

**UFRGS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

ALESSANDRA GISELE FAGUNDES VERCH

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, VIAS DE PARTO E ASSISTÊNCIA À  
GESTAÇÃO. “VAMOS FAZER CESÁREA, MAMÃEZINHA?”

PORTO ALEGRE/2013

**UFRGS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
BACHARELADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, VIAS DE PARTO E ASSISTÊNCIA À  
GESTAÇÃO. “VAMOS FAZER CESÁREA, MAMÃEZINHA”?**

**Trabalho de Conclusão de curso apresentado  
ao Departamento de Ciência Política da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Ciências Sociais.**

**Aluna: Alessandra Gisele Fagundes Verch**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Jussara Reis Prá**

**PORTO ALEGRE  
Julho de 2013**

*Eu tenho uma episio [episiotomia] médio lateral esquerda, uma médio lateral direita e uma mediana. Eu tenho as três modalidades na mesma pessoa. A mediana alterou a minha anatomia vaginal externa, mas sem comprometimento funcional. O que me causou impacto incalculável foi a informação de que tudo que eu passei eram práticas sem fundamento científico algum e a tomada de consciência do óbvio, parto é um evento fisiológico e não médico (...) Fui roubada dos meus partos, minhas filhas foram roubadas de seus nascimentos.*

*Roselene de Araujo Motta Ferreira Nogueira*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a minha querida e amada orientadora pelo olhar atento e crítico para com esse trabalho, mas principalmente por ter me propiciado um encontro teórico muito frutífero que pôs fim a minha angústia diante da ausência de uma teoria que me satisfizesse de fato, Jussara Prá muito obrigada por tudo.

Agradeço também às sugestões extremamente válidas dadas por Eduardo Schindler para o tratamento dos dados. Agradeço a toda minha família e aos meus amigos que de forma direta ou indireta contribuíram para com a execução desse trabalho. Agradeço profundamente ao meu filho, Davi, pelo companheirismo, pelo amor, carinho e compreensão, mesmo diante das ausências, e, principalmente, por ter me apresentado a esse maravilhoso objeto de pesquisa. Agradeço, sinceramente, aos profissionais de saúde que me prestaram atendimento no trabalho de parto e quando ao nascimento de meu filho transformaram-me, imediatamente, em mãezinha e ao meu companheiro em paizão, sem eles esse trabalho não existiria.

Por fim, meus agradecimentos à pessoa que não transformou minha maternidade em uma prisão. Ao homem que se dedicou a 'amar' nosso filho da mesma forma que eu, ou seja, a trocar fraldas, alimentar, limpar, brincar, dar banho, carinho, atenção, confortar, não dormir, passear, entreter, etc., etc. Ao homem que me oferece sua coerência, atenção e respeito todos os dias. Ao homem que percebeu que "ser mãe" é muito pouco romântico e por isso se incomodou, se chateou, se desestruturou e, por fim, resignificou a expressão paternidade a igualando em conteúdo à expressão maternidade. Ao homem que se dedica comigo a construir um cidadão ético e consciente. Dedico esse trabalho ao meu companheiro e melhor amigo, Guto Prestes.

## RESUMO

Este trabalho analisa a bibliografia disponível no banco de dados SCIELO sobre a assistência de saúde prestada à mulher gestante enfocando a construção da escolha pela via de parto. A partir dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher gestante, assim como do conceito de gênero, se pretendeu problematizar o encontro da mulher gestante com os serviços de saúde. Assim sendo, se analisou 53 artigos que tinham como foco a qualidade da assistência à gestação e ao parto e/ou as percepções femininas sobre o atendimento recebido. Os artigos foram selecionados através de uma revisão sistemática dos trabalhos publicados nos últimos dez anos. A partir da perspectiva feminista propomos uma reflexão sobre os comportamentos institucionalizados de médicos e de equipes de saúde que violam os direitos das mulheres, bem como o comportamento materno que, por vezes não raro, naturaliza violências, omissões e negligências.

Palavras-chaves: Direitos sexuais e reprodutivos; gênero; assistência à gestação; assistência ao parto; vias de parto; humanização do parto.

## **ABSTRACT**

This paper has examined the available literature in the ScIELO's database about the health care provided to pregnant women focusing on the construction of the choice of childbirth. From the sexual and reproductive rights of women, as well as the concept of gender was intended to discuss the meeting of the patient with the health services provide by the government. Therefore we have analyzed 53 studies that was focused on the quality of care during pregnancy and childbirth as well as female perceptions of the care received. The articles were selected from a systematic review of studies published in the last ten years. Based on the feminist perspective we propose a reflection on the institutionalized behavior of medical and health teams that violate women's rights, as well as maternal behavior that often naturalizes this violence, omissions and negligence.

**Keywords:** Sexual and reproductive rights, gender, pregnancy care, childbirth care delivery mode; humanization of childbirth.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CO – Centro obstétrico

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

DHP – Dossiê Humanização do Parto

DSDR – Direitos sexuais e direitos reprodutivos

HU – Hospital universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PV – Parto Vaginal/parto normal

PC – Parto Cirúrgico/Cesáreo

RBGO – Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

RN – Recém-nascido

RNFS – Rede Nacional Feminista de Saúde

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TP – Trabalho de parto

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução ao problema de pesquisa.....</b>	<b>09</b>
<b>2. Fundamentação teórica.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. A noção de Gênero em Giddens e Bourdieu.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2. O conceito de Gênero e a Teoria Feminista.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3. A construção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos.....</b>	<b>21</b>
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>27</b>
<b>4. O que dizem as pesquisas? Como se posicionam médicos e mulheres?....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 A integridade corporal feminina.....</b>	<b>29</b>
<b>4.2 A autonomia feminina.....</b>	<b>32</b>
<b>4.3 A igualdade no atendimento.....</b>	<b>34</b>
<b>4.4 A diversidade no tratamento.....</b>	<b>35</b>
<b>5. Interpretando dados a partir da teoria feminista.....</b>	<b>38</b>
<b>6. Considerações Finais.....</b>	<b>44</b>
<b>7. Bibliografia.....</b>	<b>46</b>
<b>8. Anexo 1.....</b>	<b>51</b>



## 1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE PESQUISA

O parto, até meados do século XIX, caracterizava-se por ser um evento doméstico praticado exclusivamente por mulheres parteiras, sem regulação de instituições, ou mesmo do Estado. Foi a partir do desenvolvimento da moderna medicina da mulher, mais especificamente da ginecologia e da obstetrícia, que o parto deixou de ser um evento de âmbito privado e de domínio feminino para se tornar um evento de âmbito social e de domínio médico masculino. Ocorre, dessa forma, o deslocamento do parto do domicílio para o hospital, assim como a regulação do exercício da função de assistência ao parto que passa a ser de exclusividade médica, resignificando o evento nascimento e seus protagonistas. Para tanto, foi necessária a consolidação de um discurso hegemônico que destituía de poder as mulheres parteiras e deslegitimava os seus saberes.

A imagem da parteira como mulher ignorante, analfabeta, sem moral, responsável pela morte de mães e recém-nascidos devido à falta de qualificação profissional, é encontrada não apenas na literatura médica brasileira do século XIX, como também na de vários países, tendo sido, inclusive, incorporada por historiadores e sociólogos do século XX (MOTT, 2009).

