Ministério da Saúde adverte que o parto humanizado requer um ambiente acolhedor e procedimentos hospitalares que não deixem a mulher no isolamento da mulher parturiente, neste sentido faz-se necessária uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, o que é impraticável em tempos de desmonte da saúde, pois tem faltado pessoal e insumos na rede do SUS. O Serviço Social, em seu código de ética tem “um compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o

aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional”,entre outros que mais adiante discutiremos.

O Quadro VI, logo a seguir, sintetiza quais são as práticas que contrariam o conhecimento que se tem atualmente em várias partes do mundo, que portanto não fazem parte da proposta de humanização da assistência ao parto (veja Anexo - Recomendação da Organização Mundial de Saúde para as experiências de parto no mundo) .

### **Quadro VII - Algumas práticas não recomendadas para um parto humanizado**

Esterilização vaginal: A OMS não recomenda a esterilização vaginal com clorexidina
Depilação dos pelos pubianos: Os pêlos da gestante não precisam ser retirados para o parto
Lavagem intestinal: Um parto humanizado não admite a lavagem intestinal da gestante antes do nascimento.
Cardiotocografia em gestantes saudáveis: Para as gestantes saudáveis, não é necessária a cardiotocografia no pré-parto (monitoramento contínuo da frequência cardíaca do feto)
Negar analgesia: A equipe médica não pode negar à gestante que sejam dadas anestésias ou feitos outros procedimentos para reduzir a dor durante o parto
Aceleração do trabalho de parto: A OMS entendeu que uma dilatação com velocidade menor que 1 centímetro por hora não é uma indicação de que deve haver qualquer intervenção obstétrica. O órgão ressalta que, principalmente antes da dilatação de 5 centímetros, o uso de intervenções médicas em gestantes saudáveis (como aplicação de ocitocina ou opção pela cesárea) não é recomendado. Para o órgão internacional, cada parto é único e progride de formas diferentes.
Romper a bolsa amniótica: A humanização do parto prevê que, em caso de gestantes saudáveis, a bolsa amniótica não deve ser rompida pela equipe médica
Episiotomia: Não é recomendado que o corte feito na região entre vagina e ânus seja uma rotina.

Manobra de Kristeller: Este procedimento consiste em pressionar a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê. Ele pode levar a traumas tanto no bebê quanto na mãe.
Corte do cordão umbilical antes de 1 minuto de vida: A OMS recomenda que se espere, no mínimo, um minuto do nascimento para se cortar o cordão umbilical.
Aspiração nasal ou oral no bebê: Nos casos de bebês que nasceram saudáveis e respiraram naturalmente após o nascimento, não é necessário que a equipe aspire seu nariz ou sua boca.

Fonte: DEUS, s/data

Há no parto humanizado um olhar mais apurado, uma revelação de uma enorme contradição entre as práticas atuais suas conseqüências no processo fisiológico do parto e na saúde física e emocional tanto da mãe e quanto do bebê ao vivenciarem a experiência do parto.

### **3.3. A implantação da proposta das casas de parto no Município do Rio de Janeiro.**

A Casa de Parto David Capistrano Filho é o único estabelecimento dessa natureza que funciona atualmente na cidade, na zona oeste do Município do Rio de Janeiro, e deve servir de modelo para os próximos centros (Lourenço, HuffPost Brasil, s/data, s/página). Foi inaugurada em 2004 e está localizada no bairro de Realengo, zona oeste do Rio de Janeiro, e tem condições de acolher até 25 parturientes por mês. São atendidas apenas gestantes que não tem nenhuma intercorrência de saúde, como diabetes ou pressão alta, ou outro tipo de risco. Exames e o encaminhamentos, em caso de emergência, são feitos no hospital de referência da unidade, o Mariska Ribeiro, que fica a sete quilômetros de distância.



Na única casa de parto em funcionamento no Rio de Janeiro, o atendimento da parturiente é integral, com acompanhamento de enfermeira-obstetra, obstetrix, assistente social e nutricionista a doula e educadora perinatal Vitória Lourenço trabalhou com Marielle Franco na concepção do Projeto de Lei e explica que o funcionamento das casas de parto é diferente de uma maternidade hospitalar, pois na casa de parto o trabalho é focado exclusivamente em gestações de baixo risco. "O atendimento da mulher é integral, com acompanhamento de enfermeira-obstetra, obstetrix, assistente social e nutricionista. Há um suporte físico e emocional para a grávida" (HUFFPOST BRASIL, s/data, s/página) .

O atendimento na Casa de Parto David Capistrano Filho segue as novas orientações da OMS para que grávidas saudáveis tenham uma experiência positiva na hora do parto. Informa que cerca de 140 milhões de nascimentos acontecem por ano em todo mundo, não tem complicações para mulheres e bebês. Porém no Brasil nos últimos 20 anos, os profissionais de saúde "aumentaram o uso de intervenções que antes eram utilizadas apenas para reduzir riscos ou tratar complicações". A OMS busca reverter essa situação, para reduzir o número de cesarianas. As novas recomendações incluem o uso de anestésias apenas a pedido da mulher, com várias técnicas para alívio da dor no trabalho de parto, como relaxamento muscular, música ambiente e técnicas de respiração.

**Figura 3 - A primeira casa de partos do Rio de Janeiro: David Capistrano Filho**



Fonte: Foto de divulgação, (HUFFPOST BRASIL, s/data).

A equipe técnica oferece, além da consulta e da assistência, oficinas sobre as transformações no corpo da mulher durante a gestação, orientações sobre como amamentar e puericultura (cuidados com o bebê). A gestante é acompanhada por todo pós parto, também chamado puerpério. A grávida tem a oportunidade de criar um plano de parto e decidir como e com quem quer viver a experiência do nascimento do seu bebê.

A ampliação da rede de acesso ao parto humanizado no serviço público de saúde na cidade do Rio de Janeiro está entre os legados da vereadora Marielle Franco (PSOL), assassinada brutalmente no dia 14 de março de 2018. O projeto, que prevê a oferta de mais casas de parto na cidade, para os próximos cinco anos, foi a primeira proposta da vereadora aprovada na Câmara Municipal do Rio, em setembro do ano passado. O texto estabelecia a criação de pelo menos cinco novos centros de parto normal ou casas de parto até 2022, um em cada área

programática da cidade. Os centros podem ser autônomos ou inseridos dentro de uma unidade hospitalar e contemplarão as regiões com o menor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano).

