



DIREITOS DAS MULHERES NO PARTO

Conversando com profissionais
da saúde e do direito



ORGANIZAÇÃO
Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde

ELABORAÇÃO DOS TEXTOS
Bianca Zorzam
Priscila Cavalcanti

COLABORADORES
Tales Furtando Mistura
Maira Fernandes Bittencourt
Paula Prates
Priscila Ribeiro Raspantini
Valéria Ribeiro Raspantini
Vinicius do Nascimento

REVISÃO DE CONTEÚDO
Bianca Zorzam
Priscila Cavalcanti
Halana Faria de Aguiar Andrezzo

REVISÃO DE TEXTO
Claudia Malinverni

CAPA E PROJETO GRÁFICO
Thereza Almeida

ILUSTRAÇÕES
Laurabeatriz

Ano da 1ª edição/2017

Dados Internacionais de Catalogação
na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

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

Vários colaboradores.
Bibliografia

1. Crimes contra mulheres 2. Direito das
mulheres 3. Direitos humanos 4. Humanização
dos serviços de saúde 5. Parto (Obstetria) -
Aspectos sociais 6. Parto (Obstetria) - Obras
de divulgação 7. Parto (Obstetria) - Violência
8. Parto normal 9. Violência contra mulheres
I. Cavalcanti, Priscila. II. Título.

16-08634

CDD-362.88082

Índices para catálogo sistemático:

1. Direito das mulheres no parto : Problemas
sociais 362.88082

DIREITOS DAS MULHERES NO PARTO

Conversando com profissionais
da saúde e do direito

Bianca Zorzam

Priscila Cavalcanti





SUMÁRIO

Por que uma cartilha para profissionais? 7

Prefácio 9

Para os(as) profissionais do direito 11

O que é violência obstétrica e como nós, profissionais de saúde, podemos proteger os direitos humanos das mulheres na assistência ao parto? 13

Infrações aos direitos humanos das mulheres 15

Abuso Físico 16

Não respeitar o direito à integridade corporal das mulheres e não oferecer o melhor para sua saúde 16

O abuso físico através do uso rotineiro da episiotomia (corte realizado na vagina das mulheres no momento do nascimento) 20

O abuso físico através da realização da cesárea sem indicação 22

Práticas sem consentimento 24

Violência verbal e emocional 26

Discriminação a atributos específicos 30

Classe social e condição étnica 30

Coerção à autodeterminação e autonomia das mulheres 32

Falta de informação sobre os tipos de parto 34

O que a Constituição Federal diz sobre a questão da violência obstétrica 37

Como nós, profissionais de saúde, podemos ajudar as mulheres? 43

Como nós, profissionais do direito, podemos ajudar as mulheres? 44

Referências 46



POR QUE UMA CARTILHA PARA PROFISSIONAIS?

Esta cartilha foi pensada para todo(as) profissionais que queiram saber sobre os direitos das mulheres na assistência ao parto, em especial médicos(as), enfermeiros(as), obstetizes, técnicos(as) de enfermagem e também advogados(as) que atualmente trabalham com o tema da violência obstétrica.

Desejamos que esta seja uma oportunidade para repensar a nossa prática e, sobretudo, ouvir as mulheres e entender o que significa para elas e para os direitos humanos a violência obstétrica.

Ótima leitura,

Bianca Zorzam

Priscila Cavalcanti



PREFÁCIO

O lançamento desta cartilha é mais um sinal dos tempos da mudança da assistência ao parto no Brasil. Profissionais do direito explicam a profissionais do direito e profissionais da saúde explicam para os profissionais da saúde do que trata este termo novo, a violência obstétrica. Essas explicações são necessárias frente ao estranhamento de muitos profissionais: o que aconteceu que está sendo chamado de “violência”? Isso que as mulheres reclamam não é para o bem delas?

O que aprendemos na nossa formação, na prática, era que as mulheres têm seus direitos suspensos pela maternidade. Seu direito à condição de pessoa, seu direito à integridade corporal, seu direito à equidade e à diversidade não valiam mais, pois a maternidade é sacrifício, e qualquer desobediência de sua parte seria, segundo aprendemos, uma ameaça à segurança do bebê. Como parturiente, ela deveria aceitar ser fisicamente imobilizada, mantida sem água nem comida, sem a presença de ninguém de sua confiança. Deveria aceitar uma fila de pessoas desconhecidas introduzindo os dedos na sua vagina, para seu própria bem.

A cartilha mostra que há uma mudança na interpretação dos fatos, motivada pelo acesso à informação (via internet, redes sociais, movimentos de mulheres), antes restrita ao médico, que detinha igualmente a autoridade final sobre cada um dos detalhes da assistência à gravidez e ao parto. Hoje, as mulheres que sofreram um Kristeller sabem que existem sites específicos que informam sobre os procedimentos que são aceitáveis e os que são proscritos o direito a acompanhante, objeto de lei paulista desde o século passado e lei federal desde 2005. Sabem que no Reino Unido, desde 1981, uma episiotomia sem consentimento pode ser considerada lesão corporal desde 1981. Sabem que as humilhações verbais no parto, frequentemente de caráter sexual, são eticamente inaceitáveis. Sabem, pela imprensa leiga

e especializada, dos riscos para a saúde no longo prazo para os nascidos de cesárea, como, por exemplo, maiores chances de desenvolver diabetes, asma e alergias, além de certos tipos de câncer procuram serviços que aumentem suas chances de um parto espontâneo. Sabem pelos movimentos sociais que os abusos no parto vaginal servem a conflitos de interesse que precisam ser enfrentados. Como dizem os movimentos, “chega de parto violento para vender cesárea”. E dizem: chega!

Parabéns ao Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde por esta publicação tão atual e importante.

Simone G. Diniz

Professora Associada
Departamento de Saúde Materno-infantil,
Faculdade de Saúde Pública – USP

PARA OS(AS) PROFISSIONAIS DO DIREITO

As demandas por reparação à violação dos direitos durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato têm sido cada vez mais frequentes. De intervenções injustificadas, passando por maus tratos verbais, até o frontal descumprimento de leis, como a do Acompanhante, a mulher vem sofrendo danos sucessivos aos seus direitos e não mais fica calada.

Os(as) operadores do direito, sejam advogados(as), promotores(as), defensores(as), juízes(as) ou conciliadores(as), precisam conhecer a questão e se sensibilizar frente ao tema, para que as solicitações de clientes e o mérito de processos no judiciário não seja uma surpresa.

A ideia desta cartilha é trazer ao(à) operador(a) do direito a conceituação sobre a matéria e a indicação de referencial legislativo e bibliográfico, para que seu trabalho seja possível.

A atuação em violência obstétrica reveste-se de caráter técnico e profissional, mas também demanda uma atuação política e o exercício de cidadania.

Esperamos que este trabalho traga um pouco mais de luz para o tema.

Boa leitura!

Priscila Cavalcanti



O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E COMO NÓS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PODEMOS PROTEGER OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO?