Com isso, novas práticas e tecnologias relacionadas à gestação e ao parto foram substituindo (principalmente nos grandes centros urbanos) práticas e saberes tradicionais utilizados pelas parteiras e pelas mulheres gestantes. No entanto, as novas tecnologias médicas, que podem ser entendidas como ferramentas intrínsecas ao próprio desenvolvimento da ciência médica, representaram uma ruptura com o modelo de assistência anterior, pois se caracterizaram (e continuam a se caracterizar) por uma postura altamente intervencionista, na medida em que não compreende o corpo humano de forma integral e, sim, enquanto objeto passível das mais diversas e acríicas intervenções médicas e que pode (e deve) ser analisado amiúde. Com isso, o corpo é separado do sujeito e de suas dimensões emocionais, morais, psicológicas, religiosas, etc. (ROHDEN, 2001).

Como consequência do deslocamento do espaço de realização do parto, o mesmo foi deixando de ser um evento fisiológico para se tornar um evento “científico”, cada vez mais dependente da ciência médica e das suas tecnologias. Esse processo de apropriação do parto pela medicina se caracterizou pelo seu enquadramento enquanto evento patológico e perigoso, justificando, portanto, a atenção e os cuidados de profissionais médicos capacitados e especializados, fenômeno conhecido como medicalização e tecnologização da gestação e do

parto (THÉBAUD, 2002; MARTINS, 2005). Mesmo atualmente, as tecnologias relacionadas à gestação e ao parto comungam dessa postura altamente intervencionista e tornam-se possibilitadoras de intervenções em maior escala e complexidade.

Exemplos de práticas que evidenciam o escopo da medicalização e da tecnologização da gestação e do parto são: as consultas pré-natais e os exames ginecológicos de rotina; a utilização indiscriminada das ecografias (ecografia de translucência nugal, ultrassom morfológico, ecografia 3d e 4d, etc.); a indicação de complexos vitamínicos, proteicos e terapêuticas medicamentosas; a medição e pesagem da mulher gestante; a solicitação de diversos exames sanguíneos para detecção de prováveis doenças; o uso da tricotomia (raspagem pubiana); do enema (lavagem intestinal) e de ocitócicos sintéticos (substâncias químicas utilizadas para estimular as contrações uterinas) em mulheres em trabalho de parto (TP); a utilização da episiotomia (corte no períneo) e do fórceps no parto vaginal (PV); o parto cirúrgico ou parto cesáreo (PC), etc. Todas essas práticas evidenciam o tratamento padronizado e “técnico-científico” concedido à mulher ao longo da gestação e do parto.

Exemplo máximo do intervencionismo da ciência médica na assistência a gestação é o nascimento através da cirurgia (PC). Atualmente, estudos apontam que a elevação das taxas de PC é um fenômeno mundial tratado em alguns países como epidêmico, ou seja, acima dos índices considerados aceitáveis<sup>1</sup>. Não coincidentemente, as taxa de PC mais elevada são encontradas nos países desenvolvidos com modelos de assistência à gestação centrada no atendimento médico-hospitalar (PATAH e MALICK, 2011; FREITAS, SAKAE e JACOMINO, 2008).

O argumento frequentemente utilizado para justificar a elevação das taxas de PC é o respeito à vontade da mulher gestante, seja em função do medo da dor, seja por uma maior sensação de segurança dela para com o parto cirúrgico (MANDARINO et al., 2009; PIRES et al., 2010), ou mesmo para preservar a anatomia vaginal. A elevação das taxas de PC dialoga com as novas representações sociais que cada vez mais distanciam o parto de um evento natural e fisiológico e o aproximam do enquadramento médico patológico (THÉBAUD, 2002; MARTINS, 2005).

No Brasil, as taxas de PC estão entre as mais elevadas do mundo<sup>2</sup>, representando mais de 50% do total de partos ocorridos em 2010<sup>3</sup>, considerando o sistema único de saúde (SUS) e a saúde suplementar, segundo dados do Ministério da Saúde. Excluindo os

---

<sup>1</sup> A taxa máxima aceitável pela OMS é de 15%.

<sup>2</sup> Ver PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelo de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, fev. 2011.

<sup>3</sup> Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

nascimentos ocorridos pelo SUS as taxas de PC passaram de 80%<sup>4</sup>. No entanto, questionando o processo de tecnologia e medicalização do parto e da gestação e a própria segurança atribuída ao PC, a Organização Mundial de Saúde<sup>5</sup> (OMS) indica, desde 1996, a taxa máxima de 15% de PC para todos os nascimentos ocorridos em qualquer região do mundo (OMS, 1996). A taxa foi formulada devido aos graves e inequívocos riscos que o PC desnecessário acarreta para a mãe e para o bebê.

Segundo Faúndes e Cecatti (1991), os riscos para o bebê são de dois tipos. O primeiro está relacionado com as altas probabilidades do nascimento prematuro, principalmente no PC eletivo quando o nascimento é solicitado e programado com antecedência, e o segundo relaciona-se com a alta incidência da Síndrome de Angústia Respiratória em Recém Nascidos por PC em comparação com os recém-nascidos (RN) através do parto vaginal (PV). Segundo os mesmos autores<sup>6</sup>, a maior mortalidade materna associada ao PC é um achado comum em todos os estudos. Essas evidências atuais põem em xeque a sensação de segurança do PC alegada pela classe médica e, cada vez mais, também pelas mulheres gestantes.

A fim de promover a saúde da mulher e diminuir a escala ascendente de PC, estimulando a assistência ao PV mais qualificada e prazerosa (tendo em vista que o principal argumento materno para a realização do PC é o medo da dor), em 1996, a OMS reformulou seu entendimento sobre o parto e elaborou um guia prático para a assistência ao PV. Esse guia, formulado a partir de evidências científicas atuais, classificou diversas práticas médicas em quatro tipos de conduta, a saber: i) condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; ii) condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; iii) condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas; e iv) condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Entre as práticas que devem ser encorajadas, por serem eficientes na diminuição da dor e do tempo de duração do TP estão: a liberdade de movimentação durante o TP, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (tais como banhos e massagens), o oferecimento de líquidos, o estímulo a posição não supina (deitada)<sup>7</sup> para a realização do parto, o atendimento carinhoso da equipe de saúde, etc. Entre

---

<sup>4</sup> Dados do Ministério da Saúde indicam, para o ano de 2006, 80,7%.

<sup>5</sup> Alguns autores questionam esse índice. Ver Lurie, S; Glezerman M. The history of cesarean technique. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189 (6):1803-6. DOI:10.1016/S0002-9378(03)00856-1 e Lurie, S. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;271(4):281-5. DOI:10.1007/s00404-005-0724-4

<sup>6</sup> Faúndes e Cecatti neste artigo expõem, em tabela, diversos autores e respectivas taxas de mortalidades encontradas em diferentes países. Ver FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jun. 1991.

<sup>7</sup> Segundo a OMS, essa posição aumenta a taxa de episiotomia, uma vez que implica no aumento da duração do TP e do risco de sofrimento fetal pela diminuição da intensidade e da eficácia das contrações.

as práticas claramente prejudiciais estão o uso rotineiro do enema, da tricotomia e da posição supina. O uso indiscriminado da ocitocina<sup>8</sup> e a episiotomia de rotina<sup>9</sup> foram colocadas nos grupos iii e iv, respectivamente.

Apesar dos estímulos da OMS para um PV mais prazeroso e das evidências científicas atuais de que a banalização do PC representa riscos para a mãe e para o bebê, as taxas não diminuem ou estabilizam, pelo contrário, aumentam a cada ano. Em 2000, a taxa era de 38,9%, em 2007 pulou para 46,5% e, como dito acima, em 2010 ultrapassou os 50%<sup>10</sup>.

