

O PARTO E A AUTONOMIA DA MULHER: DE SUJEITO A OBJETO

THE CHILDBIRTH AND THE WOMAN'S AUTONOMY: FROM SUBJECT TO OBJECT

Victória Gabriela Brito Salgado*

RESUMO

O presente estudo aborda o processo de medicalização do corpo feminino e a hospitalização do parto, apresentando, inicialmente, breve histórico das alterações ocorridas desde o século XIX até os dias atuais, objetivando, assim, verificar como se deu a passagem do parto de um evento fisiológico e feminino para um evento médico e patológico. Após, discute-se a conjuntura atual dos partos no Brasil analisando, através de pesquisa bibliográfica, o excesso de cesáreas e as violências sofridas pelas mulheres brasileiras que passam pelo fenômeno do parto. Em vista disso, com o escopo de conscientizar e retomar a autonomia da mulher, tornou-se necessário não apenas conceituar e exemplificar as práticas de violência obstétrica, como também discorrer sobre a humanização e os direitos das gestantes.

Palavras-chave: Medicalização. Parto. Mulher. Autonomia. Violência obstétrica.

ABSTRACT

The present study approaches the medicalization process of the female body and the childbirth hospitalization, presenting, initially, a brief history of the changes that occurred since the nineteenth century until now, in order to verify how the childbirth changed of a physiological and feminine event to a medical and pathological event. After, it discuss the actual conjuncture of childbirth in Brazil, analyzing bibliographic and quantitative research performed by the author, the excess of cesarean section and the violence suffered by brazilian women who pass through the childbirth phenomenon. Because of this, with the aim of aware and restoring women's autonomy, it became necessary not just conceptualize and exemplify the obstetric violence, but also discuss about humanization and the rights of pregnant women.

Keywords: Medicalization. Childbirth. Women. Autonomy. Obstetric Violence.

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico, presente em todas as épocas, vivenciado pela maioria das mulheres, porém, seus procedimentos, atores e cuidados foram sendo alterados ao decorrer do tempo e é moldado de acordo com as circunstâncias sociais e culturais de cada sociedade (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2016).

* Graduanda do curso de Direito da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS,
e-mail: vic_toriagabriela@hotmail.com.

Com o advento do capitalismo industrial e, principalmente, a partir da metade do século XX, é percebida de forma mais acentuada a passagem do parto de um evento natural, íntimo, realizado em casa, por mulheres, onde a parturiente detinha autonomia e plena liberdade de seu corpo para um evento patológico e medicalizado (LEÃO et al., 2012). Medicalizar significa transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina (NAGAHAMA; SANTIAGO apud MILES, 1991).

Não há dúvidas de que a hospitalização, o avanço da medicina e da tecnologia proporcionaram uma queda na mortalidade tanto materna quanto do neonatal, por outro lado, a mulher perdeu sua individualidade, autonomia e sexualidade. Como acentua Nagahama e Santiago (2005) a medicalização do parto e do corpo feminino transformou o papel da mulher, que passou de sujeito para objeto.

A realidade atual do parto no Brasil é problemática, visto que, como afirma Seibert e colaboradores (2005), basicamente todos os partos são realizados em hospitais, o número de cesárias está entre os mais altos do mundo, correspondendo a 56,7% dos nascimentos, sendo 85% nos serviços privados e 40% nos serviços públicos (CONITEC, 2016), além da realização de práticas indiscriminadas e desnecessárias, como a episiotomia (corte realizado para aumentar a abertura do canal vaginal), manobra de kristeller (pressão na parte superior do útero para acelerar a expulsão do feto), aplicação de hormônios para tornar o parto mais rápido, não permitir o contato entre a mãe e seu filho logo após o parto, proibição de acompanhante, entre outras práticas que são cometidas contra as gestantes e recém-nascidos, desrespeitando diversos direitos fundamentais¹.

Tais práticas denominam-se violência obstétrica, que é uma das espécies da violência contra a mulher e um problema de saúde pública que precisa ser combatido. A violência obstétrica pode ser definida como todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período pós-parto/puerpério².