Marielle Franco, na época da votação do projeto de ampliação da rede de partos no Rio de Janeiro, presidiu a Comissão de Defesa da Mulher da Câmara."O objetivo é assegurar às mulheres o direito de parir sem intervenções desnecessárias e com mais conforto", explicou. Esta proposta foi vetada pelo prefeito Marcelo Crivella (PRB), em outubro de 2016. Este veto foi derrubado e a lei promulgada na Câmara dos vereadores, em nova votação, em novembro de 2016. Seis meses depois da aprovação, ainda não havia um cronograma para a ampliação da rede de atendimento. A Secretaria Municipal de Saúde informou que a construção de um centro na Ilha do Governador, zona norte da cidade, era parte do plano estratégico da gestão municipal e estudava a viabilidade de abertura de outras unidades, sem divulgar os locais para receber os centros, nem os prazos. (HuffPost Brasil, s/data).

**Figura 4 - Mariele e a ampliação das casas de partos no Município do Rio de Janeiro**



Fonte: Ricardo Moraes/ Reuter, HUFFPOST BRASIL ( s/data)

O projeto político de Marielle tem um legado para as mulheres do Município do Rio de Janeiro, entre eles o PL, que elaborou especialmente para as mulheres, visando expandir as casas de parto. "Há um reconhecimento muito grande do trabalho feito na casa e entendemos que isso devia se expandir, principalmente nas regiões mais pobres da cidade", diz a doula que trabalhou com a vereadora na construção do projeto. Para ela, era preciso haver pressão popular e política para que o projeto saia do papel, não apenas por ser fundamental para a saúde das mulheres cariocas, mas também para dar continuidade à luta: "A Marielle vive além do corpo. O projeto político da Marielle continua existindo através dos projetos de lei dela. Ela pensou o tempo todo nas mulheres que estão no Rio de Janeiro, nas mulheres negras e faveladas." Vitória Lourenço, HuffPost Brasil ( s/data, s/página)

A prática vivida na casa mudou a relação de Ísis Alves, 29 anos, com a maternidade. Ela não desejava ser mãe, devido aos medos que a maternidade produz, entre eles o alto índice de violência obstétrica praticado ( uma em cada quatro mulheres sofrem violência obstétrica) no País a perturbava tremendamente. "Queria um parto natural, mas os relatos sobre os hospitais do Rio eram confusos". Através de pesquisas na internet ela encontrou a Casa de Parto David Capistrano Filho.

"Eu demorei meses pra aceitar que estava grávida, não me via como mãe. Tinha muito medo de ter depressão pós-parto, mas todo o apoio que recebi na casa, todas as conversas com essas pessoas foram muito importantes para me deixar mais tranquila e preparada", Ísis Alves, designer, HuffPost Brasil ( s/data).

**Figura 5 - A luta em defesa da casa de parto como opção para as mulheres**



Fonte: HUFFPOST BRASIL, ( s/data)

### **3.4. As doulas e as tendências de sua presença no parto humanizado**

A atuação das doulas trouxe à cena do parto um costume antigo, o das parteiras, mas, dessa vez, com o respaldo científico, diferentemente do que foi visto em CORREA BRENES (2008), sobre a qual discorreremos no capítulo anterior, como suporte oferecido pelas doulas às gestantes e é indicado por hospitais que priorizam o parto humanizado, recomendado tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto pelo Ministério da Saúde (MS). Isto porque a gestação é um período de muitas descobertas, quase sempre acompanhada de sensações que vão do medo, ansiedade, apreensão e, claro, também alegria. A proposta das doulas pode fazer diferença, pois ajudam a tornar este momento menos tenso.

### **3.4.1. Objetivo das doulas**

Doula significa serva em grego e quer dizer que é aquela que serve, ela vai servir a mulher. Então ela é “aquela que serve a outra mulher” Historicamente surgiu nas comunidades hippies como profissão de acompanhante de mulheres grávidas. Ela vai estar ali para ajudar a gestante durante a gravidez até o parto, trabalho de parto e o pós-parto. dando suporte físico, emocional através dos encontros, das visitas e das consultas.

A doula entende e estuda a dinâmica familiar, os desejos que a grávida tem sobre qual tipo de experiência que espera do parto e tenta ajudar da melhor forma, encontrando as informações para que ela possa alcançar esse objetivo. Trabalha no parto com técnicas de alívio da dor, intervenção não medicamentosa durante a experiência de trabalho de parto para que a mulher se sinta segura, se isso acontecer o trabalho de parto e parto é uma experiência positiva. Tenta garantir que a gestante se sinta confortável e segura durante esse processo, pois ninguém precisa ensiná-la. Sabe-se que há uma tradição, especialmente em locais sem assistência médica de fácil acesso, há um apoio bem marcado das avós e das mães durante a gestação e do parto das mulheres jovens na família. Às vezes, amigas que já tiveram filhos atuam como doulas. Elas não tinham um saber “especializado”, obtido em cursos de capacitação, mas na própria experiência.

Há também as doulas que atuam voluntariamente nas comunidades, dando acolhimento e acompanhamento às mulheres que vêm ao hospital público em busca de assistência ao parto. Dando prioridade às gestantes que estão desacompanhadas, dão amparo, apoio afetivo e emocional, e as incentivam durante o trabalho de parto. Após o nascimento, incentivam a amamentação e um

maior vínculo entre a mãe e o bebê e informam sobre cuidados com o recém nascido.

As doulas não são formadas na área da saúde, mas possuem experiência no acompanhamento de gestantes. Qualquer mulher acima de 18 anos, desejando servir outra mulher pode ser doula, porém, para desempenhar esta atividade, é indicado que façam curso de capacitação, existentes em vários estados do Brasil.

Até pouco tempo atrás, era comum as gestantes serem assistidas por uma outra mulher — normalmente da família ou com algum vínculo afetivo, como vizinha, amiga, irmã, prima e tia, por exemplo —, que já tinha passado por uma gravidez. Dessa forma, a gestante tinha o suporte de uma mulher mais experiente, que ajudava com as suas necessidades e dúvidas acerca do parto. Mesmo que muitas mulheres não tenham este suporte, internacionalmente na língua inglesa chama-se “*midwife*”, chamando-se a atenção que o termo “mid” significa “com”. Então, é a presença de outra mulher no momento do parto. Com a medicalização do parto, as gestantes e os seus bebês passaram a ser acompanhadas pela equipe de saúde, formada por obstetras, enfermeiros e pediatras. As doulas surgem com a proposta de reavivar uma prática já antiga e conhecida, para tornar o parto mais humanizado.

#### **Quadro VIII - Atividades que as doulas podem exercer**

Amparo afetivo e emocional nos momentos finais da gravidez e no período pós-parto
Prover o conforto físico por meio de medidas simples, como massagens nos pés, técnicas de respiração, sugestão de posições e movimentações mais favoráveis
Apoio durante o trabalho de parto, inclusive aos seus familiares, auxiliando na tranquilidade e no conforto de ambos
Presença contínua ao lado da gestante, oferecendo carinho, encorajando-a e ajudando a manter a sua tranquilidade

Estabelecer contato com profissionais da saúde e familiares solicitados pela gestante
Promoção do contato e interação da mãe com o recém-nascido.