Tendo em vista o exposto, algumas questões surgiram para a autora e ainda carecem de respostas. Por que, mesmo diante de tantos dados e das indicações das instituições de saúde, as taxas de PC continuam a elevar-se? Como se estrutura a assistência ao parto no Brasil? A assistência ao PV baseia-se no respeito à mulher e se caracteriza pelo respeito absoluto a mulher, como preconiza a OMS? Será que mais de 35% das mulheres gestantes brasileiras (já excluindo os 15% que a OMS considera aceitável) escolhem o PC esclarecidas e informadas sobre todas as suas contraindicações, ou seja, como decisão informada e resultado de sua autonomia sobre o próprio corpo?

A fim de buscar esclarecer essas questões, passa-se a problematizar a assistência à gestação e ao parto enfocando as relações de gênero na prática médica-hospitalar e os modernos direitos femininos, tais como os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (DSDR). Os DSDR visam promover a emancipação da cidadania feminina e o empoderamento da mulher no processo gestacional. Segundo os DSDR cabe exclusivamente à mulher gestante a decisão pela via de parto. Aos profissionais de saúde cumpre oferecer um atendimento prazeroso e de qualidade, além de informar corretamente às mulheres sobre todos os procedimentos disponíveis salientando seus benefícios e contraindicações, levando-a, de forma ética, a optar pelo melhor procedimento para a sua saúde. Porém, isso parece ainda não ocorrer nos hospitais e consultórios brasileiros, onde são cada vez mais frequentes relatos de negligências, violências e coações médicas ao longo da gestação e do parto (AGUIAR, 2010).

---

<sup>8</sup> Lobo et al. verificou em estudo realizado com puérperas em um Centro de Parto Normal que “o uso indiscriminado da ocitocina no trabalho de parto pode produzir resultados maternos e perinatais desfavoráveis, incluindo taquissístolia e alterações na perfusão útero-placentária, podendo culminar em uma cesariana iatrogênica”. Ver LOBO, S. F. et al., Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil, 2010.

<sup>9</sup> Segundo Mattar, Aquino e Mesquita (2007) “as evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo (lacerações de 3º e 4º graus), não previne lesões no pólo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além disto, promove maior perda sangüínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto”. Ver MATTAR, Rosiane. et al., A prática da episiotomia no Brasil, 2007.

<sup>10</sup> Ver PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, fev. 2011.

Estudar o encontro da mulher gestante com o sistema de saúde com foco nos DSDR e no conceito de gênero, portanto, é necessário a fim buscar explicações mais plausíveis para as ascendentes (e pouco lógicas) taxas de PC e, também, para redimensionar os espaços de atuações de médicos e mulheres.

Esse trabalho teve como intuito pesquisar a assistência de saúde ao parto prestada à mulher com base na bibliografia produzida nos últimos dez anos a partir de um olhar feminista, analisando aspectos, práticas e falas e utilizando como referência os modernos direitos das mulheres. Para tanto, foram selecionadas diversas artigos sobre a assistência a gestação e ao parto. Para a identificação dos estudos foi consultado o banco de dados ScIELO. A busca foi realizada utilizando as palavras-chave “via de parto”, “tipo de parto”, “parto cesáreo”, “cesariana”, “cesárea”, “cesáreas”, “parto obstétrico”, “parto humanizado”, “parto e nascimento”, “assistência à gestação”, “assistência ao parto”, “parto normal” e “parto vaginal”. Os critérios de inclusão dos estudos foram: estudos em língua portuguesa, publicados entre 2003 e 2013, contendo dados sobre a assistência a gestação e ao parto, de natureza quantitativa ou qualitativa. A partir dessa pesquisa e com a utilização de dados secundários, se procurou verificar qual é a relação existente entre a assistência ao parto e os DSDR da mulher gestante?

A pesquisa se justifica no plano social devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz dos governos, através de políticas públicas de gênero, que reparem possíveis assimetrias existentes entre profissionais de saúde e mulheres gestantes, reparem também comportamentos que resultam em decisões unilaterais e violências que não comportam o respeito à mulher e as suas liberdades de escolha enquanto DSDR. No plano teórico, tem-se a importância de problematizar a situação da mulher gestante perante os sistemas de saúde e a sociedade. A gestação enquanto traço da reprodução e o enquadramento da mulher nesse evento enquanto objeto ou, ao menos, sujeito passivo, alienando-a de sua autonomia, torna necessária a análise do fenômeno para que violências históricas possam ao menos deixar de ser invisíveis. O processo de redução da mulher em mãe que estrutura tanto representações sociais quanto política públicas deve ser evidenciado, pois ser mãe é tão somente uma dimensão da variação humana mulher, dimensão essa, infelizmente, com espaço e valor diferenciado quando em comparação com o homem e a paternidade.

Um tratamento humano e digno em um momento de incertezas e medos, como a gestação e o parto, é fundamental para a autoafirmação das futuras mães enquanto mulheres, ou seja, seres humanos, sujeitos políticos responsáveis pelas suas vidas sexuais e reprodutivas que demandam, principalmente, respeito.

Tendo em vista que o intuito principal foi analisar os DSDR durante o evento parto, com enfoque de gênero, a autora não poderia abrir mão do arcabouço teórico feminista. No entanto, como este trabalho é resultado de pesquisas e estudos de mais de dois anos o percurso teórico foi longo e começou com os estudos de Anthony Giddens, passando por Pierre Bourdieu até a satisfação do encontro com a Teoria Feminista contemporânea e com debate, propiciado por esta, acerca da emancipação da cidadania feminina no âmbito da gestação e do parto.

O trabalho está dividido em seis partes contando com esta introdução. Nesta se pretendeu expor questões pertinentes ao protagonismo feminino no deslocamento do parto do domínio privado para o âmbito público. Desse modo buscava-se uma melhor compreensão no que confere aos direitos das mulheres na assistência ao parto. Na segunda parte se encontram a abordagem teórica e o trajeto percorrido pela autora e descrito acima, bem como o detalhamento dos DSDR. Na terceira é exposta a metodologia utilizada para a seleção dos trabalhos incluídos nessa pesquisa bibliográfica e a quarta parte compreende a análise geral dos estudos tendo como foco os princípios éticos dos DSDR, expostas na fundamentação teórica. Na quinta parte, e de forma complementar, buscaram-se dados junto ao DATASUS dos últimos dez anos, sobre as vias de parto e seus percentuais com o intuito de qualificar o debate. A sexta parte é dedicada às considerações finais do trabalho.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A utilização da categoria *gênero* faz-se necessária devido às peculiaridades na construção do conhecimento médico sobre os corpos. Esse conhecimento se estruturou a partir de distinções sexuais muito mais relacionadas com os valores da época do que propriamente com a anatomia dos corpos. Rohden (2001) analisa a construção do saber médico enfocando a categoria de gênero e constata as distintas percepções corporais desse saber, salientando a noção médica problemática de que o corpo feminino era visto como um corpo masculino defeituoso ou deficitário. A autora evidencia que a construção da diferença biológica entre os sexos legitimou as já construídas diferenças psíquicas e morais entre homens e mulheres.

Martins (2005) ao relatar a forma como o médico obstetra incorporou a figura do homem protetor da “frágil” mulher gestante e como se deu a transição do nascimento do domicílio para o hospital, reafirma essa forte influência das relações de gênero na construção do saber médico e na configuração do papel social do médico.