A Constituição brasileira de 1988 elenca um rol de direitos fundamentais, não há de se falar em democracia sem o reconhecimento destes direitos e a violência obstétrica, indiscutivelmente, constitui uma violação a diversos deles, podemos citar: violação ao princípio da dignidade da pessoa humana, à integridade física, intimidade, o direito à saúde.

O presente artigo, através de pesquisas bibliográficas, tem por objetivo refletir e analisar a evolução e modificação dos procedimentos na realização do parto do século XIX até a contemporaneidade, explanar os principais problemas e violências sofridas pelas parturientes no Brasil, possíveis formas de empoderar e retomar a autonomia da mulher, além de abordar as legislações relativas ao tema.

¹ Direitos fundamentais são aquelas posições jurídicas que investem o ser humano de um conjunto de prerrogativas, faculdades e instituições imprescindíveis para assegurar uma existência digna, livre, igual e fraterna de todas as pessoas. (CUNHA JUNIOR, 2017, p. 494)

² Conceito presente no art. 2º da lei nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017 do Estado de Santa Catarina.

Considerando a relevância de tal estudo, faz-se necessária a busca por uma maior conscientização por parte das mulheres para que estas sejam influenciadas de forma positiva, tomando conhecimento dos seus direitos, tendo possibilidade de retorno a sua posição de sujeito ativo antes, durante e posterior ao momento do parto.

2 DO DOMICÍLIO AO HOSPITAL

O processo de medicalização do corpo feminino, como ressalta Vieira (1999), teve início muito antes da institucionalização do parto como um evento hospitalar, tendo em vista que, já no final do século XVI, o cirurgião inglês Peter Chamberlain cria o fórceps, instrumento utilizado para extrair os bebês em casos de partos difíceis. Este pode ser considerado um dos principais marcos da passagem do parto de um evento feminino para um evento controlado essencialmente por homens (SEIBERT et al., 2005).

Entretanto, a disputa entre médicos e parteiras estendeu-se por séculos, aos poucos as mulheres foram sendo desapropriadas de seus saberes e domínios, mas essa inversão se deu quase que totalmente apenas a partir do século XIX e, é enfim concretizada, ao decorrer do século XX (FRANCO, 2015).

Antigamente, o parto estava ligado à família, autonomia, feminilidade, era um evento íntimo, as parteiras aprendiam tradicionalmente, por experiência própria e assim construía um conhecimento sobre os corpos femininos. A medicina, pelo contrário, como afirma Franco (2015), ao se consolidar e atingir monopólio sobre o corpo da parturiente, predominantemente formada por homens, exclui as parteiras e adentra em um campo que foi historicamente ocupado por mulheres, sem ter o devido conhecimento sobre o corpo feminino. A autora supracitada (2015, p.05) ainda afirma que: “as experiências de violência obstétricas são verificadas desde o início da hospitalização do parto, apesar disso, cada vez mais o parto medicalizado foi associado a civilidade.”

O advento do capitalismo industrial possibilitou a consolidação do exercício monopolizado dos médicos, entretanto, segundo Seibert e seus colaboradores (2005), foi necessário todo o século XIX para que fossem desenvolvidas novas técnicas de cirurgia para a realização dos partos. O discurso médico a partir de tal século caracterizou-se, pois, pela defesa da hospitalização, criação de maternidades e por colocar em dúvida a competência das parteiras.

Assim, com o aprimoramento do saber médico, o índice de mortalidade materna e neonatal diminuiu, contribuindo para uma aceitação da hospitalização, porém, como já exposto, a mulher, em contrapartida, perde sua individualidade e autonomia (SEIBERT et al., 2005).

Com a chegada do século XX, a institucionalização da assistência ao parto e sua realização hospitalar são consolidados de forma definitiva, assim, há um afastamento da figura feminina como parteira, o corpo da mulher é medicalizado, a gestante perde sua autonomia, torna-se objeto do evento e não mais sujeito, é distanciado da família, do ambiente acolhedor do seu lar, além de não mais escolher a posição ou a forma de realização do seu parto.

Sobre esta questão, Nagahama e Santiago (2005, p. 656) afirmam que:

Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento.

Consoante, afirma Seibert e colaboradores (2005, p. 248):

A consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto acontece meados do século XX, juntamente com o surgimento das grandes metrópoles e a criação de hospitais, marcando o fim da feminilização do parto, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, utilização de fórceps profilático e episiotomias desnecessárias.