É importante que todo(a) profissional no campo da assistência à saúde da mulher, especificamente no pré-natal e parto, conheça e respeite os direitos reprodutivos femininos. Esses direitos, que devem direcionar as práticas de cuidado, fazem parte de uma conquista histórica no plano político para a redução das desigualdades de gênero e melhoria dos indicadores de saúde das mulheres e bebês.

Os direitos reprodutivos se estabelecem em quatro grandes pilares: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade. A partir deles, os órgãos oficiais de saúde formulam suas preconizações, assegurando que os direitos humanos sejam cumpridos no âmbito da saúde, através de seus comitês reguladores.

No Brasil, o descumprimento dos direitos humanos das mulheres no parto tem sido tema polêmico na saúde pública¹. Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010)², uma em cada quatro brasileiras sofre algum tipo de violência durante o parto, dentre as quais: violência verbal (como xingamentos, frases de conotação sexual) e violência física (procedimentos dolorosos e desnecessários, sem consentimento). O mesmo foi visto em pesquisa recente, realizada pela internet, que alcançou quase 2 mil mulheres³.

Há um grande movimento das próprias usuárias de saúde para tornar visível o tema da violência obstétrica. O curta *Violência obstétrica: a voz das brasileiras*⁴ e o *Projeto 1:4*⁵ são materiais importantes produzidos pelas mulheres, que legitimam a necessidade de debate do tema pelos(as) profissionais de saúde.

Diversos estudos apontam para a existência de maus-tratos, tratamento grosseiro e uso de intervenção dolorosa, no Brasil e em outros países.^{6,7}

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomende a atenção aos partos de baixo risco com o mínimo de intervenções possíveis, e reconheça a problemática da violência obstétrica nos serviços⁸, as taxas de cesárea têm crescido em diversos países.⁹ Esse aumento excessivo está associado a maiores riscos de morbimortalidade para mulheres e bebês.¹⁰

As mulheres, de maneira rotineira, têm seus partos acelerados com ocitócitos, episiotomia, fórceps e manobras arriscadas, como a denominada Kristeller.^{11,12,13} Além disso, o direito à presença de um acompanhante tem sido desrespeitado – de acordo com a pesquisa Inquérito Nacional Nascer no Brasil, 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 18,8% tinham companhia contínua, 56,7% tiveram acompanhamento parcial.

O abuso de intervenções desnecessárias na assistência ao parto tem sido visto como uma violação aos direitos humanos das mulheres.^{14,14,16} Apesar das preconizações da OMS (1996) sobre o mínimo de intervenções na assistência ao parto, os dados disponíveis no Brasil apontam para o descumprimento dessas recomendações.¹⁷

Decidimos utilizar as especificações dos direitos humanos das mulheres na experiência do parto realizadas pela White Ribbon Alliance (WRA)¹⁸, com as devidas adequações da tradução para o português. Essa organização desenvolveu material específico sobre o tema da violação de direitos humanos no parto, a partir de todas as convenções e declarações internacionais acerca dos direitos humanos. Entendemos que dessa forma é possível tornar mais claro aos(às) profissionais quais as práticas habituais da assistência implicam violações aos direitos humanos das mulheres no parto.

As declarações de usuárias dos sistemas de saúde, presentes neste material, fazem parte de uma pesquisa de mestrado intitulada “Informação e escolhas no parto: perspectivas das

mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar”¹⁹, permitindo que haja representatividade das próprias mulheres nessa produção. Os nomes não constam neste material para preservação de suas identidades.

Esperamos que cada profissional possa entender o que de fato são os direitos das mulheres no parto e de que maneira cada um(a) pode contribuir em sua prática para que cada mulher e sua família possam viver essa experiência da forma mais digna e saudável possível.

INFRAÇÕES AO DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

Cada infração aos direitos das mulheres será discutida e ilustrada com fragmentos de falas de usuárias de saúde que sofreram violência obstétrica:

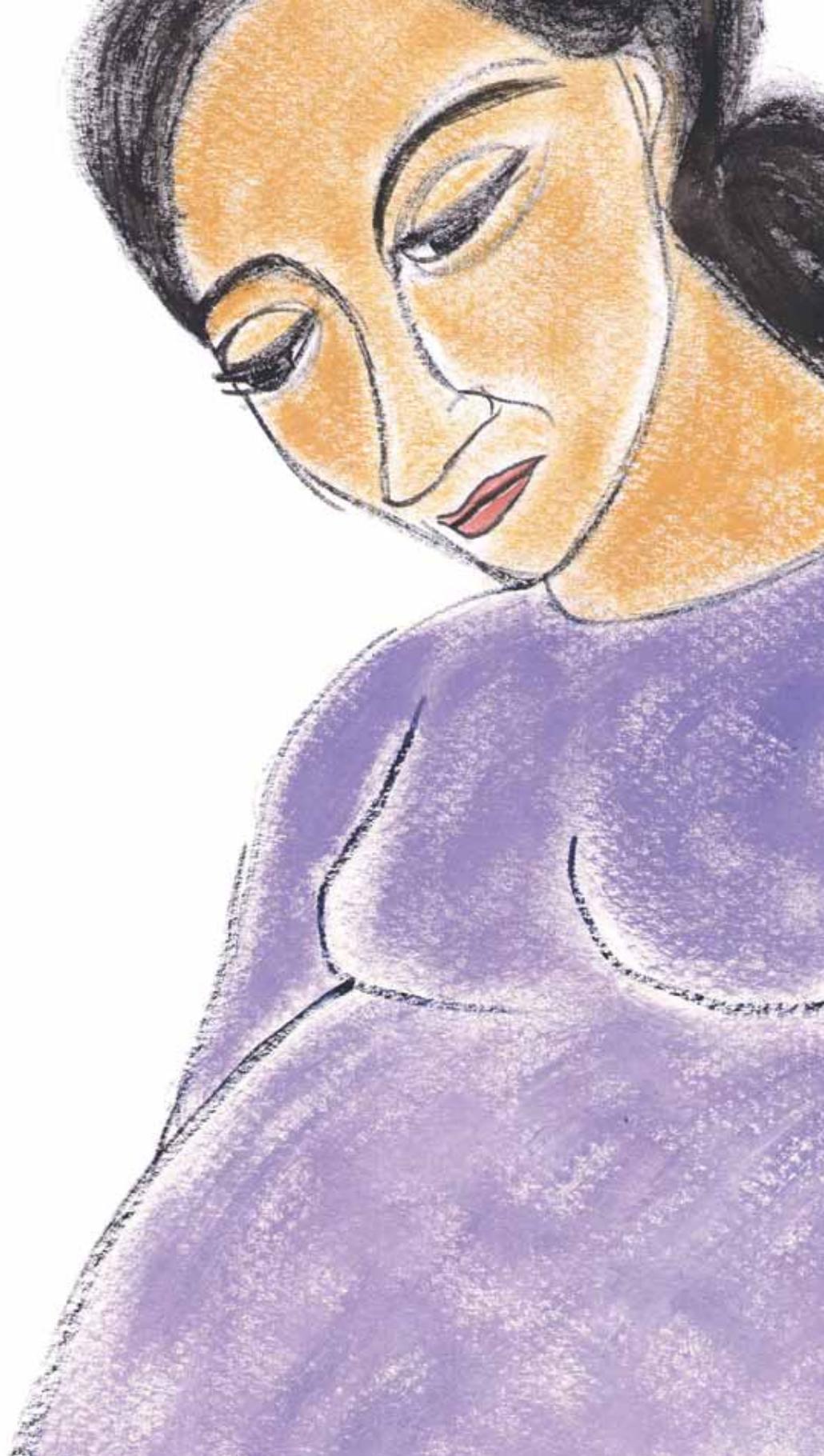
- abuso físico
- prática sem consentimento
- violência verbal e emocional
- discriminação a atributos específicos
- coerção à auto-determinação e autonomia das mulheres

ABUSO FÍSICO

Não respeitar o direito à integridade corporal das mulheres e não oferecer o melhor para sua saúde.