Fonte: Elaborado pela autora a partir Camacho, s/data, s/página

Não cabe a doula realizar qualquer tipo de procedimento médico. Nesse sentido, elas não devem aferir a pressão arterial, monitorar os batimentos cardíacos do bebê, realizar ausculta fetal, fazer o corte do cordão umbilical, executar exames físicos, realizar o toque vaginal, administrar medicamentos e nem cuidar da saúde do recém-nascido. A presença da doula, ao contrário, incentiva a gestante a esclarecer as suas dúvidas no pré natal com o médico obstetra que a acompanha. Este é a pessoa mais capacitada para esclarecer qualquer questionamento sobre a sua saúde e a saúde do seu bebê

A doula não substitui qualquer membro da equipe de profissionais da saúde, independentemente deste suporte a equipe médica deve acompanhar a mãe e bebê em todas as fases da gestação e do período pós-parto. Ela não interfere nas condutas tomadas pelos profissionais da saúde ou no relacionamento da equipe médica com a gestante. Pelo contrário, deve colaborar para que esse relacionamento seja o mais construtivo e positivo possível.

A assistência dada pelas doulas às mulheres durante a gestação tem resultado muito benéfico, reconhece a OMS. É indicado o apoio oferecido, pelo MS, pois o impacto na saúde da mãe e do bebê é muito positiva, com muitos ganhos como o aumento das amamentações, aumento e qualidade do vínculo mãe-bebê, ganhos psicoemocionais com diminuição dos casos de depressão e ansiedade no período pós-parto. As doulas também animam as mulheres a terem partos normais fomentando a proposta do parto humanizado.



### Quadro IX - Alguns serviços da doula para atendimento da mãe e bebê

Serviço	O que se propõe
Educadora certificada <i>Spinning Babies</i>	Para Casais visando melhor conforto durante toda a gestação, parto e pós-parto e terem mais conhecimento sobre seus corpos e todo o processo de posicionamento do bebê dentro do útero e como funciona a rotação e descida do bebê na pelve.
Educadora pré-natal	A Educação Perinatal é o processo de preparar a gestante e seu parceiro(a) sobre a gravidez, o parto e o pós-parto (puerpério), onde informações são passadas para que possam vivenciar todas essas fases da maneira natural, informada e consciente. Além de esclarecer dúvidas da gestante e família.
Terapeuta Holística	Aromaterapia, Reiki, cone energético e massagem para gestantes.
Consultora em amamentação	Acompanha a mulher que se tornou mãe com a finalidade de auxiliar para que tranquilizar a mãe e até que perceba que a experiência pode ser prazerosa tanto para a mãe como para o bebê.
Furo de orelha	Atendimento o bebê. Equipamento estéril, com aplicador delicado e silencioso. O procedimento é feito sem sair de sua casa.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de CAMACHO, s/data, s/página.

#### 3.4.2. A proposta da Doula Comunitária

A atuação da Doula Comunitária faz parte das estratégias de humanização da assistência ao parto e nascimento no SUS, visando fortalecer o Controle Social. Existe um projeto pioneiro no Brasil, denominado “Projeto Doulas Comunitárias”, no Hospital Sofia Feldman, junto com a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do HSF. A proposta é baseada na literatura científica, objetivando melhorar os indicadores assistenciais e os níveis de satisfação das usuárias e usuários.

O Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte, MG, no tópico "Multiplicando experiências" (Notícias do Sofia Nº 10) divulga e dá notícias a respeito de sua experiência pioneira e exitosa do Projeto Doulas Comunitárias. O Hospital afirma que além do aumento da qualidade e da contribuição para a humanização do atendimento, a presença amigável e constante das doulas produz ainda os seguintes resultados:

#### **Quadro X - Vantagens do trabalho de parto com a doula comunitária**

Redução do tempo de trabalho de parto
Redução do uso de medicação para alívio da dor
Redução do índice de cesárea
Aumento da taxa de aleitamento materno, exclusivo ao seio
Resguardo de um tratamento individualizado personalizado à mulher, , fortalecendo-a como cidadã diante do aparato médico-institucionalizado
Maior segurança e satisfação da mulher e de seus familiares durante o trabalho de parto e o puerpério, possibilitando singularidade e emoção no momento do nascimento de uma nova vida
Incentivo ao resgate da tradição, segurança e simplicidade do parto normal.

Fonte: Hospital Sofia Feldman, Doula, s/data e s/página

O Ministério da Saúde reconheceu a importância do Projeto, em 2001 e 2003, propondo-se a multiplicar a experiência em outras maternidades do SUS, principalmente nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país.

Também estendeu essa prática às maternidades públicas do próprio município de Belo Horizonte, região metropolitana e interior do estado. De junho de 2006 a julho a setembro de 2010 foram realizadas 16 capacitações com 413 participantes, entre gestores e profissionais da área da saúde materna das

seguintes instituições: Hospital Júlia Kubitschek; Hospital Risoleta Tolentino Neves; Hospital Sofia Feldman; Hospital Odilon Behrens; Maternidade Odete Valadares; Maternidade Municipal de Contagem; Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Hospital Sofia Feldman, s/data.

Com relação às normas de conduta para atuação da “Doula” no Hospital Sofia Feldman firma o que se segue:

Em consonância com as normas dispostas na Lei Municipal nº 10.914, de 10 de março de 2016, “Obriga maternidade, casa de parto e estabelecimento hospitalar congênere a permitir presença de Doula em trabalho de parto, parto e pós-parto, sempre que solicitada pela parturiente” o Hospital Sofia Feldman elaborou este protocolo com intuito de favorecer, otimizar e qualificar o serviço prestado pelas acompanhantes de parto, as Doulas. Segundo o parágrafo 1º da referida Lei, “[...] as doulas são acompanhantes de parto, escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que ‘visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante’ [...]”. Hospital Sofia Feldman, s/data.

A instituição permite a presença da Doula, sempre que solicitada, observando que o Hospital Sofia Feldman sendo integralmente do SUS, oferece à mulher o acompanhamento por Doula Comunitária, à escolha da gestante/parturiente, durante a internação, para acompanhamento no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de forma que nenhuma cobrança está vinculada e não é permitida dentro da instituição. O Hospital mantém disponíveis os instrumentos utilizados como alternativa aos fármacos no alívio à dor no trabalho de parto e parto: banheira, chuveiro, bola de fisioterapia, banquetas para parto, bastando solicitar o uso à equipe de enfermagem.