Assim, no século XX, o modelo hospitalar já estava monopolizado, conforme afirma Diniz (2005, p.03), “na metade do século 20, o processo de hospitalização do parto estava instalado em muitos países, mesmo sem que jamais tivesse havido qualquer evidência científica consistente de que fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto.”

Percebe-se, pois, que o parto, de forma gradual, foi retirado do ambiente domiciliar e passou a ser realizado no hospital, ambiente este que não foi planejado para propiciar conforto psicológico ou humanitário para as mulheres, mas sim, para atender as necessidades e conveniências dos profissionais de saúde. A medicina transformou um evento fisiológico em patológico, transformou o parto em algo não natural, distante da mulher, que necessita constantemente de cuidados médicos, tornando o processo do parto, muitas vezes, uma experiência traumática para a gestante (DINIZ, 2001; SEIBERT et al, 2005).

3 O PARTO NO CENÁRIO ATUAL BRASILEIRO: violência obstétrica e o excesso de cesáreas

Na conjuntura atual, os partos no Brasil ocorrem predominantemente em hospitais (98,4%) e em média 88,7%³ são assistidos por médicos, além disso, a taxa de cesarianas, como já ressaltado, está entre as mais altas do mundo (LANSKY et al, 2014).

A cesariana, em geral, deve ser realizada quando o trabalho de parto é contraindicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja alcançado com segurança, como no caso de pré-eclâmpsia grave, câncer genital, formas graves de diabete (BRASIL, 2008), entretanto, este tipo de parto vem se tornando cada vez mais frequente de forma eletiva, ou seja, as cesáreas estão sendo realizadas sem necessidade clínica. É percebido, pois, que a situação está distante do ideal. Em declaração apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre taxas de cesáreas (2015), foi afir

³ Dados extraídos do Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

mado que o percentual reconhecido pela comunidade médica internacional como ideal deve variar entre 10 e 15%, tendo em vista que, não existem evidências de que tal prática traga benefícios às mulheres ou aos neonatos que não necessitam da cirurgia, pelo contrário, por se tratar de uma intervenção cirúrgica, por si só, oferece riscos.

Afirmam Sauaia e Serra (2016, p.130):

Os índices alarmantes de cesáreas estão intrinsecamente relacionados a ideações culturais introjetadas a partir das quais o parto cesariano é uma forma mais moderna e higiênica de parto, sendo uma escolha para as gestantes que tem maior poder aquisitivo, enquanto o parto normal é tido como feio, primitivo e sujo.

É indiscutível que o modelo de atenção obstétrica brasileiro é extremamente intervencionista, fato este ligado a questões culturais, representando, pois, um reflexo do processo de medicalização do corpo feminino. Esta medicalização atrelada a presença de intervenções coercitivas e desnecessárias antes, durante e após o evento do parto, prejudica tanto a integridade física quanto psíquica da mulher (SEIBERT, et al, 2005).

Outrossim, pode-se afirmar que a violência obstétrica corresponde a uma forma específica de violência de gênero, uma vez que, como afirmam Sauaia e Serra (2016, p.129): “[...] há utilização arbitrária do saber por parte de profissionais de saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes.”

Consoante, pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 confirma os argumentos expostos até então, tendo em vista que, foi constatado que uma em cada quatro mulheres (25%) declarou já ter sofrido violência no parto, com destaque para: não explicação dos procedimentos adotados, gritos, humilhações, negativa de atendimento, procedimentos dolorosos e negligência (PEREIRA, 2015).

3.1 Dos atos que caracterizam a violência obstétrica

Frases como “cala boca”, “na hora de fazer não doeu”, são comumente ouvidas por mulheres que muitas vezes acreditam que devem se calar frente aos abusos e desrespeitos sofridos por parte dos profissionais de saúde, porém, violência obstétrica não se restringe a agressões verbais. Violência obstétrica corresponde a todo e qualquer ato praticado contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, implicando em grave violação de direitos humanos, podendo ser praticada não só por profissionais de saúde como também por civis, além de possuir caráter físico, psicológico, sexual, institucional ou até mesmo material (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