A seguir, elencamos algumas das intervenções mais utilizadas na prática obstétrica, mas que são definidas como claramente prejudiciais no parto, segundo a OMS. São entendidas, portanto, como violência, uma vez que causam mais danos que benefícios à saúde das mulheres.

- OCITOCINA DE ROTINA/SEM INDICAÇÃO
- EPISIOTOMIA
- CESÁREA SEM INDICAÇÃO OU POR CONVENIÊNCIA DO PROFISSIONAL



OCITOCINA DE ROTINA/SEM INDICAÇÃO

A ocitocina é uma droga empregada para aceleração dos partos nos hospitais públicos e privados, estando associada à cascata de intervenções que fazem parte da assistência.

Mulheres são internadas precocemente, usa-se ocitocina de forma rotineira para acelerar o parto, o que acaba contendo-as ao leite. A dor fica mais intensa, aumenta o risco de sofrimento fetal e também de cesarianas em decorrência do uso de ocitocina.

A aceleração dos partos como tentativa de abreviá-los aumenta os desfechos de nascimentos por cesarianas²⁰, piora a dor e está associada aos riscos graves para as mulheres e bebês.²¹

O estudo nacional *Nascer no Brasil*, de base hospitalar, realizado entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, descreveu as boas práticas e as intervenções obstétricas em hospitais de todo o país. No total, foram entrevistadas 23.894 puérperas.²²

A pesquisa indicou que a ocitocina foi utilizada em 40% das mulheres de risco obstétrico habitual, naquelas de menor nível de escolaridade, sendo ainda menos frequente para elas o uso de analgesia. Aquelas mais pobres e com menor escolaridade são as que mais sofrem com essa intervenção dolorosa, sem a possibilidade de ter analgesia para alívio da dor. Apenas 5,6 % das mulheres de risco habitual tiveram seus partos de forma natural.

O uso rotineiro de ocitocina poderia ser evitado se as mulheres fossem internadas somente em trabalho de parto ativo. Portanto é dever dos profissionais de saúde explicar para as mulheres as consequências da internação precoce. Muitas desejam a internação ao primeiro sinal de dor, pela falta de orientação e também de apoio. Essas informações precisam ser discutidas com as mulheres durante o pré-natal, para que elas procurem o serviço somente quando em trabalho de parto.

"(...) Só sei que o médico viu o soro aberto e começou a gritar: 'Quem abriu esse soro?' Ele tentou me acalmar dizendo que a contração ia passar em cinco minutos. **Quase desmaiei quando ele disse isso; achei que não ia aguentar tanta dor.** Mas a gente tira forças não sei de onde."

"É foda, é punk, é horrível, é horrível, horrível, horrível! É... eu falei, eu falo pra todo mundo, eu falei: '**Conseguiram pegar o diabo, transformar em líquido**' (...)."



O ABUSO FÍSICO ATRAVÉS DO USO ROTINEIRO DA EPISIOTOMIA (CORTE REALIZADO NA VAGINA DAS MULHERES NO MOMENTO DO NASCIMENTO)

Hoje, no Brasil, 53,4% das mulheres que têm seus filhos via vaginal passam pelo procedimento, da episiotomia, segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*.²³

Apesar de inúmeros agravos à saúde das mulheres provocados pelo procedimento,²⁴ entre os quais complicações infecciosas e de cicatrização, aumento do risco de incontinência e aumento de dor no pós-parto, elas parecem não ter o direito ao consentimento prévio sobre essa prática.^{25,26}

A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane de 2009, que comparou a episiotomia seletiva e a rotineira, apoiam claramente o uso restritivo da intervenção, mesmo não havendo evidência clara sobre sua indicação.²⁷

A episiotomia já foi considerada um tipo de mutilação genital, desprovida de embasamento científico sólido – um tipo de violação dos direitos humanos das mulheres, praticado sem o seu consentimento prévio.^{28, 29, 30}

A crença de que o períneo não poderá esticar e voltar à sua anatomia original está ligada a outras questões da assistência, como parto em posição deitada e orientações dirigidas para que a mulher “empurre” (manobra de Valsalva) o bebê. Profissionais perceberão que podem evitar a episiotomia se a mulher estiver verticalizada, situação que favorece a descida do bebê e também diminui o risco de sofrimento fetal – que leva muitos profissionais a realizarem o procedimento com a justificativa de abreviar o nascimento.

"A recuperação foi difícil (...) doía bastante, incomodava bastante, tipo, porque pra amamentar eu tinha que sentar. **Eu sentava em cima de uma sutura, né?...** que estava inchado, né? (...) Então aquilo me incomodava, me deixava brava, com raiva, porque, aí, eu lembrava, né? Me fazia lembrar daquilo..."

"É, eu tinha muito medo da episiotomia, porque foi, assim, uma das piores (...). **Eu fiquei duas semanas depois do parto da Lorena sem conseguir sentar.** Eu sentava nessa poltrona, **eu não conseguia amamentar porque doía**, porque ardia. Pra trocar ela eu tinha que ajoelhar no chão, colocar ela na cama, na minha cama e tinha que ajoelhar no chão pra conseguir trocar ela (...). Então, eu tenho... eu levei ponto até no bumbum, assim, tinha um ponto sabe?"



O ABUSO FÍSICO ATRAVÉS DA REALIZAÇÃO DA CESÁREA SEM INDICAÇÃO

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomende a atenção aos partos de baixo risco com o mínimo de intervenções possíveis, para melhores resultados de saúde das mulheres e dos bebês³¹, as taxas de cesárea têm crescido em diversos países.³² O Brasil apresenta taxa de 57% de cesáreas. No estado de São Paulo ela é de 61%.³³

As assimetrias entre o setor público e privado revelam modelos de assistência diferentes, no que diz respeito às taxas de cesárea. As cirurgias cesarianas representaram 35% dos nascimentos pelo Sistema Único de Saúde e 80% dos partos no setor privado, em 2011³⁴ – uma taxa bem acima do limite máximo de 15% estabelecido pela OMS.

Vários estudos sugerem os fatores de conveniência médica inseridos no sistema dos convênios de saúde como os que mais influenciam a opinião das mulheres durante o pré-natal, tentando convencê-las (ou pressioná-las) de que a cesárea é mais segura do que o parto normal.^{35, 36, 37, 38} Tal abordagem também pode explicar porque a maioria das mulheres começa o pré-natal com o desejo pelo parto normal e termina com uma cesariana.