Ainda em cumprimento da Lei Municipal nº 10.914, de 10 de março de 2016, Art. 3º. é vedado à Doula a realização de qualquer procedimento médico ou clínico multiprofissional: aferição de pressão, avaliação da progressão do trabalho de parto, monitoração de batimentos cardíacos fetais, administração de medicamento, entre outros, mesmo que por lei não esteja legalmente impedida. Mesmo se a Doula tiver formação na área de saúde não pode interferir na conduta clínica ou execução de procedimentos de responsabilidade da equipe multiprofissional técnica, pois sua função restringe-se a ser a “mulher que serve outra mulher”.

Neste panorama atual da atenção à saúde da mulher, observamos que aparecem com frequência situações de risco às mulheres brasileiras, sendo elas descritas na maioria dos documentos oficiais e nas propostas do Estado enquanto políticas, programas e manuais técnicos.

O projeto nacional da Rede Cegonha surge da urgência em reduzir as taxas de mortalidade materna, assim como a peregrinação de gestantes às maternidades, muitas vezes sem êxito, em seu objetivo de consultar ou parir. As ações da Rede Cegonha se articula e envolve os benefícios eventuais propostos pelo MDS, desenvolvido dentro desta realidade, a partir dos SUS, que prioriza nos territórios o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida, a organização das Redes de Atenção à Saúde e o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Nacionalmente a principal necessidade na atenção à mulher durante a gestação, parto e pós parto, está descrita na Rede Cegonha, que diz respeito à adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério tendo como foco a

humanização. A integralidade e qualidade no atendimento também foi destacada no discurso oficial, porém a realidade atual dos serviços de saúde é que a quantidade se sobrepõe, exigindo-se o cumprimento de metas e números de atendimento por dia/mês, num viés claramente mercadológico.

A proposta nacional da Rede Cegonha para o pré-natal definida é de no mínimo de seis consultas, um indicador de qualidade na assistência prestada. Porém, quando se correlaciona o desejável com a realidade de desigualdade social, a taxa de pobreza e cobertura pré-natal, os estudos verificam que esta é inversamente proporcional, mesmo que ocorra interferência de outros fatores.

No Rio de Janeiro a diminuição das taxas de mortalidade materna, assim como a peregrinação de gestantes originou a implantação do Programa Cegonha Carioca (PCC) em 2011, cuja proposta possui três módulos de ação, a saber: vinculação do pré-natal às maternidades do município, transporte da gestante por ambulância no trabalho de parto, acolhimento e classificação de risco por enfermeiro nas maternidades.

O Ministério da Saúde nos cadernos de Atenção Básica Atenção ao pré-natal de baixo risco (Brasil, 2013) afirma que se ao se comparar a maioria dos estados com cobertura pré-natal, na média se tem a marca de pelo menos seis consultas durante o período pré natal e que apresentam um nível econômico compatível com o esperado para a realização dessas consultas e que, a cada redução de 10% na taxa de pobreza, há o aumento de 7% na cobertura pré-natal, o que demonstra a relação entre a assistência e as condições socioeconômicas da população, embora ainda não existam ainda evidências desta concepção no caso do Rio de Janeiro. O acesso se torna um pilar fundamental para uma estratégia de qualificação da assistência em uma sociedade desigual, onde fatores como região, localização e escolaridade potencializam a exclusão da mulher.

Os conceitos e bases programáticas da Rede Cegonha, em cenário nacional, mesmo presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, ainda persistem questões a serem discutidas na atenção pré-natal, como o acesso em algumas regiões do país, a qualidade da atenção, o vínculo entre o pré-natal e o parto, a humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal deveria se refletir também no Programa Cegonha Carioca do Município do Rio de Janeiro, como reflexões para contribuir aos estudos sobre o acesso com qualidade às gestantes e diminuir os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, conforme consta na proposta governamental. Porém, no caso do Município do Rio de Janeiro a atenção pré-natal, enquanto parte do PCC, é limitada à estratégia de apoio aos módulos de transporte e acolhimento. Há a necessidade de capacitação dos enfermeiros que atuam no pré-natal e sua integração com os profissionais das maternidades.

### **3.5. Reflexos da precarização da rede de assistência ao parto**

Diante da dilapidação da Saúde Pública, Marielle Franco quis proteger a mulher negra e pobre do focalismo e da precarização, criando um projeto de expansão das casas de parto, como a de Realengo, Davi Capistrano. O projeto de Lei previa a inauguração de mais cinco casas de parto nas áreas programáticas .

A Secretaria Municipal de Saúde, através do Plano Municipal de Saúde (PMS-RJ, 2013), da Secretaria Municipal de Saúde dividiu, desde 1993, geograficamente a cidade em 10 Áreas Programáticas (APs) - para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde, uma vez que cada território.

A divisão em áreas programáticas possibilita apresentar particularidades, em função da história e evolução da ocupação da cidade, o que determina características próprias regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade.

Com a mesma finalidade, no plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento, com um mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, apresentado a seguir. Ele abrange a dinâmica de ocupação da cidade e a rede de interações entre as Áreas de Planejamento (AP), através das atividades econômicas, da circulação, da mobilidade e da distribuição dos equipamentos públicos e privados de saúde, educação e lazer, determinam as características de cada região e das formas de adoecimento e mortalidade.

**Figura 6 - Mapa das Áreas de Planejamento no Município do Rio de Janeiro**



Elaboração: S/SUBPAV/SP, Fonte: IPP, agosto de 2013, citado em PMS\_2013

A lista de bairros e áreas de planejamento (AP'S) criada pelo Instituto Pereira Passos, apresentada no Anexo 8 do citado Plano, (Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro, s/data) dá a possibilidade de observarmos os bairros em ordem alfabética de acordo com a área programática, conforme a seguir:

**Quadro XI - A Área AP1 no Município do Rio de Janeiro**

<b>Área de Planejamento 1 (AP1)</b>	
Benfica	Cidade Nova
Caju	Estácio
Catumbi	Gamboa
Centro	Paciência

Fonte: Elaboração da própria autora, a partir de PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO\_(2013) e PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data.

AP1 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%). Por outro lado, é nessa área que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade, com uma grande assimetria em relação aos outros territórios da cidade.

**Quadro XII - A Área AP2 no Município do Rio de Janeiro**

<b>Área de Planejamento 2 (AP2)</b>	
Alto da Boa Vista	Humaitá
Andaraí	Ipanema
Botafogo	Jardim Botânico



Catete	Lagoa
Copacabana	Laranjeiras
Cosme Velho	Leblon
Flamengo	Leme
Gávea	Praça da Bandeira
Glória	Rocinha
Grajaú	

Fonte: Elaboração da própria autora, a partir de PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO\_(2013) e PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data.