Fechava-se, assim, um ciclo iniciado com os cirurgiões parteiros do século XVIII, munidos de alguns poucos instrumentos e vagos conhecimentos sobre o corpo feminino. O obstetra do final do século XIX reunia na mesma imagem o cientista, o homem culto e de princípios e o protetor da mulher. Se nos tratados de obstetrícia do início do século não há referências às relações entre o médico e a paciente, a não ser para descrever condutas que preservassem o pudor feminino, os textos produzidos no final do século e no início do século XX são mais específicos a respeito do papel que os obstetras desempenhavam. Cresce a convicção de que o médico conhece a mulher, não só sua anatomia e fisiologia, mas também sua alma, principalmente quando atormentada pelas dúvidas da gravidez e pelos receios quanto ao parto. A divulgação da imagem do médico protetor da mulher foi de grande importância para a legitimação do obstetra e para a aceitação das mulheres em dar à luz no hospital. Com a sofisticação dos exames de diagnóstico no século XX, a segurança dos procedimentos cirúrgicos e a pregação da puericultura divulgada através dos meios de comunicação de massa, os obstetras conseguiram ter controle não só do parto, mas também do período gestacional com o desenvolvimento do conceito de puericultura intra-uterina. (MARTINS, 2005)

A categoria de gênero é imprescindível, portanto, para analisar a situação das mulheres gestantes e as influências das construções dos saberes médicos sobre seus comportamentos e, também, para analisar como se percebem enquanto mulheres, gestantes e pacientes.

Utilizarei a categoria para evidenciar os prováveis limites de atuação impostos à mulher na relação com o médico e no âmbito hospitalar, que acarretam posturas e comportamentos pouco problematizados. Se a medicina se estruturou em visões sociais dualística de sexo é provável que tal tradição ainda persista nas práticas hospitalares e na relação médico-paciente limitando a atuação da mulher gestante e sua percepção de si enquanto sujeito, facilitando a violação de seus DSDR, ou mesmo dificultando a compreensão de seus modernos direitos.

Para tanto, faz-se necessário uma breve exposição de algumas abordagens teóricas sobre a *noção* de gênero. A exposição a seguir corresponde ao percurso teórico da autora que se caracterizou por constantes insatisfações por não conseguir encaixar apropriadamente o olhar teórico com as evidências empíricas. Insatisfações findas quando do encontro com o olhar feminista e a conseqüente transformação da noção de gênero em conceito teórico.

## **2.1 A noção de Gênero em Giddens e Bourdieu**

Anthony Giddens, em seu livro “*A transformação da intimidade*”, aborda uma certa noção de gênero sob um enfoque bastante pautado em estudos psicológicos, descrevendo as transformações relacionadas às questões de gênero (papéis, comportamentos, sentimentos

etc.). Estas, segundo o autor, ocorreram por consequência da liberação ou flexibilização da sexualidade. Para o autor, a sexualidade ao se dissociar da função de reprodução possibilitava novas relações sociais, menos assimétricas e, talvez, mais democráticas.

A emancipação sexual, penso eu, pode ser um meio para se conseguir uma reorganização mais abrangente da vida social. Entretanto, o significado concreto da emancipação neste contexto, não é, como propunham os radicais sexuais, um conjunto substantivo de qualidades psíquicas ou formas de comportamento. Ela é mais efetivamente compreendida como uma forma de ação, como a possibilidade da *democratização radical* da vida pessoal. Não é apenas a sexualidade que está em jogo aqui. A democratização da vida pessoal como um potencial estende-se de um modo fundamental às relações de amizade, e, crucialmente, às relações entre pais, filhos e outros parentes. (GIDDENS, 1993, p. 200)

Sua abordagem parece centrar-se, portanto, nas dimensões sexualidade/reprodução, ou melhor, no processo de ruptura delas e suas consequências. O autor salienta, também, o importante papel desempenhado pela mulher na luta pela igualdade de direitos. Giddens percebe a ruptura da sexualidade com a reprodução como uma abertura para um novo momento, como uma possibilidade de uma revolução na esfera das relações sociais, pois o sexo liberta-se definitivamente de sua utilidade “bíblica” e expande-se possibilitando a geração de novas configurações psicológicas e de novos “estilos de vida”.

Uma combinação de energia de gênero desequilibrada e disposições psicológicas inculcadas mantém as divisões dualísticas de sexo bem firmemente determinadas; mas, em princípio, as coisas poderiam ser organizadas de maneira muito diferente. À medida que a anatomia deixa de ser destino, a identidade sexual cada vez mais torna-se uma questão de estilo de vida. (GIDDENS, 1993, p. 217)

Giddens também relata as distinções, reconfigurações, valores (ou conceitos/ideais valorizados) engendrados por tais mudanças ao longo do desenvolvimento das sociedades ocidentais.

Com o desenvolvimento das sociedades modernas, o controle do mundo social e natural – o domínio masculino – ficou centralizado na “razão”. Assim como a razão, guiada pela investigação disciplinada, foi separada da tradição e do dogma, também foi separada da emoção. Como eu já disse, isso não presumia um processo psicológico maciço de repressão, quanto uma divisão institucional entre razão e emoção, divisão esta que seguia de perto as linhas do gênero. (GIDDENS, 1993, p. 218)

O autor, portanto, em sua perspectiva avalia os avanços das “transformações da intimidade” a partir de mutações e revoluções sexuais que extrapolam o âmbito familiar,



possibilitando novas identidades e, conseqüentemente, novas possibilidades de relacionamentos, ou mesmo relações sociais. É evidente, e ele não deixa de fazer tal ressalva, que tais possibilidades podem não se realizar, porém, são latentes, ou melhor, seus empecilhos extinguiram-se. Para Giddens é uma questão de tempo para tais “visões dualísticas de sexo” serem extintas também.

Ao contrário de Giddens, Pierre Bourdieu avalia que tais mudanças positivas que aconteceram nas sociedades modernas no que tange as questões de gênero e, principalmente as conquistas resultantes do movimento feminista, não significaram a extinção dos mecanismos de dominação masculinos, que operam de forma invisível, sutil e violenta.

Sua análise parte do estudo etnográfico realizado entre os Cabília, que segundo suas próprias palavras justifica-se, pois “esse desvio, indo a uma tradição exótica é indispensável para quebrar a relação de enganosa familiaridade que nos liga a nossa própria tradição” (BOURDIEU, 2002).

Para o autor, os mecanismos de dominação masculinos são invisíveis, pois são incorporados por todos, homens e mulheres, como estruturas cognitivas. Segundo o próprio, os “esquemas inconscientes de percepção e apreciação” condicionam o modo de pensar e, conseqüentemente, de agir. O que são “arbitrários culturais” são percebidos como naturais ou biológicos, ou melhor, são naturalizados despercebidamente, pois, ainda segundo o autor, “a divisão entre os sexos parece estar na ‘ordem das coisas’[...] ela está presente, ao mesmo tempo em estado objetivado nas coisas, em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos habitus dos agentes”(BOURDIEU, 2002). Em outras palavras, naturalizamos ou incorporamos *projeções culturais* sobre o “mundo das coisas”.

De fato, jamais deixei de me espantar diante do que poderíamos chamar de o paradoxo da dóxa: o fato de que a ordem do mundo, tal como está, com seus sentidos únicos e seus sentidos proibidos, em sentido próprio ou figurado, suas obrigações e suas sanções, seja *grosso modo* respeitada, que não haja um maior número de transgressões ou subversões, delitos e ‘loucuras’[...]; ou, o que é ainda mais surpreendente, que a ordem estabelecida, com suas relações de dominação, seus direitos e suas imunidades, seus privilégios e suas injustiças, salvo uns poucos acidentes históricos, perpetue-se apesar de tudo tão facilmente, e que condições de existência das mais intoleráveis possam permanentemente ser vistas como aceitáveis ou até mesmo como naturais. Também sempre vi na dominação masculina, e no modo como é imposta e vivenciada, o exemplo por excelência dessa submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica, violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais precisamente do reconhecimento, do desconhecimento ou, em última instância, do sentimento. (BOURDIEU, 2002, n.p.)