A Resolução 368 da ANS³⁹ (Agência Nacional de Saúde Suplementar) garante à mulher obter informações sobre as taxas da cirurgia e partos normais dos hospitais privados de suas seguradoras de saúde, no caso daqueles conveniados. Essa é uma informação que deve ser passada às mulheres durante o pré-natal.

Um dado importante e recentemente em pauta diz respeito à relação entre as maiores taxas de cesárea no setor privado e conseqüentemente maior prematuridade dos recém-nascidos.⁴⁰

A discussão sobre necessidade de se garantir informação acerca dos riscos de curto e longo prazo envolvidos na cesariana deve ocorrer durante o pré-natal e as mulheres têm o direito de decidir o tipo de parto que desejam, após explicados os riscos e benefícios de cada um.

“Ela nos propôs marcar a cesárea. Não me falou de nenhuma forma natural para induzir o início do trabalho de parto, como alimentação, acupuntura, atividade física etc. **E com 38 semanas e 5 dias minha filha nasceu em um parto cesárea.** Tentamos induzir por aproximadamente oito horas com ocitocina na veia e tive apenas 4 cm de dilatação. Naquela época eu não sabia que os 4 primeiros cm eram mais demorados, não sabia que a indução iniciada do zero era muito mais complicada de dar certo. Essas informações nunca nos foram passadas.”

“(…) que estas contrações que eu estava tendo, e estavam aumentando, estavam aumentando de intensidade, de força, e que isso ia começar a fazer o bebê sofrer muito e eu já estava sofrendo. E que era bom a gente marcar a cesárea meio correndo. **Eu até fiquei meio preocupada porque ele marcou a cesárea para o outro dia.**”



“(…) e senti que ele saiu e tinha um fiozinho só de sangue, eu falei: ‘Bom, acho que tá perto, mas não muito’ – porque falaram que, de acordo com o fiozinho de sangue, pode indicar se tá perto ou não. Aí eu lembro que já liguei pra ele, né? Pro médico. Aí ele falou: **‘Só falta você me ligar amanhã na hora do jogo do Corinthians’.**”

PRÁTICA SEM CONSENTIMENTO

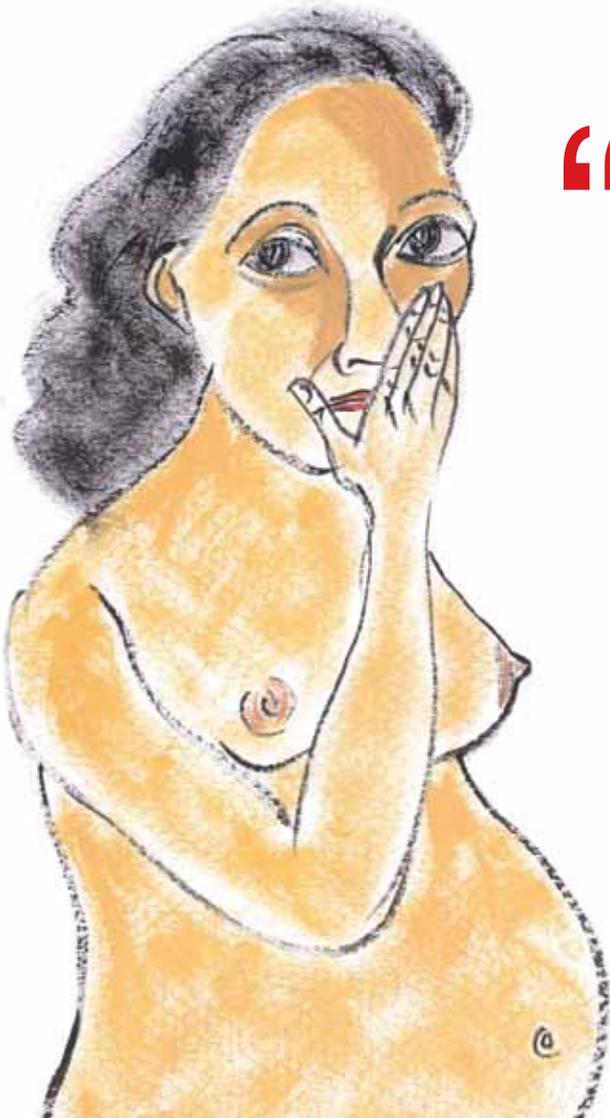
Toda mulher deve ter acesso à escolha informada de todo e qualquer procedimento e a explicação clara sobre seus riscos e benefícios para sua saúde

As mulheres devem ter informações claras sobre os procedimentos que fazem parte da assistência ao parto, durante o pré-natal, para que possam realizar suas escolhas com autonomia junto com os profissionais.

O plano de parto é um documento que contém informações sobre os desejos e escolhas das mulheres e deverá ser respeitado pelos profissionais e instituições.⁴¹

Práticas comumente utilizadas sem consentimento:

- USO DA OCITOCINA SINTÉTICA INTRAPARTO
- EPISIOTOMIA
- INDICAÇÃO DE CESÁREA SEM QUE HAJA INDICAÇÃO CLÍNICA E ESCOLHA INFORMADA DA MULHER
- EXAMES DE TOQUES PARA APRENDIZAGEM DE RESIDENTES
- DESCOLAMENTO DIGITAL DAS MEMBRANAS, DURANTE O TOQUE VAGINAL
- REDUÇÃO DE COLO DURANTE O EXAME DE TOQUE



“ Os procedimentos eram comunicados, e não explicados. Não me sentia em condições de recusar algum procedimento. Achava que tudo o que estava sendo feito era correto. ”