A AP 2.1 possui a maior população de idosos (23,1%) , com a maior densidade demográfica da cidade (14.051 hab./Km<sup>2</sup> ), além de ter a menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%). Trata-se, no entanto, daquela que concentra o maior IDH do município. A exceção fica por conta da favela Rocinha (29<sup>a</sup> no ranking do IDH). Semelhantemente a AP 2.2 tem um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1. sendo a segunda participação do grupo etário idoso na AP 2.2 também da cidade (22,1%)

### **Quadro XIII - A Área AP3 no Município do Rio de Janeiro**

<b>Área de Planejamento 3 (AP3)</b>		
Abolição	Cordovil	Oswaldo Cruz
Acari	Costa Barros	Parque Anchieta
Água Santa	Del Castilho	Parque Colúmbia
Anchieta	Encantado	Parada de Lucas

Bancários	Engenheiro Leal	Pavuna
Barros Filho	Engenho Da Rainha	Penha
Bento Ribeiro	Engenho De Dentro	Penha Circular
Bonsucesso	Engenho Novo	Piedade
Brás de Pina	Higienópolis	Pilares
Cachambi	Honório Gurgel	Pitangueiras
Cacuaia	Inhaúma	Portuguesa
Campinho	Irajá	Praia da Bandeira
Cascadura	Jacaré	Quintino Bocaiúva
Cavalcanti	Jacarezinho	Ramos
Cidade Universitária	Jardim América	Riachuelo
Cocotá	Jardim Carioca	Ribeira
Coelho Neto	Jardim Guanabara	Ricardo De Albuquerque
Colégio	Lins De Vasconcelos	Rocha
Complexo do Alemão	Olaria	Rocha Miranda

Fonte: Elaboração da própria autora, a partir de PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO\_(2013) e PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data.

As APs 3.1, 3.2 e 3.3 juntas formam a área mais populosa da cidade (37,9%), porém a metade dos moradores de favelas vivem nessa região. Então, os serviços para os que dependem do poder público para acesso à saúde do município do Rio de Janeiro são ainda insuficientes.

#### Quadro XIV - A Área AP4 no Município do Rio de Janeiro

Área de Planejamento 4 (AP4)	
Anil	Grumari
Barra Da Tijuca	Itanhangá
Camorim	Jacarepaguá
Cidade De Deus	Joá
Curicica	Pechincha
Freguesia (Jacarepaguá )	Praça Seca
Gardênia Azul	Recreio Dos Bandeirantes

Fonte: Elaboração da própria autora, a partir de PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO\_(2013) e PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data.

A AP 4 é a segunda maior em área, com 294Km<sup>2</sup> , aproximadamente 1/4 do território do município. Esta é uma região de expansão urbana de rendas média e alta. Hoje, tem a segunda maior população (910 mil habitantes) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km<sup>2</sup> ).

#### Quadro XV - A Área AP5 no Município do Rio de Janeiro

Área de Planejamento 5 (AP5)	
Bangu	Inhoaíba
Barra de Guaratiba	Jardim Sulacap
Campo dos Afonsos	Magalhães Bastos
Campo Grande	Mangueira
Cosmos	Padre Miguel

Deodoro	Realengo
Gericinó	Pedra de Guaratiba
Guaratiba	

Fonte: Elaboração da própria autora, a partir de PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO\_(2013) e PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, s/data.

Por fim, as APs 5.1, 5.2 e 5.3, possui a segunda área mais populosa do município, em termos demográficos e responde por 27% da população da cidade. A cada quatro cariocas, pelo menos um mora na Zona Oeste, constituindo-se num vetor de expansão urbana para as populações de média e baixa renda. Devido à baixa densidade há a tendência de poucos serviços públicos na região.

Baseados em Bahia (2014) o Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, discutido em 2013 e foi implementado como PMS 2014 – 2017. Nele se toma o conhecimento sobre o território, espaço geográfico, compreendido como um espaço social, pode-se dizer que apreende a história do vivido, o que é também fundamental para que se compreendam os processos de divisão de trabalho, de renda e de produtos e está em constante dinâmica de construção. Pode-se mesmo afirmar que determinados processos produtivos em um território, em determinadas conjunturas, podem causar impactos na saúde geral da população assim como no meio ambiente. Essa análise do território conduz à identificação das necessidades locais e a vulnerabilidade da população trabalhadora. Essas características da área, de forma mais concreta, instrumentaliza a análise dos técnicos e gestores da saúde, trabalhadores e demais atores sociais, subsidiando o processo de estabelecimento de prioridades para a intervenção sanitária, proteção dos trabalhadores e promoção de melhorias das condições, ambientes e processos de trabalho no território. (pág. 12)

possibilitando que se abra novos leitos onde havia oferta reduzida até então. No entanto a parlamentar, que lutava pela abertura de leitos para parturientes em março de 2018, foi assassinada e meses depois o seu projeto foi vetado por Marcelo Crivella, no entanto ainda está para ser reavaliado.

A situação do parto humanizado das maternidades, com o projeto cegonha carioca e a casa de parto David Capistrano, continuam andando devagar, para não dizer que estão paralisados. A Casa de Parto recebe gestantes sem problemas de saúde, como diabetes, hipertensão ou qualquer outra intercorrência. Desde sua fundação a casa de parto não tem relatos de óbitos a não ser de crianças com má formação neurológica, de acordo com laudo do Instituto Médico Legal. O legado do projeto da vereadora Marielle Franco não foi incentivado, pois ainda será votado. Temos aí uma luta, pois atualmente várias unidades que tem o Projeto Cegonha Carioca não estão dando conta de atender a demanda da maneira humanizada, pois carece de médicos obstetras, uma vez que a maioria das maternidades estão organizadas ao redor do especialista médico e não da mãe, bebê e sua família.

Aos enfermeiros obstetras fica o encargo de atender esses partos nessas unidades precárias do projeto Cegonha Carioca trazendo a reclamação de algumas parturientes sobre a qualidade do atendimento pois a proposta do projeto Cegonha Carioca é uma proposta excelente de parto humanizado, mas que infelizmente pela precarização das políticas, pelo avanço capitalista, acabam se perdendo. O corpo de enfermagem especializado em Obstetrícia acaba assumindo o papel do médico, que é mais um sinal da precarização do sistema de saúde, uma vez que pelas políticas de esvaziamento da Saúde os médicos não fazem concurso, uma vez que a remuneração não é interessante, ou então vão para o atendimento no meio privado, que remunera melhor.