Bourdieu, portanto, ao afirmar que não somente as ações, mas os pensamentos (devido aos esquemas cognitivos) impõem assimetrias entre os sexos determinando a distribuição valorativa dos papéis entre homens e mulheres, problematiza a noção de *gênero* em Giddens, pois rejeita sua percepção de que o *gênero* estaria associado ao comportamento sexual, ou melhor, seria, em certa medida, determinado por ele. Para Bourdieu, os papéis desempenhados por homens e mulheres são resultados de mecanismos sociais de dominação, da mesma forma que o comportamento sexual, ambos são arbitrários culturais, ou seja, imposições incorporadas pelos sujeitos, que limitam e orientam suas ações e pensamentos. Bourdieu também questiona a percepção positiva de Giddens para com as mudanças e rupturas nas relações sociais, o autor além de negá-las se espanta com o fato de a “ordem do mundo” com todas as suas violências ainda não ter sido abalada.

## 2.2 O conceito de Gênero e a Teoria Feminista

O conceito de *gênero* foi problematizado pelas teóricas feministas que o transformaram em um conceito teórico, verificando-se contribuições mais maduras entre as feministas contemporâneas. As teóricas feministas o resignificaram buscando romper a associação do conceito com noções de sexo ou outras características biológicas que determinariam as diferenças sexuais. Afirmando a inexistência de determinismos biológicos, as teóricas feministas rechaçaram a noção de diferença sexual presente na da ciência médica, situando tal “diferença” na esfera das relações sociais.

Na sua utilização mais recente, o termo “gênero” parece ter feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O termo “gênero” enfatiza igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. (SCOTT, 1990, n.p.)

É nesse aspecto que se pode perceber uma reflexão sobre a noção de gênero mais aprofundada aqui do que em Bourdieu ou Giddens, qual seja, a afirmação do caráter relacional da construção do gênero e da consequente distribuição de papéis sociais. Distanciando-se da noção de Giddens de que o gênero seria fortemente determinado pelo comportamento (ou liberdade) sexual que implica em um olhar positivo sobre o estado atual, o que para as feministas é um olhar problemático devido a pouca atenção dada as violências de gênero cotidianas, e reformulando a noção de gênero em Bourdieu, do traço dominador

de um sexo sobre outro que como exposto parece impor um caráter eterno e imutável a tal dominação, as feministas argumentaram que ambos os sexos são determinantes para as construções de gênero e para as distribuições valorativas dos papéis sociais.

Dessa forma, o leque de ações contestatórias utilizado e as ações, “transgressões, subversões” e revoluções femininas possíveis foram afirmadas, salientando que mulheres são (e sempre foram) sujeitos sociais ativos, ou seja, não são apenas vítimas da história, mas são sim, vítimas, algozes e “heroínas”. Ao reinterpretar a história reposicionando as mulheres na mesma, as feministas não só responsabilizaram mulheres e homens por toda sorte de erros e acertos, mas também romperam de vez com o caráter aparentemente eterno da submissão presente em Bourdieu.

Rohden (2001) faz tal ressalva ao retirar as mulheres da categoria de vítimas do “*establishment* médico”, observando que homens e mulheres participaram da construção dos modelos de comportamentos na relação médico-paciente, em estreita relação com a cultura vigente.

Assim, as relações de gênero conformam a produção médica, que por sua vez, reforça um determinado modelo de relação. O gênero seria causa e efeito nesse processo de representações. Theriot afirma que as mulheres não eram apenas vítimas da ciência médica: eram também capazes de usá-las de acordo com os seus interesses (ROHDEN, 2001, p.15).

Assim, as teóricas feministas contemporâneas ao salientarem que sempre ocorreram diversas formas de feminilidades, assim como de masculinidades, desconstruem a noção de papéis e comportamentos específicos e estáticos destinados a homens ou mulheres, ou melhor, modelos únicos de ser no mundo para homens em oposição ao ser mulher, que estariam determinados por uma certa anatomia.

O gênero para as feministas se constrói a partir das relações sociais, relações entre homens e mulheres que produzem ativa e igualmente papéis e comportamentos sociais e o distribuem conforme o sexo. O que o gênero teria de eterno seria apenas, portanto, o fato de ser construído e reconstruído socialmente, como bem afirma Suzan Okin (2008) ao dizer que ‘gênero’ refere-se à “institucionalização social das diferenças sexuais; é um conceito usado por aqueles que entendem não apenas a desigualdade sexual, mas muitas das diferenciações sexuais, como socialmente construídas”.

Ao caráter relacional da categoria de gênero está também implicada a relevância dos contextos sociais do indivíduo, fundamentalmente, a classe social e a raça. No entanto, afirmando que coexistem diversas formas de vivência, tanto de ser mulher como de ser

homem, a partir da intersecção com a classe social e a raça verificam-se assimetrias nas relações de gênero mais agudas que se desdobram em hierarquias sociais e em violências de gênero diferenciadas, com os homens brancos situados no topo social e as mulheres negras na base.

Retirar as mulheres de, tão somente, vítimas da história para situá-las em construtoras da mesma implica em construir um olhar feminino sobre as mulheres e suas relações sociais, situado-as no tempo e no espaço, a isso as feministas chamam estudo de relações de gênero.

No espaço aberto por este debate, posicionadas ao lado da crítica da ciência desenvolvidas pelas humanidades e da crítica do empirismo e do humanismo desenvolvidos pelos/as pós-estruturalistas, as feministas não somente começaram a encontrar uma voz teórica própria; elas também encontraram aliados/as acadêmicos/as e políticos/as. É dentro desse espaço que nós devemos articular o gênero como uma categoria analítica. (SCOTT, 1990, n.p.)

A medicina enquanto espaço de violência de gênero estruturada enquanto conhecimento exclusivamente masculino sobre os corpos e legitimada socialmente (por homens e mulheres) enquanto saber neutro e verdadeiro impõe um caráter duplamente problemático ao objeto de estudo, pois é no consultório e no hospital que se tem o encontro entre a desigualdade social e a desigualdade teórica, uma paciente e um médico (a), um corpo feminino e um saber masculino. Portanto, para compreender as práticas de profissionais de saúde parece-me necessário enquadrá-las em relações de gênero. No entanto, essa compreensão implica em observar não somente os papéis sociais das mulheres e profissionais de saúde, mas também compreender e problematizar constantemente como a medicina legitimou visões dualísticas de sexo e transformou-as em práticas médicas, de maneira que violências óbvias tornaram-se invisíveis, dificultando a percepção do caráter violento de diversas práticas obstétricas, mesmo atualmente.

Uso a expressão violência de gênero, pois, embora desde o século XX a medicina tenha se alterado bastante, principalmente com a entrada das mulheres na profissão, ainda é recorrente a associação do caráter reprodutivo ao corpo feminino e do caráter sexual ao corpo masculino, e da assimetria entre ambos, preservando os dualismos sexuais históricos, tais como produção/reprodução, ativo/passivo, forte/frágil etc. A simples ausência, ainda em 2013, de uma especialidade médica destinada à saúde reprodutiva dos homens, semelhante à ginecologia e obstetrícia<sup>11</sup>, evidencia o olhar problemático dado aos corpos.

---

<sup>11</sup> A andrologia, especialidade médica destinada à saúde sexual e reprodutiva do homem, no Brasil é incipiente, estando ausente nas formações médicas. O especialista que cumpre a função do andrologista, no Brasil, é o

Parece-me, portanto, imprescindível ao analisar estudos sobre a assistência à gestação e ao parto e sobre práticas médico-hospitalares utilizar o conceito analítico “gênero” à luz dos direitos das mulheres, não por opção, mas por necessidade de avaliar e, porventura, redimensionar os espaços de atuação de mulheres e profissionais de saúde a fim de evitar possíveis interferências e violações de tais espaços.