VIOLÊNCIA VERBAL E EMOCIONAL

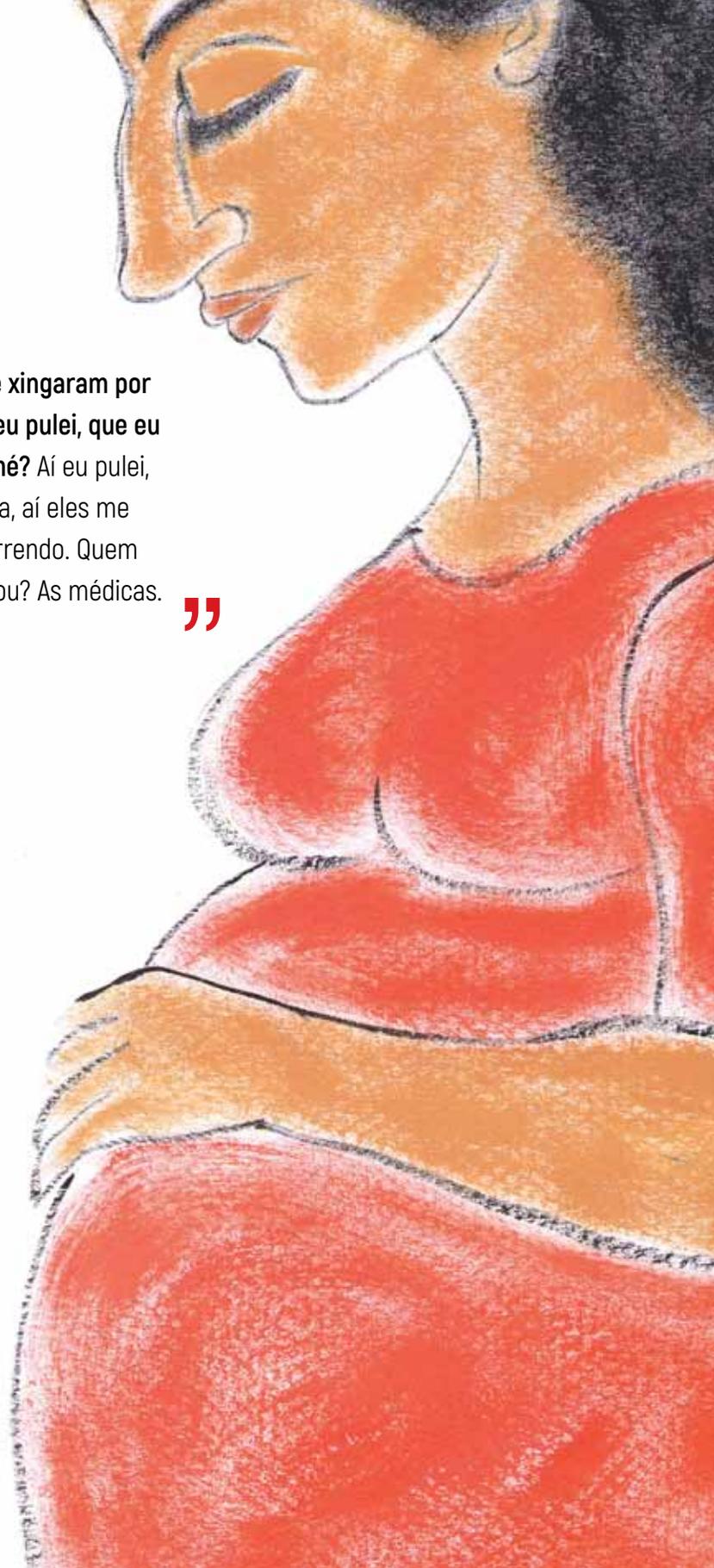
Violência verbal ou psicológica que viola o direito ao respeito e à dignidade humana

A portaria do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (GM 569/2000) e a Rede Cegonha (Lei 1.459/2011)⁴² preveem que toda mulher e sua família sejam recebidas com dignidade nos serviços de saúde, através de um ambiente acolhedor e atitudes éticas.

No entanto, uma em cada quatro mulheres conta ter sofrido algum tipo de violência no parto (física e/ou verbal). Dentre essas, 10% relataram exame de toque doloroso, 9% não tiveram explicação sobre o procedimento e 7% receberam xingamento e humilhação.⁴³

“ **Elas até me xingaram por causa que eu pulei, que eu não podia, né?** Aí eu pulei, fui pra maca, aí eles me levaram correndo. Quem que te xingou? As médicas.

”



"[...] de repente vinha aquela dor que eu virava e, aí, ficava me segurando, me segurando no último. Até por... assim, por mais que a minha irmã estava no hospital, eu ainda estava muito com aquele negócio na cabeça que todo mundo falava assim: **'Não grita, porque, se gritar, o pessoal vai te deixar lá'**. Então eu ficava, por mais que ela esteja, que ela estava lá, eu ficava segurando assim, é, com a dor por dentro, sem gritar, quietinha e a lágrima escorrendo. E daí... e daí vinha a dor, vinha a dor, vinha a dor, vinha a dor [...]"

" Eu falei: 'Em nome de Jesus!'.
'Em nome de Jesus ou em nome do Daniel? Por que não foi o Daniel que fez o filho?' Então, pede ajuda pro Daniel. Vai aí Daniel, faz massagem, faz alguma coisa'. Aí eu ficando, né?, constrangida com ela. Aí ela vinha o tempo todo e soltava uma piadinha."



"Era uma sexta-feira e a equipe falava em pedir pizza, escolhiam o sabor e, vez ou outra, alguém vinha me fazer o exame de toque. **Foram mais de 10 [profissionais], seguramente. Eu estava deitada com as pernas naquele apoio e sem calcinha. Minha vagina já era parte da decoração.** Quando entrei em franco trabalho de parto, as enfermeiras me mandavam fazer força de cocô, eu gritava de dor, falava palavrões, pedia pra beber água e elas diziam coisas entre si, que não me lembro. Mas pra mim diziam pra parar de gritar, pra ficar calma, pra ficar quieta se não o acesso ia sair. E lembro como se fosse hoje, eu já exausta, depois de horas naquilo, eu disse 'não aguento, não quero mais'. E a médica deu uma gargalhada e disse: 'Agora não tem jeito, só dá pra botar pra fora.'"

"Senti que a equipe era indiferente com a minha situação. **Desde a humilhação da posição que me obrigaram a ficar, a ter a sede que senti por 12 horas, as palavras que ouvi.** Tudo foi feito da maneira mais indiferente possível."



DISCRIMINAÇÃO A ATRIBUTOS ESPECÍFICOS

Discriminações que envolvem classe social, identidade étnica, idade ou cor da pele

- CLASSE SOCIAL E CONDIÇÃO ÉTNICA

Quanto menor a escolaridade da mulher e mais escura a cor da sua pele, menor atenção e analgesia são dedicadas no momento do parto.⁴⁴

Assimetrias entre as taxas de cesárea no setor público e privado são exemplos de como a classe social e as desigualdades econômicas interferem na qualidade do cuidado dedicado às mulheres.

“ Aí depois ele falou:
'Ah, se você quiser,
eu te atendo em
outro hospital, mas eu
cobro tal, só que eu
só faço cesárea' ”



“ Então eu achava que a **política do medo era uma estratégia do capitalismo**, assim, sabe? De você convencer a vender mais parto. Essa era a minha sensação, de que ela queria vender o serviço dela, **de que ela queria vender o serviço dela através da minha ignorância, sem conversar.** ”

CERCEAMENTO À AUTODETERMINAÇÃO E À AUTONOMIA DAS MULHERES

Impedir que as mulheres recebam informações de qualidade e possam decidir livremente sem discriminação e violência sobre sua saúde

Há grandes assimetrias no que diz respeito ao acesso e à disponibilidade de informação no pré-natal para as mulheres. A falta de acesso às informações sobre o parto as impossibilita de exercerem a autonomia e a autodeterminação de suas escolhas, conforme preveem os direitos reprodutivos.

Estudos com mulheres usuárias dos setores público e privado de saúde afirmam que a maioria delas não se sente preparada para o parto. Nas consultas de pré-natal não houve disponibilização de informações sobre os tipos de parto.^{45, 46}



FALTA DE INFORMAÇÃO SOBRE OS TIPOS DE PARTO

Estudos sugerem a falta de informação e de comunicação entre os profissionais e as mulheres, dificultando a realização de escolhas com liberdade.^{47,48}

Uma pesquisa transversal com 246 mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro também chama a atenção para a questão do descaso com a informação disponibilizada às mulheres. Menos da metade (44%) referiu ter recebido informação pelo profissional que a acompanhou no pré-natal.