Hoje temos como referência apenas a Casa de Parto David Capistrano, em Realengo, e o Hospital Municipal Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, no centro da cidade do Rio de Janeiro, fazendo parto humanizado. O restante dos hospitais/maternidades, mesmo com a rede Cegonha Carioca, ainda sofrem as mazelas da precarização da saúde. Nestes dois locais a (o) enfermeira (o) obstetra fica de frente para muitos partos, sendo sua atividade muito desgastante, muito cansativa. Quando o enfermeiro comum assume uma demanda médica, as gestantes e os bebês sofrem.

### **3.6. Discutindo a temática no serviço social**

As mulheres desejam e precisam viver o nascimento de seus filhos de forma ativa, participativa e inteira. Passar por esse processo natural e humano de forma “plena”. Porém, muitas vezes, esta experiência envolve dor, conflito, medo. Muitas mulheres ao relatarem seus partos via cesariana mostraram a frustração de não terem parido “naturalmente”, com as próprias forças e os seus filhos passam por estas mesmas experiências com dor, conflito e medo. Mas são estes mesmo os “portais” para a transição, para o crescimento, para o desenvolvimento e amadurecimento do ser humano. Voltar atrás e reconhecer que tecnologia e instalações esterilizadas não são tudo que as mulheres precisam durante o parto. A proposta de humanização tem uma percepção diferenciada da gestação e do parto, mesmo o cesáreo. Estes são vistos como eventos fisiológicos perfeitos, cabendo a obstetrícia apenas dar assistência a este processo e não tentar lapidar o mesmo. (Floyd, in: Moraes, 2017, s/data).

No Brasil o conceito de parto humanizado é utilizado para designar um nascimento que ocorre fora dos padrões hospitalares em voga. O ponto principal da assistência humanizada ao parto, está no retorno ao protagonismo da mulher e

suas escolhas, deixando de ser mais um ato médico, mas sim um ato sistêmico, abarcando o âmbito social, emocional, familiar e espiritual. Desta forma os profissionais de saúde envolvidos teriam um novo olhar acerca do evento de nascer como um ato natural que dispensa interferências desnecessárias.

Um ponto importante a ser informado também é sobre o entendimento sobre o termo "Parto Humanizado". Este não deve ser entendido como um "tipo de parto", com o uso da água, posição de cócoras, luz branda, presença do acompanhante, doula, ou qualquer outra coisa que agregue. A Humanização do parto é um processo e não um pacote pronto.

Antes de ser uma discussão jurídica esta é uma discussão para as mulheres brasileira, sobre as quais recaem todas as consequências das duas propostas. A defensoria Pública de São Paulo conceitua a violência obstétrica como:

“a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres”. (BRITO, s/data, s/pág.)

À luz dos princípios éticos do Serviço Social e a discussão da violência obstétrica podemos destacar alguns itens de discussão para uma profissão majoritariamente de mulheres com o acúmulo de massa crítica que caracteriza a compreensão do próprio processo histórico da profissão, pelo menos no que é mais hegemônico na academia, que luta para a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras”, podemos destacar a discussão do capítulo 2, relativa aos direitos sexuais e reprodutivos

das mulheres, que somente ganham algum direito sobre o próprio corpo, em relação ao próprio marido e/ou companheiro na década de 1980.

Este é ainda um assunto que podemos destacar a pertinência desta discussão no que se refere a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo” e a “opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero” são pontos de convergência no presente TCC, pelos fatores já destacados no capítulo 2.

#### **4. Considerações finais**

Os motivadores da temática Violência Obstétrica *versus* Parto humanizado desde o início da pesquisa para o TCC, foram as razões do resguardo das informações sobre a Violência Obstétrica, seus motivadores históricos e as razões da falta de informação, tanto das usuárias quanto dos profissionais envolvidos.

A herança patriarcal continua vívida e presente em ações cotidianas, como é o caso da violência obstétrica, e mais ainda quando o CFM e o Ministério da Saúde encampam a ideia de descaracterizar o que acontece com as mulheres na hora do parto, impedindo inclusive a tipificação de um crime.

Os objetivos iniciais de analisar a violência contra a mulher nos hospitais públicos e as possibilidades do parto humanizado foram parcialmente atendidos, visto que trazemos o assunto à reflexão; Nossa proposta de verificar implicações de possíveis moralismos sobre as práticas obstétricas e balizar as consequências da violência no parto tanto para a mãe quanto para o recém-nascido ficaram também parcialmente atendidas, pois não aplicamos nenhum instrumento de aferição das práticas. Apenas constatamos o que são as propostas de parto



humanizado; Não foi possível avaliar a qualificação e/ desqualificação de profissionais com relação à temática pelas mesmas razões anteriores.

No Quadro III - Possíveis pontos norteadores para analisar a temática, os tais pontos nos mostram a necessidade de investimentos em estudos que demonstrem especificamente o que está acontecendo no acompanhamento pré-natal e dentro das maternidades na assistência às mães, aos bebês e às famílias.

Qual o posicionamento do profissional de serviço social frente a esta realidade? E como intervir para modificar estas práticas? Creio que os profissionais desejam para si uma melhor prática profissional: seja plantão, no melhor atendimento ambulatorial, na assistência pré, peri e pós-parto; logo urge fomentar essa mudança, seja através de palestras, cursos de capacitação, conscientização sobre a temática, rodas de conversas com as usuárias e profissionais envolvidos, para novos aprendizados.

Temos no Serviço Social um desafio e uma lição a fazer, pois a violência obstétrica vai contra o código de ética o projeto ético político do Serviço Social, que destacam um assunto que não é exclusivo de mulheres e que tangencia o projeto de transformação social que desejamos, com a defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo.

Colocar esse assunto em pauta na academia ou fora dela não é tarefa simples, pois as transformações sócio-históricas afetam o nosso país e especialmente para as mulheres mais pobres, pois vivemos em momentos de desmonte da rede pública de saúde. Porém, destaca-se que existe um pragmatismo ético, que por vezes resvala no cinismo e na cumplicidade e para

combatê-lo devemos nos unir para o confronto democrático em torno da dimensão ética da profissão de Assistente Social.

Mesmo modestamente, e sob circunstâncias históricas adversas onde o neoliberalismo e o conservadorismo agem conjuntamente, a autora pretende propor uma reflexão à academia sobre esta temática específica, pois advogamos um “posicionamento em favor da equidade e justiça social, de modo a assegurar a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática”, conforme prevê o Código de Ética Profissional dos assistentes Sociais brasileiros.

O desafio para futuros trabalhos é aprofundar as discussões aqui apontadas a fim de fomentar os movimentos a favor do direito reprodutivo das mulheres e o direito de escolhas na hora do parto, sendo a mulher e o bebê protagonistas deste momento.