Direitos envolvem não somente *liberdades pessoais* (domínio em que os governantes não deveriam interferir), mas igualmente *obrigações sociais* (domínio em que uma ação pública efetiva é necessária para garantir que os direitos serão exercidos por todos e todas). Eles implicam necessariamente responsabilidades públicas e uma renovada ênfase entre bem estar pessoal e público, incluindo o apoio público para a promoção da igualdade de gêneros em todos os domínios da vida (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, n.p.).

Vale ressaltar ainda que os esforços feministas estendem-se não só para a resignificação de um conceito, mas também para a desconstrução dessas assimetrias sociais, ou seja, direcionam-se para a ciência e história e, também, para a vida. Estudar a mulher e as relações de gênero implica em proceder a um reexame de todos os eventos outrora importantes, mas também implica em questionar a distribuição de papéis entre os sexos e todos os valores atribuídos aos mesmos. Implica em desconstruir cotidianamente os espaços e as ações problemáticas de homens e mulheres, assim como toda violência de gênero, a partir da luta por direitos igualitários que comportem o respeito a todos os indivíduos sem distinções sexuais (ou outras) e visando a (re)construção de espaços, ações, percepções, práticas e comportamentos, etc.

### **2.3 A construção dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (DSDR)**

O redimensionamento dos espaços de atuação da mulher e a reafirmação de sua liberdade no que tange o seu corpo, sua sexualidade e a reprodução é resultado da luta promovida por diversos movimentos de mulheres no interior de espaços políticos, mas também na academia. As lutas políticas travadas por nós, mulheres, se fazem necessárias para “proporcionar condições e oferecer possibilidades nos espaços onde as conquistas de direitos fazem toda a diferença” (OLIVEIRA e CAMPOS, 2009).

Na luta contra as políticas de controle da natalidade – que ao invés de assegurarem mecanismos e políticas públicas para que as mulheres e homens

---

Urologista, especialidade que acumula o conhecimento sobre o trato urinário de homens e mulheres e o sistema reprodutor de homens.

escolham a forma de exercerem sua vida reprodutiva, estabelecem políticas autoritárias recaindo, geralmente, sobre a população mais pobre a negação do direito à reprodução – em defesa da autodeterminação reprodutiva das mulheres; pela desconstrução da maternidade como um dever ou como um destino obrigatório, pelo poder de decidir ter ou não ter filhos, quando e com quem tê-los, pelo direito ao aborto legal e seguro, contra a homofobia/lesbofobia, por liberdade e pelo direito ao prazer sexual, contra a ditadura heteronormativa, os movimentos de mulheres forjaram o que, no final dos anos 80, se denominou direitos sexuais e direitos reprodutivos (OLIVEIRA e CAMPOS, 2009, p.13).

Como dito, a construção dos DSDR é resultado de lutas políticas. Essas lutas buscam, também, romper definitivamente (e não apenas na teoria) com a noção de que a sexualidade está atrelada a reprodução (ruptura presente em Giddens). As feministas afirmam que a sexualidade e a reprodução são dimensões distintas da vida humana, sendo a liberdade para o exercício pleno de ambas, portanto, fundamental para a afirmação e emancipação da cidadania feminina.

Na perspectiva feminista aqui adotada, os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e conseqüentemente da vida democrática. (ÁVILA, 2012, n.p.)

Como resultado de lutas e demandas femininas para reduzir a morbi-mortalidade materna, garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê, garantindo a autonomia da mulher no processo gestacional assim como uma assistência qualificada que a respeite de forma integral e cidadã, diversos tratados, acordos, protocolos e convenções internacionais foram realizados a fim de garantir a institucionalização dos DSDR nas esferas públicas para promover mudanças imediatas e não retardar o processo de emancipação da cidadania feminina.

Na esteira de processos dessa natureza, o Brasil, como outros países membros das Nações Unidas (ONU) e da Organização dos Estados Americanos (OEA), ratificou uma série de convenções, protocolos e planos de ação originados em diferentes eventos internacionais. Incluindo-se aí os relacionados ao tema mulher, entre eles a Carta das Nações Unidas (1945), a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), a Declaração de Viena (1993), a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993), a Convenção de Belém do Pará (1995), a Declaração de Beijing (1995) e o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw). O último passou a vigorar no país somente em 2002. Mais recentemente, o país se comprometeu com o pacto planetário, envolvendo 191 Estados-membros das Nações Unidas (2000) em torno das Metas do Milênio, a serem cumpridas até 2015, assumindo em duas delas o empenho

de promover a igualdade de gêneros e empoderar a mulher (terceira meta) e melhorar a saúde materna (quinta meta) (PRÁ e EPPING, 2012, n.p.).

A partir dessas discussões e das problematizações sobre a qualidade da assistência materna oferecida pelos serviços de saúde, um novo modelo de atendimento a mulher gestante passa a ser promovido, qual seja, “a humanização do parto”. Entendido como um novo paradigma de assistência ao parto, a “humanização do parto” compreende o questionamento do papel passivo da mulher no evento e a patologização do parto que legitima socialmente tal papel.

No Brasil, desde a década de 80, uma das frentes de luta do movimento de mulheres é a assistência ao parto. Para isso, o movimento produz material educativo em que propõe políticas públicas e utiliza o termo “humanização da assistência à gravidez e ao parto”. Reivindica as dimensões emocionais e sociais da maternidade, afirmando que “a gravidez não acontece só na barriga da gente”. Questiona o modelo médico centrado em uma concepção do corpo feminino como “defeituoso”, que trata o parto como um acontecimento patológico e arriscado, que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO/ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569<sup>12</sup>, de 1/6/2000, esse programa busca instituir uma postura ética e solidária dos profissionais de saúde os fazendo receber de forma acolhedora e respeitosa todas as mulheres gestantes, seus familiares e seus RN's, mas principalmente situa a mulher e suas necessidades específicas no centro da atenção a partir do qual deve ocorrer a elaboração do atendimento, diretrizes que se coadunam com a luta feminista no âmbito da assistência ao parto.

O movimento feminista afirma a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades e se opõe às condutas médicas feitas “para o seu próprio bem”. Reivindica os direitos reprodutivos e sexuais, os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade corporal e à equidade. Esses direitos, quer estejam ou não constituídos legalmente, são compreendidos como reivindicações de justiça, afirmações de que os arranjos sociais de gênero são injustos e devem ser transformados. Nesse sentido, as condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações ao direito da mulher à sua integridade corporal. A imposição autoritária e não-informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa; e a dificuldade no acesso ao leito, com a peregrinação das gestantes em busca de vagas nos hospitais, viola o direito das mulheres à equidade e à assistência. Essa abordagem a partir dos direitos humanos converge em grande medida para a reflexão crítica que vem sendo feita pelas feministas sobre os princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. (DOSSIÊ

<sup>12</sup> Para mais informações acesse <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

## HUMANIZAÇÃO DO PARTO/ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Antes desse, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 e implantado em 1984 pelo MS, já havia significado também uma ruptura paradigmática no modelo de assistência à saúde reprodutiva da mulher. Atualmente políticas públicas voltadas para a equidade de gênero ou para a garantia dos direitos das mulheres evidenciam a pressão do movimento de mulheres e movimento feminista (articulados internacionalmente) e estão presentes em diversas pastas governamentais e mesmo na construção das novas institucionalidades.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal<sup>13</sup>, que incorporou em suas ações estratégicas a redução dos partos cesáreos desnecessários e a humanização do atendimento à mulher gestante, é um exemplo do exposto. Este pacto pode ser entendido como política pública vinculada a implementação pelo Governo Federal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>14</sup>, compromisso selado entre o Governo Federal e a Organização das Nações Unidas (ONU). Outra política pública que evidencia a atenção dada à humanização da assistência ao parto e nascimento é a “Rede Cegonha”, este projeto federal em fase de implementação é uma estratégia do MS para promover a humanização da assistência à gestação e ao parto e tem como princípios o respeito à proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; entre outras. Mesmo passível de falhas em suas operacionalizações ou mesmo em seus programas, esses projetos e políticas evidenciam a institucionalização dos DSDR através de seus princípios.