Quando questionadas sobre as informações fornecidas pelos profissionais da instituição durante o trabalho de parto, apenas 34% sentiram-se informadas. Quando a questão dizia respeito à informação sobre os medicamentos durante o parto, o percentual foi ainda menor: apenas 30% sentiram-se informadas.⁴⁹

O pré-natal deve ser um espaço de oferta de informações de qualidade. Os(as) gestores(as) devem discutir as condições adequadas de tempo de consulta e modelo de atenção para que essas necessidades sejam atendidas durante o pré-natal.

"E eles te falaram que eles iam fazer esse pique? Não. Não? Não. Como você sabe que eles fizeram? Como você soube que eles fizeram? Porque depois minha mãe falou; e também teve o ponto, né? Eles deram anestesia no local? Você sabe? Não sei, não. E, foram muitos pontos que eles deram? Eles não falaram. Não? Não, nem sabia, nem sei."

"Ele veio com um discurso: 'Me preocupo com você'. Mas até hoje não acredito que ele foi viajar. **Me senti completamente vítima do sistema e enganada pelo médico.** Estava preparada para todas as desculpas que ele pudesse dar para insistir numa cesárea, mas não para aquela. Como eu podia contestar uma viagem? Ainda hoje me arrependo de não ter esperado."

"Eu peguei e falei pra ela: 'Eu não tenho como chamar outro médico agora (...)'. Eu falei: **'Se você já sabia que ia me dar uma cesárea, fazer uma cesárea, era melhor você ter feito isso dez horas atrás, que eu estou aqui há catorze horas sofrendo, né?!'** Então, vamos fazer um negócio? Você quer ir no teu dentista? Então vai, me leva pra mesa da cesárea, corta essa minha barriga'. Mas aí eu virei pra ela, eu falei: 'Mas eu vou deixar uma coisa muito clara entre você e eu: você não olha pra minha cara, eu não olho pra sua cara, a gente não fala mais uma com a outra e você não traz o meu bebê.'"





O QUE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DIZ SOBRE A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Uma definição de violência, segundo a Rede Brasil de Direitos Humanos: “[...] uso abusivo ou injusto do poder, assim como o uso da força que resulta em ferimentos, sofrimento, tortura ou morte”.

A violência obstétrica é regulada – ainda que não diretamente – pela Constituição Federal, pelos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário e que adquirem status de norma constitucional, entre outras normas. Mesmo a Lei Maria da Penha pode ser invocada subsidiariamente para aplicação de conceitos da violência contra a mulher.

NA CONSTITUIÇÃO, A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FERE PRIMORDIALMENTE (BRASIL, 1988)

▶ Artigo 5º

II - princípio da legalidade – vedação a direito garantido por lei;

III - tratamento assemelhado à tortura, desumano e degradante;

X - violação da intimidade e da vida privada;

XXXII - defesa do consumidor – todos os institutos a serem interpretados favoravelmente à consumidora dos serviços em saúde;

▶ Art. 196. Direito à saúde.

▶ Art. 197. Dever do poder público fiscalizar o cumprimento da lei de saúde;

▶ Art. 226. Proteção da família.

QUANTO À CONVENÇÃO INTERAMERICANA
DE DIREITOS HUMANOS (BRASIL/OEA, 1969),
CONHECIDA COMO PACTO DE SAN JOSÉ DA COSTA RICA,
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FERE

- Art. 7º – direito à liberdade pessoal; Art. 12 – direito à liberdade de consciência; Art. 17 – direito à proteção da família.

Na convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher – Convenção de Belém do Pará (BRASIL/OEA, 1994), encontra-se a definição da violência contra a mulher como “[...] ofensa à dignidade humana e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens [...]”, considerada como tal “[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Artigo 1º).

Os Estados-partes reconhecem que a violência contra a mulher impede e anula o exercício pleno dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E NORMAS INFRACONSTITUCIONAIS

- Diadema (SP): norma específica (Lei 3.363/2013)
- São Paulo – Capital: Lei Municipal 15.894/2013
- São Paulo – Estado: Lei Estadual 15.759/2015
- Ribeirão Preto (SP): substitutivo ao Projeto de Lei 109/2013 (Pacto Municipal Social para a Humanização da Assistência ao Parto).
- Minas Gerais – Estado: projeto de lei 4.783/2013 (Plano Estadual para a Humanização do Parto)
- Projeto de Lei Federal, protocolado pelo deputado federal Jean Wyllys, por ação da ONG Artemis, apoiada pelo Movimento do Parto Humanizado (PL 7.633/2014)

LEI DE DIADEMA

Cuida de gestação, pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (até dez dias após o nascimento do bebê).

Traz a pioneira definição de violência obstétrica (Art. 2º): “[...] 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 de puerpério”.

Consiste em: agressividade, grosseria, zombaria, diminutivos; procedimentos desnecessários, humilhantes; deixar de dar analgesia, quando solicitada; fazer a mulher acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando-se de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que podem afetar a ela e ao bebê; impedir acompanhante de preferência; proceder a episiotomia “[...] quando esta não é realmente imprescindível [...]”; realizar qualquer procedimento sem consentimento informado.

Ainda, para a Lei de Diadema: é V.O. submeter o bebê saudável a intervenções na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe nem ter tido a chance de mamar. Considerar, neste mister, a portaria do MS nº 371, de 7 de maio de 2014: institui diretrizes para receber o RN no ambiente do SUS.

LEI DO ACOMPANHANTE (11.208/2005)

- Art 19-J – Indicação pela parturiente: § 1º Pós-parto imediato = até dez dias depois do parto. Importante ressaltar que os estabelecimentos tiveram seis meses para se adaptar à lei Resolução 36/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) Lei 12.895/13 – hospitais do SUS ou conveniados devem manter, em local visível, aviso de que as gestantes têm direito a acompanhante durante o trabalho

de parto, parto e pós-parto. Lei sistematicamente desobedece, sob os mais descabidos argumentos.

OUTROS DISPOSITIVOS INFRACONSTITUCIONAIS INVOCADOS

- Artigo 19-Q, parágrafo 2o, inciso I, da Lei 12.401/2011: obrigatoriedade de considerar as melhores evidências para intervir;
- Código de Ética Médica: RESOLUÇÃO CFM 1.931/2009. Artigos 1, 14, 22 e 34;
- Código de Defesa do Consumidor (Lei Federal 8.078/1990)
- Código Civil (responsabilidade do profissional de saúde, do hospital, da mantenedora, do convênio)
- Artigos 138 e 139 do Código Civil (atos jurídicos anuláveis, por erro substancial)
- Menção ao Art. 132, do Código Penal (crime de “perigo para a vida ou saúde de outrem”)
- Menção ao Art. 146 do código penal (constrangimento ilegal)
- Possibilidade de denúncia criminal por lesão corporal (Art. 129 do código penal) para casos de episiotomia manifestamente recusada pela mulher

AÇÃO POR VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA HOJE

- Prescrição: Código Civil (três anos) e Código de Defesa do Consumidor (cinco anos)
- Ação de cunho indenizatório (danos morais, eventualmente estéticos e até materiais)
- Saúde como direito a ser protegido pelo Estado – direito social e direito do consumidor: CDC, Art. 6º, caput I, saúde como direito básico do consumidor