## 5.Referências

ANTUNES, Leda. **Expansão da rede de casas de parto no Rio de Janeiro ainda não tem data para sair do papel**, HUFFPOST, 21/05/2018, Disponível em: <[https://www.huffpostbrasil.com/2018/05/20/expansao-da-rede-de-casas-de-parto-no-rio-de-janeiro-ainda-nao-tem-data-para-sair-do-papel\\_a\\_23436414/?ncid=other\\_whatsapp\\_catgqis0hq&utm\\_campaign=share\\_whatsapp](https://www.huffpostbrasil.com/2018/05/20/expansao-da-rede-de-casas-de-parto-no-rio-de-janeiro-ainda-nao-tem-data-para-sair-do-papel_a_23436414/?ncid=other_whatsapp_catgqis0hq&utm_campaign=share_whatsapp)>, acessado em 23/10/2019.

ANTUNES, R. **Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 1: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social – Brasília: CEAD, 1999.

BASBAUM, Cláudio Basbaum. **Trabalho de parto normal dura em média de doze a catorze horas: O tempo de duração normalmente é mais curto em mulheres que já tiveram filhos**, Minha vida, 02/8/2016, <<https://www.minhavidade.com.br/familia/materias/17688-trabalho-de-parto-normal-dura-em-media-de-doze-a-catorze-horas>>, acessado em 10/10/2019.

BELLI, Mainá, CRUZ, Pierre e LEÃO, Vanessa. **Ventres sem lei, terra de ninguém**, Pós-Graduação em Jornalismo da Faculdade Cásper Líbero, Blog Violência Obstétrica, Disponível em: <<https://aviolenciaobstetrica.wordpress.com/legislacao-violencia-obstetrica/>> acessado em 24.08.2018.

BONETTI, Dilséa A. [et al.] (orgs.), **Serviço social e ética: convite a uma nova práxis**, 13a. ed., São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres: Violência Obstétrica “Parirás com dor”**.. Biblioteca do Senado: DF, 2012.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento**, Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Cadernos HumanizaSUS, Volume 4, Brasília – DF, 2014.

BRASIL. **Atenção Básica Atenção ao pré-natal de baixo risco**, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Cadernos de Atenção Básica, Ministério da Saúde, nº 32 1ª edição revista Brasília – DF 2013.

BRASIL. **Debatedoras cobram uso do termo violência obstétrica pelo Ministério da Saúde**, Câmara de Deputados, Agência Câmara de Notícias, Brasília, 02 de julho de 2019. Disponível em: < <https://www.camara.leg.br/noticias/561395-debatedoras-cobram-uso-do-termo-violencia-obstetrica-pelo-ministerio-da-saude/#:~:text=Diante%20da%20orienta%C3%A7%C3%A3o%20o%20minist%C3%A9rio,suas%20normas%20e%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas>>. acessado em 02/10/2019.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. et al. (Org) Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRITO, Anne Lacerda de. **Violência obstétrica: o que é isso?** Jusbrasil, 2003. Disponível em: < <https://annelbrito.jusbrasil.com.br/artigos/115355541/violencia-obstetrica-o-que-e-isso>>, acessado em 24.08.2018.

CAMACHO, Pri, **um olhar sensível para o seu novo ser**, Pri Camacho: Doula e terapeuta holística,< <https://www.pricamachodoula.com/>>, acessado em 15/10/2019.

CAVALCANTI, Ludmila F. e ZUCCO, Luciana P. **Política de saúde e serviço social, Serviço social e políticas sociais**, in:RESENDE, Ilma e CAVALCANTI, Ludmila Fontenele, Serviço Social e políticas sociais, Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 67-82

CLEMENTINO, Daiana dos Santos. **Precarização do Trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde: dilemas e desafios na atual conjuntura de crise**. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharel em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

CFM, **Processo-consulta CFM nº 22/2018 – Parecer CFM nº 32/2018**, Brasília: Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, 2018.

CORREA BRENES, Anayansi. **Parteiras: escolas de mulheres**, Belo Horizonte: NEMS - Núcleo de estudo de Mulher saúde - UFMG, 2008.

CORRÊA, Juliana Torres Alzuguir Snel. **Doula: entenda o papel desta acompanhante durante a gestação!** Corvida Curiosidades, 16 de agosto de 2016.<<http://www.cordvida.com.br/blog/doula-entenda-o-papel-desta-acompanhante-durante-gestacao/>>, 13/10/2019.

CRENSHAW, Kimberlé, **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**, Estudos feministas, 171, ano 10 172 1º semestre, 2002.

CRM, **Processo-Consulta CFM nº 22/2018, Parecer CFM nº 32/2018**, Conselho Regional do Distrito Federal, Relator Conselheiro Ademar Carlos Augusto, 23 de outubro de 2018. <<http://estaticog1.globo.com/2019/05/07/ParecerCFMViolenciaObstetrica.pdf>>, acessado 02/10/2019.

DEUS, Lara. **Parto humanizado: o que é, benefícios e depoimento**, Minha vida de mãe, s/data. <<https://www.minhavidade.com.br/familia/tudo-sobre/32879-parto-humanizado>>, acessado em 02/10/2019.

DOMINGUES, Filipe. **Ministério diz que termo 'violência obstétrica' é 'inadequado' e deixará de ser usado pelo governo**, Ciência e Saúde, G1, 07/05/2019. <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>, acessado em 19/07/2019.

FEBRAGO, **Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS**, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 23 Julho 2018. Disponível <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>>, acessado em 02/10/2019.

FEDERIC, Silvia. **Calibã e a bruxa, Mulheres, corpo e acumulação primitiva**, tradução Coletivo Sycorax, 2017.

FIOCRUZ, Pesquisa Nascer no Brasil, FIOCRUZ, 2019. <https://portal.fiocruz.br/video-nascer-no-brasil>, 2014, acessado em 02/09/2019.

FIORETTI, Bia Fioretti. **Nascer no Brasil**, Série Nascer no Brasil, Rio de Janeiro: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz, 2014.

FOUCAULT, Michel. **“V- Direito de morte e poder sobre a vida”**. In: História da sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2005. 16ª edição. (p. 125- 152).

HAMERMÜLLER, Amanda Hamermüller e UCHÔA, Thayse , **Brasil não possui lei federal que especifique esse tipo de violência**, Humanista, Jornalismo e Direitos Humanos, 2018.

HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça**, Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1, junho de 2014, pp. 61-73.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN, **Doula, Cuidado de mãe para filho**, Belo Horizonte, s/data e s/página, <<http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/doula/>>, acessado em 15/10/2019.

HUFFPOST BRASIL, Site oficial encerrou suas atividades no país no dia 24 de novembro de 2020, s/data.

KREUZ, Letícia. **Quando o governo proíbe o termo “violência obstétrica” em nome de uma conspiração socialista**, <<http://www.justificando.com/2019/05/07/quando-o-governo-proibe-o-termo-violencia-obstetrica-em-nome-de-uma-conspiracao-socialista/>> acessado em 24.09.2019.