As violências de caráter físico são aquelas que incidem sobre o corpo, que causam dor ou dano, como privação de alimentos, manobra de kristeller (pressão na parte superior do útero para acelerar a expulsão do feto), uso de ocitocina artificial para acelerar o parto, tricotomia (raspagem de pelos), cesárias eletivas (são aquelas realizadas sem indicação clínica, apenas por conveniência, seja dos profissionais de saúde, ou da própria mãe) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Já as de caráter psicológico são as ações verbais ou comportamentais que causam sentimento de inferioridade, abandono ou medo na parturiente. As de caráter sexual são aquelas ações impostas que violam a intimidade, integridade sexual e reprodutiva da mulher, como a episiotomia (corte para aumentar a abertura do canal vaginal), exames de toque invasivos, práticas sem consentimento, imposição da posição litotomia na realização do parto (corpo deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionado a 90°).

As institucionais são as práticas que dificultam o acesso da mulher aos seus direitos, como impedir acesso à serviços, proibição de acompanhante, impedir à amamentação, entre outras práticas. Por fim, as de caráter material, são aquelas condutas que objetivam retirar recursos financeiros da mulher, como cobranças indevidas por plano de saúde ou indução a contratação do plano na modalidade privada (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

4 BUSCA PELO RETORNO DA AUTONOMIA: a humanização

Humanizar é um termo polissêmico, e por isso, é utilizado por diferentes atores sociais, possuindo diferentes interpretações e recriações. A humanização do parto, segundo interpretação adotada neste artigo, expressa uma mudança na compreensão do fenômeno do parto, que deve voltar a ser visto como uma experiência humana, um processo fisiológico natural e não mais como um evento patológico (SEIBERT et al, 2005).

O parto humanizado não é apenas aquele realizado na água, sem intervenções médicas, em casa, a humanização corresponde a qualquer parto no qual a mulher seja posta como sujeito ativo, tendo seus direitos respeitados, desfrutando de plena autonomia para escolher a posição do seu parto, local, presença de acompanhantes, seja ele vaginal ou cesárea. Deve sim ser realizado com o mínimo possível de intervenção, desde que seja compatível com a segurança da mãe e da criança.

Consoante com ideal trazido por Diniz (2002), a humanização do parto corresponde a uma forma de garantir uma assistência baseada em evidências científicas e na segurança da parturiente e do neonatal, e não na conveniência de instituições ou profissionais. Humanizar é resgatar a autonomia da mulher, é adequar o parto a cada mãe, pai ou familiar envolvido no nascimento.

Autonomia, segundo Leão e colaboradores (2012) significa reconhecer o direito do indivíduo de ter sua própria maneira de compreender, de fazer escolhas, de poder agir de acordo com valores e crenças pessoais. Assim, a autonomia torna-se imprescindível não apenas no exercício do direito à saúde, como também deve ser resgatada pelas mulheres como condição de cidadania, um valor fundamental da sociedade democrática.

Já é possível observar no país um alargamento do movimento pela humanização do parto, uma busca por formas alternativas de gestação, é evidente que a maioria dos partos ainda ocorrem em ambiente hospitalar, na presença de médicos, enfermeiros e obstétricos, porém, outras formas de atendimento estão sendo introduzidas aos poucos, como as casas de parto normal, os partos realizados em domicílio com

a presença de doulas, o parto na água, o parto leboyer (parto realizado num ambiente escuro, silencioso, ocorrendo imersão em água morna, objetivando proporcionar a sensação de aconchego e retorno ao útero)⁴, entre outros, todos visando proporcionar um atendimento mais humanizado e acolhedor às mulheres (VENDRÚSCOLO e KRUEL, 2015).

Consoante, afirma Seibert e colaboradores (2005, p. 250):

Devemos incorporar o novo conceito de atenção à saúde, que ressalta a garantia de qualidade de vida desde o nascimento, com uma assistência humanizada, evitando-se intervenções desnecessárias, e preservando a privacidade e autonomia da mulher cidadã.

A Rede Parto do Princípio é um exemplo de grupo composto por usuárias do sistema de saúde brasileira que luta contra a banalização das cesáreas, pela promoção da autonomia das mulheres, pelo parto ativo, atuando na defesa e promoção de direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Uma das ações realizada pela rede é a formação de parcerias com grupos presenciais para gestantes, formando o Grupos Apoiados pela Parto do Princípio (GAPPs), presentes em 22 Estados brasileiros (FRANCO, 2015).