Objetivamente, inserir os conceitos de DSDR no estudo de gênero sobre mulheres gestantes pacientes em distintos serviços de saúde, significa adotar um quadro de referência atualizado sobre o que cabe a mulher decidir no que tange a sua gestação e o que é interdito ao médico, salientando com vigor que “nosso corpo é nosso território” que é ele o elemento constitutivo do ser humano, ou seja, “nós somos o nosso próprio corpo” (OLIVEIRA e CAMPOS, 2009). Paralelamente, significa também problematizar a própria gestação e seu

---

<sup>13</sup> Lançado em 08 de março de 2004. O pacto compreende 22 ações estratégicas, a redução das taxas de cesáreas desnecessárias é a 12ª. Ver [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35197](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197).

<sup>14</sup> Tais objetivos foram extraídos da Declaração do Milênio das Nações Unidas, documento oriundo da reunião e acordo de 189 líderes de países, na sede da ONU, acerca dos valores fundamentais a se buscar no século 21. Melhorar a saúde da gestante é o 5º ODM, a meta é reduzir em três quartos, de 1990 a 2015, a taxa de mortalidade materna. Ver <http://www.itamaraty.gov.br/temas/direitos-humanos-e-temas-sociais/metas-do-milenio/objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio> e [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/area.cfm?id\\_area=1705](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/area.cfm?id_area=1705).



contexto, buscando investigar em que circunstâncias deu-se a gestação. Se foi planejada, quais foram as informações recebidas no que tange à concepção. Se não foi planejada, quais foram as informações recebidas no que tange à contracepção. Esse olhar atento a todo o processo gestacional é fundamental para visualizar de que forma a gestação e a mulher são compreendidas pelos sistemas de saúde.

Os movimentos feministas, em suas denúncias públicas sobre as diversas formas de violações de direitos e do exercício efetivo da cidadania feminina, reivindicaram a liberdade sexual e o direito de decidir sobre nossos corpos como parte central para o exercício de projetos de vida plenos e autônomos (OLIVEIRA e CAMPOS, 2009, p.14).

O conteúdo dos chamados DSDR ainda está em discussão tendo em vista que integram um processo maior de emancipação e consolidação da cidadania, ou seja, da construção de novos direitos. Em termos jurídico-normativos os DSDR estão distribuídos em uma série de marcos legais que vão desde a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) instituída pelo Decreto Lei nº 5452/1943, que regulamenta uma série de direitos femininos como, por exemplo, o relacionado à licença-maternidade, até a Lei nº 11.904/2008, que tem por objetivo “garantir às gestantes a responsabilidade paterna pelo satisfatório desenvolvimento da gestação” (OLIVEIRA e CAMPOS, 2009).

Não estamos sugerindo uma “harmonia mística de interesses” entre mulheres e autoridades públicas, nem tampouco negando que os conflitos entre interesses “públicos” e “privados” continuarão a existir. Em sociedades governadas por valores de mercado competitivo, por exemplo, casais de classe média fazem emergir questões éticas ao explorarem tecnologias reprodutivas a fim de produzirem o “sexo certo” ou a “criança perfeita”. Enquanto isso, sob regimes ditatoriais ou repressivos, o desejo reprodutivo dos indivíduos pode ser sacrificado por um expediente público, haja vista por exemplo a campanha antinatalidade na China. Essas realidades nos levam a repensar a relação entre Estado e Sociedade Civil, e a mapear uma estrutura ética para os direitos sexuais e reprodutivos no espaço onde o social e o individual estejam relacionados (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, n.p.).

Contudo, para uma abordagem política desta pesquisa bibliográfica utilizou-se os quatro aspectos, ou dimensões, que são recorrentes em diversos estudos que definem os DSDR: a “integridade corporal”, a “autonomia feminina”, a “igualdade” e a “diversidade” (CORRÊA e PETCHESKY, 1996).

A integridade corporal compreende o entendimento de que a mulher é um ser humano complexo (como todos) e por isso precisa ser tratada de forma integral, ou seja, de que a maternidade é apenas uma dimensão de sua vida, e esta compreende também sua orientação sexual, sua religião, sua cultura, sua profissão, sua saúde, suas emoções, sua experiência, seus

saberes, entendimentos, etc. Todas essas dimensões precisam ser observadas de forma genérica pelos profissionais de saúde, ou seja, mesmo uma compreensão médica da saúde uterina, por exemplo, não pode gerar decisões unilaterais por parte da equipe médica. É preciso, todavia, dotar a mulher de recursos para a tomada de decisão, a informá-la e modo algum impor-lhe decisões, transformando-a em um corpo acrítico e objeto de intervenções que não podem ser questionadas, mas que, contraditoriamente, são extremamente questionáveis. O corpo é o “território” que materializa (ou concretiza) todas as dimensões abstratas do sujeito, é básico, portanto, que os profissionais de saúde respeitem sua integridade, mas, levando em consideração as responsabilidades éticas desses profissionais para com esse “território”, é necessário também que preservem a saúde física corporal induzindo eticamente o sujeito (a mulher) a optar pelo comprovadamente melhor procedimento médico.

Deriva-se do componente “integridade corporal”, portanto, um segundo, a autonomia da mulher, ou seja, a constatação de que a mulher é um sujeito ativo e crítico, cabendo a ela, portanto, a decisão final no que tange o seu corpo, porém, como dito acima, vale ressaltar, que esse aspecto impõe aos serviços de saúde a responsabilidade de informá-la de forma correta e embasada em estudos científicos atuais sobre todos os procedimentos a serem adotados e todas as opções disponíveis, bem como seus respectivos benefícios e suas contraindicações. As informações e conhecimentos recebidos implicam em recursos para a tomada de decisão feminina, ou seja, recursos para o exercício do poder sobre o próprio corpo. Sem esses recursos qualquer decisão feminina torna-se problemática.

A igualdade ou a equidade no tratamento implica, fundamentalmente, o acesso ao leito e a infraestrutura adequada para o acompanhamento da mulher gestante, assim como o atendimento respeitoso independente de sua raça/etnia, classe social, orientação sexual, etc.

O respeito à diversidade determina a atenção adequada a cada mulher. As especificidades de cada mulher precisam ser observadas, assim como sua cultura, seus valores e entendimentos, para a formulação mais correta do tratamento a ser adotado. Como já afirmado anteriormente, no centro de elaboração do procedimento médico a ser adotado está cada mulher e suas necessidade específicas. As mulheres precisam ser tomadas como sujeitos singulares necessitando, portanto, de assistência diferenciada.

Para Corrêa e Petchesky (1996), esses aspectos constituem-se em princípios éticos dos DSDR e é a partir deles que analisarei os estudos sobre a assistência de saúde oferecida à mulher gestante, adotando os procedimentos metodológicos expostos à seguir.

### 3. METODOLOGIA

A proposta desse estudo é realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a assistência ao parto enfocando os princípios éticos dos DSDR e as relações de gênero que se estabelecem entre a mulher gestante e os profissionais de saúde, a fim de compreender as elevadas taxas de PC no Brasil.