LARA, Bruna de. **CFM põe the handmaid’s tale em prática ao determinar que o feto está acima de uma mulher** . The intercept Brasil, 19 de setembro de 2019, <<https://interc.pt/2LCmGpa>>, acessado em 19/9/2019.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2017.

MOARES, Eleonora. Parto humanizado, afinal o que é? Youtube, 09 de junho de 2017.

MOARES, Eleonora. Afinal, o que é o parto humanizado, Blog O despertar do parto, s/data. Disponível em: <<https://www.despertardoparto.com.br/blog---artigos-por-eleonora/afinal-o-que-parto-humanizado>>, Acessado em 24.08.2018.

PATEMAN, Carole. O Contrato Sexual. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

PEREIRA, Potyara A. P.. **A nova divisão social do bem-estar e o retorno do**

**voluntariado**, São Paulo, Cortez, No. 73, 2003, p. 75-100.

SANTOS, Maxwell. **Comensais do Caos**. Espírito Santo. Ed. Canto. 2015.

ODENT, Michel, **O renascimento do parto e do amor**, Florianópolis: Saint Germain, 2002. Estudos Feministas, 521, 2a semestre de 2002, Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/26366651\\_O\\_renascimento\\_do\\_parto\\_e\\_do\\_amor#:~:text=O%20renascimento%20do,10.1590/S0104%2D026X2002000200022](https://www.researchgate.net/publication/26366651_O_renascimento_do_parto_e_do_amor#:~:text=O%20renascimento%20do,10.1590/S0104%2D026X2002000200022)>. acessado em 02/10/2019.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2014 – 2017**, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro – 2013 Disponível em: <[http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)>, acessado em 02/10/2019.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, **Lista de Bairros e APs, Mapa, Município do Rio de Janeiro - Divisões Administrativas**, Instituto Pereira Obstétrica Passos, Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5148142/4145881/ListadeBairroseAPsMapa>>, acessado em 02/10/2019.

SENA, Lúgia Moreiras e TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres: relato de duas experiências**, Interface comunicação saúde e educação, 2017; 21(60):209-20 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>>, acessado em 10/10/2019.

SERRA, Maiane C. SAUCIA, da Silva AUCIA. **Uma dor além do parto: Violência em foco**. Revista de Direitos Humanos e Efetividade | e-ISSN: 2526-0022| Brasília | v. 2 | n. 1 | p. 128 - 147 | Jan/Jun. 2016.

SERRUYA, Nascimento Suzanne Jacob, LAGO, Tânia Di Giácomo e CECATTI, José Guilherme O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 4 (3): 269-279, jul. / set., 2004, Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/XzNYDhjZKvvMg5fqBvDjN9f/?format=pdf&lang=pt>>, acessado em 02/10/2019.

VARELLA, GABRIELA.LIMA, MARCELA. **Silenciadas: História de Violência na sala do parto**. São Paulo: editora, São Paulo, 2015.

WILHEIM, Joanna, **A caminho do nascimento: uma ponte entre o biológico e o psíquico**, Casa do Psicólogo, São Paulo, 2003.

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R., & HABIGZANG, L. F. (2017). **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão**, *Psicologia & Sociedade*, 2017. 29: e155043, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>, acessado em 02/10/2019.

ZORZELLA, Bráulio, **Violência obstétrica**, entrevista, Youtube, 2019.



**ANEXO - Recomendação da Organização Mundial de Saúde para as experiências de parto no mundo (Adaptado de *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*)**

Cuidados recomendados para todo o processo de nascimento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de maternidade respeitosos (mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus tratos e possibilitando apoio a escolha informada)</li> <li>• Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes.</li> <li>• Garantia do acompanhante durante o TP e parto</li> </ul>	
Cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto (TP)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar as definições dos estágios de TP: Primeiro estágio: latente (colo até 5cm) e ativo (colo &gt; 5cm).</li> <li>• A duração normal do primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente (a fase ativa geralmente não se prolonga além de 12hs em nulíparas e 10hs em múltiparas).</li> <li>• Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 15 a 30 min.</li> <li>• Toque vaginal a cada quatro horas.</li> <li>• São opções para alívio da dor: analgesia epidural ou opióides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina), e as medidas não farmacológicas, como as técnicas de relaxamento, massagens e compressas.</li> <li>• Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, pelas gestantes com baixo risco de necessitar de anestesia geral.</li> <li>• Encorajar a movimentação e uma posição vertical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar o critério de evolução da dilatação cervical inferior a 1cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados adversos e/ou como critério isolado para indicar intervenções (aumento da ocitocina ou indicar a cesariana). Também não são recomendadas intervenções de rotina na fase latente.</li> <li>• Realizar a pelvimetria clínica ou cardiocografia de rotina na admissão e/ou contínuo durante o trabalho de parto em gestações saudáveis com trabalho de parto espontâneo.</li> <li>• Tricotomia e enemas</li> <li>• Embrocção vaginal de rotina com antissépticos.</li> <li>• Manejo ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina).</li> <li>• Ocitocina de rotina quando realizado analgesia de parto.</li> <li>• Antiespasmódicos e/ou fluidos endovenosos para evitar atrasos no trabalho de parto.</li> </ul>
Cuidados no segundo estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo que geralmente é inferior a duas horas em múltiparas e três horas em nulíparas.</li> <li>• A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais.</li> <li>• Devemos orientar a paciente para realizar o puxo (empurrar) apenas seguindo seu próprio impulso.</li> <li>• Recomenda-se técnicas para reduzir o trauma perineal, como a massagem perineal, compressas quentes e a proteção perineal com as mãos.</li> <li>• Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 5 min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso rotineiro ou liberal da episiotomia.</li> <li>• Pressão manual do fundo do útero.</li> </ul>
Cuidados no terceiro estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração em todas as pacientes de ocitocina (10 UI, IM / IV). Se não estiver disponível, recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina / metilergometrina ou misoprostol).</li> <li>• Tração controlada do cordão.</li> <li>• Retardar o clampamento do cordão, se não houver contra-indicação (por pelo menos 1min).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.</li> </ul>
Cuidados com o recém-nascido (RN)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contato pele a pele do RN com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento.</li> <li>• Colocar o RN no peito o mais rápido possível (se clinicamente estáveis e a mãe desejar).</li> <li>• Todos os RN devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento.</li> <li>• O banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento.</li> <li>• Se possível, a mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto todo o tempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração em boca e nariz do RN se líquido amniótico for claro e respiração espontânea.</li> </ul>
Cuidados no puerpério	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24 horas.</li> <li>• Após um parto vaginal sem complicações, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24 horas após o nascimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia.</li> </ul>