Acreditamos que a mulher deve ser protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados, que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos (PARTO DO PRINCÍPIO 2012, p. 07).

Ações como esta são de extrema relevância para dar maior visibilidade a luta pela humanização do parto, conscientizar as mulheres de seus direitos enquanto parituriente e cidadã, além de proporcionar um maior combate contra a violência obstétrica, buscando melhorias no modelo médico-hospitalar que é ofertado atualmente no Brasil. Outras formas de parir são possíveis e estas, devem ser conhecidas e oferecidas a todas as mulheres.

5 VIOLAÇÃO AOS DIREITOS DA GESTANTE

Pelo exposto, percebe-se que a violência obstétrica desrespeita diversos preceitos fundamentais e viola os direitos humanos das mulheres. Os abusos, desrespeito, maus-tratos que as mulheres sofrem por parte das instituições de saúde, constituem grave ameaça ao direito à vida, integridade física, autonomia, o direito a uma assistência digna e respeitosa, além de violar o direito à saúde.

⁴ Para maior aprofundamento relativo aos tipos de parto consultar: Maldonado, Maria Tereza. Psicologia da Gravidez: parto e puerpério. 16ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

Consoante declaração da OMS (2014), as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações, usufruindo plenamente de sua saúde física, mental, sexual e reprodutiva.

No Brasil, o cenário é problemático, tendo em vista que, a violência obstétrica, ao contrário de outros países da América Latina, como a Argentina e Venezuela, ainda não foi tipificada, ou seja, não foi caracterizada por um instrumento legal em âmbito federal, o que dificulta às denúncias e punições deste violência, contribuindo para sua invisibilidade (PEREIRA, 2015).

Existem leis, portarias, dispositivos técnicos que, de certa forma, envolvem a temática, os que visam por exemplo, estabelecer uma prestação de serviços baseadas na humanização, um atendimento seguro, adequado, com planejamento reprodutivo, como a Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, ou a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108 de 2005), que institui o direito a parturiente a presença de um acompanhante da sua escolha em todas as fases da gestação (PEREIRA, 2015).

Tais dispositivos, entretanto, por não possuírem previsão de punição para quem os descumpram, dificilmente apresentam uma efetiva aplicabilidade. Por isso, muitos hospitais afirmam desconhecer a lei, cobram taxas a mais para que seja permitido a presença de um acompanhante ou fazem restrição ao gênero, assim, impedem que a mulher exerça seus direitos (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; PEREIRA, 2015).

Atualmente, já existem leis em âmbito estadual sobre violência obstétrica, como a Lei nº 17.097/2017 de Santa Catarina, que cria mecanismos de divulgação e combate a prática, delimita as ações que podem ser consideradas violência obstétrica, como também estabelece punições pelo seu descumprimento, entretanto, ainda não há leis aprovadas em âmbito nacional.

Conquanto, cumpre salientar que, desde 2014, há iniciativa de lei objetivando a caracterização da violência obstétrica no Brasil em âmbito federal, o primeiro projeto neste sentido foi o de nº 7633 de 2014. Hoje, tal projeto, tramita conjuntamente aos de nº 8219 e nº 7.867, propostos em 2017. Tais projetos trazem definições das práticas que podem ser consideradas violência obstétrica e estabelecem as sanções aplicáveis, que vão de multa a dois anos de prisão (VITAL, 2017).

Na justificativa do Projeto de Lei nº 7633 de 2014, proposta pelo deputado Jean Wyllys, consta: “pela relevância da temática e, ainda, como forma de coibir toda e qualquer violência contra a mulher, conto com os nobre Pares para a aprovação deste projeto de Lei, que busca tratar da humanização da assistência à mulher e ao seu concepto [...]”

Segundo o Dossiê “Parirás com Dor” (2012), é preciso fazer cumprir os dispositivos legais já existentes, corrigir aqueles que venham a prejudicar o direito das mulheres e criar novos para que seja possível assegurar o cuidado com a qualidade e humanização dos partos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo é possível perceber como o evento do parto sofreu modificações ao decorrer do tempo. O parto, de forma gradativa, foi retirado do âmbito doméstico, perdeu seu caráter feminino e fisiológico e passou a ser um evento hospitalar, patológico, dominado pela figura masculina.