- Efeito prático da incidência do Código do Consumidor: inversão do ônus da prova ou teoria das cargas probatórias dinâmicas
- Justiça gratuita: garantias constitucionais (XXXV, do Artigo 5º) e inciso LXXIV, mesmo artigo: Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem “insuficiência de recursos”
- Espécies de ilícito (lista exemplificativa): acompanhante; indução falaciosa; indução não autorizada; episiotomia; Kristeller; desnecesária; violência verbal; impedimento de movimentação ou posicionamento;
- Jurisprudência favorável:
 - Kristeller – caso com reversão no Tribunal de Justiça de São Paulo – reconhecimento do malefício causado pela manobra
 - Ação civil pública – Ministério Público versus Agência Nacional de Saúde, na justiça federal, em 2010 – caso fundamentado no dossiê “Parirás com dor”, da Rede de Mulheres Parto do Princípio: sentença de 50 páginas, muito bem fundamentada e mostrando aprofundamento por parte do Juiz.
- Outras denúncias: Ministério Público Federal, disponível em <<http://www.mpf.mp.br/para-o-cidadao/sac>> – sala de atendimento ao cidadão; comitê de ética do hospital; CRM, COREN; Secretaria de Saúde



COMO NÓS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PODEMOS AJUDAR AS MULHERES?

Conheça os direitos das mulheres e procure constantemente atualizar-se sobre as boas práticas baseadas em evidências científicas da melhor qualidade.^{53,54,55,56}

Converse com a usuária de saúde, ouça suas críticas, desejos e expectativas. Mostrar-se empático durante o cuidado, compartilhar informações e esclarecer dúvidas é uma forma de estar lado a lado com mulheres, permitindo que as vivências da gestação, do parto e pós-parto sejam prazerosas, respeitadas e dignas.

Apoie os grupos locais de usuárias de saúde, conheça roda de mães e gestantes (presenciais ou em ambientes virtuais nas redes sociais). Fortalecer a rede de mulheres também fortalece os profissionais para que possam participar da assistência de uma forma mais amorosa, segura e responsável.

COMO NÓS, PROFISSIONAIS DO DIREITO, PODEMOS AJUDAR AS MULHERES?

*Em primeiro lugar,
é importante ter provas do acontecido*

A prova mais contundente é o prontuário. Pedir o prontuário na secretaria do hospital (ou recepção ou ouvidoria). A mulher tem de pagar apenas pelas cópias reprográficas. Não precisa motivar o pedido. Além disso, o hospital não pode negar essa solicitação. Pedir o prontuário da mulher e do bebê também.

Outras provas que podem ajudar: fotos e filmes do parto; depoimento da doula (o dela vale, o do acompanhante nem sempre – pai, marido, companheiro, mãe, estes não têm peso de testemunhos).

Anotar o máximo de nomes dos(as) profissionais presentes no trabalho de parto, parto e pós-parto. Eles estão anotados no prontuário, mas nem sempre são legíveis. Essas pessoas podem ser relacionadas depois para comparecer em um processo como testemunhas.

Caso a mulher sofra a manobra de Kristeller (proscrita pelo Ministério da Saúde, na qual empurram o fundo do útero para apressar a descida do bebê) e fique com hematomas, deve pedir para uma amiga fotografar, com data de um jornal visível ao fundo, anotando seu nome, endereço e documento.

Se ela sofrer episiotomia sem motivação, muito extensa, deve ir a um(a) ginecologista/obstetra e pedir a ele(a) que examine o corte e dê um laudo das suas condições. Isso deve ser feito logo após o parto, pois a cicatrização inviabiliza o exame nas melhores condições.

A mulher precisa juntar e guardar todas as provas que avaliar importantes. Elas podem realmente ser de grande ajuda para a instrução de um processo.

De posse das provas, a mulher pode denunciar a violência sofrida para a ouvidoria ou para a comissão de ética do hospital. Também pode denunciar ao Ministério Público Federal (<http://aplicativos.pgr.mpf.mp.br/ouvidoria/portal/cadastro.html?tipoServico=2>), ao Conselho Regional de Medicina ou ainda ingressar com processo cível, pedindo indenização por danos morais. Para este último caso, ela vai precisar de um(a) advogado(a) de confiança.

REFERÊNCIAS

1. O artigo discute as definições e atualidades sobre o tema da violência obstétrica. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106630>>
2. Uma em cada quatro mulheres relata ter sofrido algum tipo de violência no parto (física e/ou verbal). Dentre essas: 10% relataram exame de toque doloroso, 9% não tiveram explicação sobre o procedimento e 7% ouviram xingamento e humilhação. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Saúde reprodutiva e abortamento. São Paulo, 2010. Disponível em: <www.campanhapontofinal.com.br/download/new_03.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.
3. O teste da violência obstétrica foi realizado através de ferramentas das redes sociais, com a colaboração de mais de 70 blogs. Disponível *on-line*, a pesquisa foi conduzida pelas pesquisadoras Ligia Moreiras Sena e Ana Carolina Franzon. Disponível em: <<http://www.partonobrasil.com.br/search/label/Teste%20da%20Viol%C3%Aancia%20Obst%C3%A9trica>>.
4. O curta foi produzido por pesquisadoras ativistas pela humanização do parto e está disponível *on-line* em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>>.
5. O ensaio fotográfico da fotógrafa Carla Reiter está disponível em: <http://sites.uai.com.br/app/galerias/saudeplena/2014/03/26/interna_galeria_saudeplena,719/projeto-1-4-retratos-da-violencia-obstetrica.shtml>.
6. D'OLIVEIRA, A. F. P.; DINIZ, S. G.; SCRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, London, v. 359, Issue 9318, p. 1681-1685, 2002.
7. AGUIAR, J. M. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
8. Esse material está disponível em: <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf> e <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-data/en/>.
9. PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, p. 185-94, 2011.
10. ALTHABE, F; BELIZÁN, J. M. Caesarean section: the paradox. *Lancet*, London, v. 368, p. 1472-1473, 2006.
11. DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

12. MAIA, M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede pública e privada de Belo Horizonte. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.
13. D ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p.646-654, 2005.
14. DINIZ, C. S. G. *Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: o caso da episiotomia no Brasil*. [s. local, s. d.]. Disponível em: <www.clam.org.br/pdf/sidiniz.pdf>.
15. DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.
16. CHACHAM, A. S. Médicos e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: GÊNERO E PRECONCEITO, 7., 2006, Florianópolis. *Anais eletrônicos...* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/A/Alessandra_Chacham_26.pdf>.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.
18. Para mais informações sobre a WRA, acesse o site: <whiteribbonalliance.org>.
19. ZORZAM, Bianca A. O. *Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar*. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, USP, São Paulo.
20. TRACY, S. K et al. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. *Women and Birth*, [s. local], v. 20, n. 2, p. 41-48, Epub 2007 Apr 27. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467355>>.
21. HOFMEYER, G. J et al. *Pregnancy and childbirth: a Cochrane pocket book*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2008.
22. LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.
23. LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

24. CARROLI, G.; BELIZÁN, J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database System Review*, London, Issue 3, 2008. Art. N.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081. 1999. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/pdf/abstract>>.
25. DINIZ, C. S. G. Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil. [s. local, s. d.]. Disponível em: www.clam.org.br/pdf/sidiniz.pdf.
26. FRANÇA JR., I. Saúde pública e direitos humanos. In: ZÁBOLE, E.; FORTES, P. *Bioética e saúde pública*. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.
27. CARROLI G, BELIZAN J. *Episiotomy for vaginal birth* (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009: CD000081.
28. DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.
29. DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.
30. KITZINGER S.; WALTERS, R. *Some women’s experience of episiotomy*. London: National Childbirth Trust, 1993.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in normal birth: a practical guide*. Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Geneva: WHO, 1996.
32. PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, p. 185-94, 2011.
33. DATASUS, 2106. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2010/f08.def>. Acesso em agosto de 2016>.
34. VICTORA, C. G. et al. *Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios*. *Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.
35. DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.
36. CARDOSO, J. E; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. p 35-52, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>>.
37. PERPÉTUO, I. H. O. P.; BESSA, G. H.; FONSECA, M. C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a126.pdf>>.

38. GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.
39. A resolução da ANS está disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>.
40. DINIZ, S.G. et al. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil? Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. *Journal of Human Growth and Development*, v. 26, n. 1, p. 33-40, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/113712/112286>>.
41. SÃO PAULO (Estado). Lei n. 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, 26 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>>. Acesso em: 16 dez. 2016.
42. Disponíveis em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.
43. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. *Saúde Reprodutiva e abortamento*. São Paulo, 2010. Disponível em: www.campanhapontofinal.com.br/download/new_03.pdf>.
44. LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, socio-demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.
45. GAMA, A. S et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.
46. MIRANDA, D. B. M et al. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-346, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8032/5811>>.
47. BARBOSA, G. P., et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>.
48. TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, 2004.
49. DOMINGUES, R. M. S.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S52-S62, 2004. Suplemento 1.

50. BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 08 abr. 2005c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

51. HODNETT, E. D. et al. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database Syst Rev, 2011.

52. LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

53. OLIVEIRA, M. S. M. (Coord.). *Humanização do parto*. Nasce o respeito. Informações práticas sobre seus direitos. Recife: Assessoria Ministerial de Comunicação; Comitê Estadual de Mortalidade Materna de Pernambuco; Procuradoria Geral de Justiça, 2015.

54. SÃO PAULO (município). Lei n. 15.894, de 8 de novembro de 2013. Institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*, São Paulo, 9 nov. 2013, p. 1:3.

55. Diadema (município). Lei n. 3.363, de 1º de outubro de 2013. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Diadema. Disponível em <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/leis_integra.php?chave=336313>.

56. SÃO PAULO (Estado). Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, São Paulo, SP, 26 mar. 2015. p. 1.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos que participaram e contribuíram para a produção desta cartilha e para a execução do projeto “Violência Obstétrica” realizado em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres do Ministério da Justiça e Cidadania (SPM-MJ).

O conteúdo desta publicação não reflete, necessariamente, a opinião da SPM-MJ.

LICENÇA CREATIVE COMMONS

Esta trabalho foi licenciado com a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual 3.0 Não Adaptada.

Você pode:

- Compartilhar – copiar, distribuir e transmitir a obra.
- Remixar – criar obras derivadas a partir dos textos desta publicação.

Sob as seguintes condições:

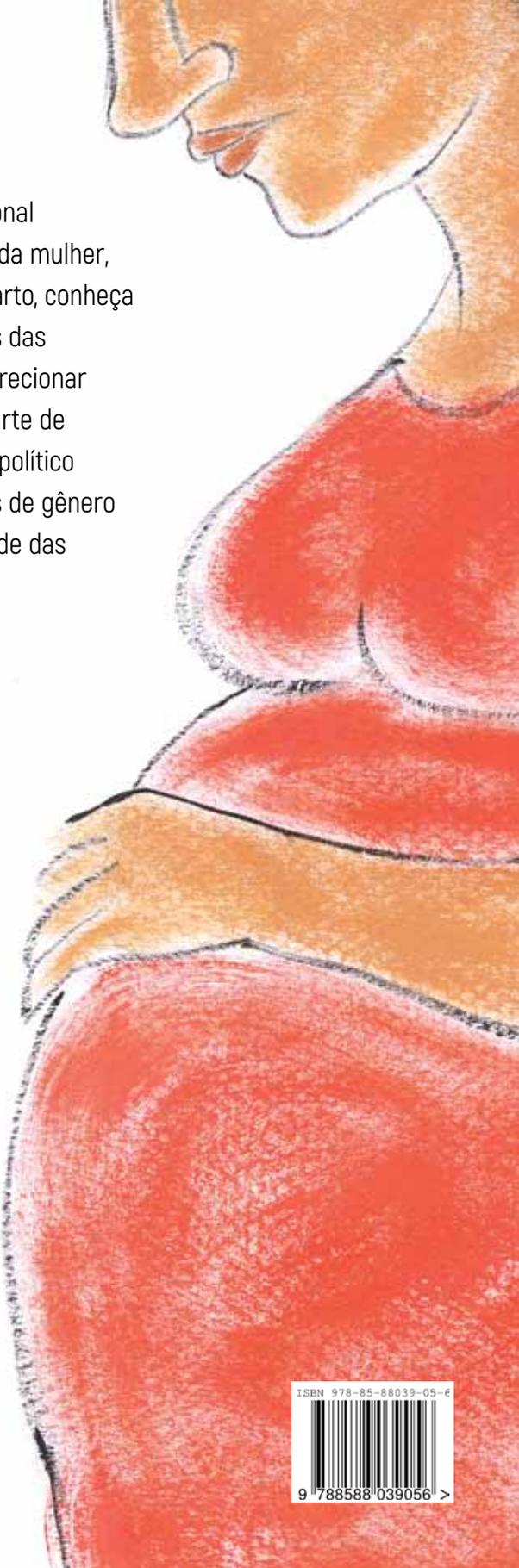
- Atribuição – Você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada no crédito do texto.
- Uso não comercial – Você não pode usar esta obra para fins comerciais.
- Compartilhamento pela mesma licença – Se você alterar, transformar ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta.

Essa licença não vale para fotos e ilustrações, que permanecem em copyright.



www.mulheres.org.br
mulheresorg@gmail.com
(11) 3812.8681

É importante que todo(a) profissional no campo da assistência à saúde da mulher, especificamente no pré-natal e parto, conheça e respeite os direitos reprodutivos das mulheres. Esses direitos devem direcionar as práticas de cuidado e fazem parte de uma conquista histórica no plano político para a redução das desigualdades de gênero e melhora dos indicadores de saúde das mulheres e bebês.



**COLETIVO
FEMINISTA**
SEXUALIDADE
E SAÚDE

Secretaria Especial de
Políticas para as Mulheres

Ministério da
Justiça e Cidadania



ISBN 978-85-88039-05-6



9 788588 039056 >