Apesar deste modelo intervencionista hospitalar adotado no Brasil ter, de certa forma, contribuído para uma queda da mortalidade materna e neonatal, em contrapartida, a mulher foi destituída de sua autonomia, passou de sujeito ativo à objeto no fenômeno do parto. Além disso, as intervenções ocorridas, muitas vezes de forma indiscriminada, sem necessidade clínica e sem comprovação de uma real efetividade, violam diversos direitos das mulheres, contribuindo para um alargamento tanto das cesáreas eletivas quanto das diversas práticas que caracterizam a violência obstétrica.

Assim, a ampliação da autonomia da mulher, seu retorno como sujeito ativo no processo de gestação, a realização de partos humanizados, ou seja, onde a mulher desfrute plenamente de seus direitos, crenças e tenha suas preferências respeitadas é necessário para que haja melhorias no modelo médico-hospitalar posto em prática no país. A população precisa estar informada sobre seus direitos e deveres, sobre a violência obstétrica e suas formas de combate.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Lei nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017, dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Câmara dos Deputados, Santa Catarina.

_____. Projeto de Lei nº 7633, de 37 de maio de 2014 dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Câmara dos Deputados, Brasília.

_____. Projeto de Lei nº 8219 de 10 de julho de 2017 dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Câmara dos Deputados, Brasília.

_____. Projeto de Lei nº 7.867 de 13 de junho de 2017 dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Câmara dos Deputados, Brasília.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.

CUNHA JÚNIOR, Dirley. Curso de Direito Constitucional. 11. ed. Bahia: Juspodivm, 2017.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo, 2001

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019> Acesso em: 18/07/2018.

FRANCO, Luciele Mariel. Brasil em trabalho de parto: processos de medicalização do parto e a resolução nº 368 da ANS. 2015. Disponível em: <<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/enl32.pdf>> Acesso em: 18/07/2018.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>> Acesso em: 20/07/2018.

LEÃO, Miriam Rêgo de Castro. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e à autonomia das mulheres. 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/46310/Reflex%C3%B5es%20sobre%20o%20excesso%20de%20cesarianas%20no%20Brasil%20e%20a%20autonomia%20das%20mulheres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 11/07/2018.

MILES A. Women, Health and Medicine. Open University Press, Milton Keynesm Filadélfia. 1991.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida e SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2005 . Disponível em : <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/a_institucionalizacao_medica_do_parto_no_brasil.pdf> Acesso em: 11/07/2018.

Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3> Acesso em: 25/07/2018.

Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?jsessionid=9825A7C9549C6717EF1DCF61B47D40A4?sequence=3> Acesso em: 25/07/2018.

PEREIRA, Desirée Marques. Violação ao Direito à saúde das mulheres no parto: uma análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia do TJDF sob a ótica da violência obstétrica. 2015 Disponível em <<http://bdm.unb.br/handle/10483/12509>> Acesso em: 20/07/2018.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. 2012. Disponível em:< <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em: 20/07/2018.

SAUAIA, Artenira da Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. 2016. Disponível em: <<http://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>> Acesso em: 20/07/2018.

SCHWARTZ, Germano. Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. Revista de Enfermagem UERJ. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>> Acesso em: 11/07/2018.

VENDRUSCULO, Cláudia Tomase e KRUEL, Cristina Saling. A história do parto: do domicílio ao hospital: das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. Disponível em: <<https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/viewFile/1842/1731>> Acesso em: 11/07/2018

VIEIRA, Elisabeth Meloni A medicalização do corpo feminino. Questões da saúde reprodutiva. Fiocruz, 2002. Rio de Janeiro.

VITAL, Antonio. Três Projetos de lei sobre violência obstétrica tramitam em conjunto na Câmara. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/542432-TRES-PROJETOS-DE-LEI-SOBRE-VIOLENCIA-OBSTETRICA-TRAMITAM-EM-CONJUNTO-NA-CAMARA.html>> Acesso em: 11/07/2018.