Tendo em vista que para Gil (1989) a pesquisa bibliográfica tem como principal vantagem “o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Essa vantagem se torna particularmente importante quando o problema requer dados muito dispersos pelo espaço” (GIL, 1989, p.71-72), foi com o interesse de reunir dados esparsos, pois a assistência ao parto nos distintos sistemas de saúde envolve uma variedade imensa de dados, que se deu a escolha pela metodologia.

Gil (1989) também aponta para os problemas de tal metodologia ao observar que “muitas vezes as fontes secundárias apresentam dados coletados ou processados de forma equivocada”. A fim de evitar incorrer em falhas, foram excluídos na revisão os artigos com dados que destoavam muito dos outros. Ressalto que procurei salientar os problemas de viés daqueles trabalhos que julguei a metodologia problemática, mas que foram incluídos na revisão.

Para a identificação dos estudos que se debruçaram sobre os fatores que podem estar relacionados à prevalência do PC ou, de forma mais genérica, fatores que podem estar influenciando as decisões pelas vias de parto, foi consultado o banco de dados ScIELO utilizando as palavras-chave “via de parto”, “parto cesáreo”, “cesariana”, “cesárea”, “parto obstétrico”, “parto humanizado”, “parto e nascimento”, “cesáreas”, “tipo de parto”, “assistência à gestação”, “assistência ao parto”, “parto normal” e “parto vaginal”. Foram incluídos apenas artigos em língua portuguesa, publicados entre 2003 e 2013, contendo dados sobre a assistência ao parto, sejam dados quantitativos ou qualitativos, com diferentes sujeitos de pesquisa.

Como o objetivo da pesquisa era analisar como os DSDR dialogam com a assistência ao parto, a partir da verificação da qualidade da assistência de saúde prestada a mulher, para serem incluídas na revisão as pesquisas deveriam ter como objeto de investigação a assistência de saúde prestada à mulher, os procedimentos médicos adotados no parto ou as percepções das mulheres sobre o atendimento recebido no parto, através de análises, verificações, descrições, explicações, avaliações, etc.

A primeira seleção ocorreu a partir da leitura dos títulos encontrados, sendo descartados aqueles evidentemente não relacionados ao tema ou período estipulado. Em uma segunda etapa de seleção foram avaliados os resumos para a elegibilidade dos trabalhos. De um total de 315 artigos, 78 tiveram seus resumos avaliados. Após a leitura dos resumos, restaram 61 artigos. Os artigos que aparentemente cumpriram com os critérios de inclusão foram analisados na íntegra, sendo finalmente incluídos na revisão aqueles que contemplavam a proposta do presente trabalho. Adicionalmente foram incluídos outros dois trabalhos que constavam nas referências bibliográficas dos artigos analisados e, igualmente, cumpriam os critérios de inclusão, restando 53 artigos que constam no Quadro 1, no anexo 1, juntamente com uma breve caracterização dos estudos.

Vale ressaltar que a autora não buscou estudos sobre procedimentos específicos realizados durante o TP ou parto, no entanto, pesquisas sobre a utilização da episiotomia, por exemplo, foram incluídas por aparecerem na busca feita com as palavras-chave citadas, por ser esse um procedimento ainda de rotina nas maternidades brasileiras e ser, também, considerado, desde 1996, pela OMS uma conduta frequentemente utilizada de modo inadequado, exatamente por ser utilizada pelos serviços de saúde de modo rotineiro e não seletivo, sendo, portanto, exemplar para evidenciar a distância entre os DSDR e a assistência ao parto. “A difusão dessa prática e sua adoção nos manuais de conduta nos diferentes serviços e diretrizes das sociedades médicas é um marcador de qualidade da atenção e humanização do parto”, afirmam Carvalho et al. (2010).

Os estudos foram analisados conforme os princípios éticos dos DSDR já citados na fundamentação teórica, qual seja, integridade corporal, autonomia feminina, igualdade e diversidade.

#### **4. O QUE DIZEM AS PESQUISAS? COMO SE POSICIONAM MÉDICOS E MULHERES?**

Estudos recentes vêm apontando como variáveis determinantes para a realização do PC o grau de escolaridade da mãe, assim como os rendimentos familiares, a cor da pele, a idade, etc., ou seja, apontam para uma correlação entre a realização do PC e o contexto sociocultural e econômico da mulher gestante. (KAC et al., 2007; SCHREINER et al., 2010). Verificam que nos estratos sociais mais altos, onde as gestantes possuem maiores rendimentos, mais anos de estudos e se auto-declaram brancas, as taxas de PC são

consideravelmente maiores. O que pode nos levar a crer que tais taxas elevam-se fundamentalmente devido a características específicas de um público mais “gabaritado”.

Assim sendo, corre-se o risco de acreditar que mulheres com maior poder aquisitivo e cultural julgam-na a melhor opção de parto. Consequentemente, essa variação poderia ser percebida comparando as taxas de PC ocorridas no SUS e na saúde suplementar. No entanto, verificou-se, com a pesquisa realizada, a existência de argumentos divergentes em diferentes pesquisas. Essas divergências vêm acompanhadas, não coincidentemente, de diferenças metodológicas. Na área médica, excluindo as pesquisas realizadas em departamentos acadêmicos da medicina social, a prevalência é a abordagem quantitativa com análises de prontuários e dados secundários, que limitam as conclusões, principalmente, quando se enfoca a noção de direitos da mulher, direitos esses que são raramente citados nesses estudos. Já na área da Saúde Coletiva/Pública, da Enfermagem e da Psicologia foi encontrado um equilíbrio maior entre distintas abordagens com pesquisas qualitativas que procuram contemplar os entendimentos, opiniões e percepções das mulheres sobre a assistência recebida.

#### **4.1 A integridade corporal feminina**

Diversos estudos tomando como análise a mulher e suas preferências pela via de parto demonstraram que as mulheres gestantes, em sua maioria, preferem o PV (BARBOSA et al., 2003; FAÚNDES et al., 2004; FERRARI, 2010), ou seja, descartam a hipótese de que a elevação das taxas de PC dão-se em virtude ao respeito da vontade feminina, argumento muito utilizado por médicos obstétricas.

Barbosa et al.(2003) em pesquisa realizada com 909 mulheres gestantes (454 PV e 455 PC) de duas maternidades do Rio de Janeiro (uma pública e outra conveniada com o SUS) constataram que 75,6% das mulheres ao serem perguntadas se desejavam realizar o PC responderam “não”. Quando perguntadas se elas haviam pedido em algum momento do TP (ou mesmo no parto) o PC, 82,9% responderam novamente “não”. Esse estudo pretendeu verificar a ocorrência das chamadas cesáreas eletivas (a pedido da mulher gestante). As conclusões de Barbosa et al. (2003) é que tais solicitações das mulheres gestantes não foram verificadas.

Isso sugere, em primeiro lugar, que a maioria dos partos cesáreos não foi feita “a pedido”. A maioria das mulheres que sofreram cesárea não o solicitaram. Ao mesmo tempo, 19% das que tiveram parto vaginal reportaram que haviam pedido cesárea. (...) Uma “cultura da cesárea”, que considera esse tipo de parto a melhor forma de nascer, parece ainda não estar totalmente

introjetada nas mulheres. A justificativa da “cesárea a pedido da mulher”, muitas vezes relatada pelos profissionais de saúde, parece refletir mais uma cultura médica do que uma real preferência das parturientes. (BARBOSA et al. 2003, n.p.)

Dias et al. (2008) apontam para a influência do médico na construção do desejo pela cesárea em usuárias da saúde suplementar. Os pesquisadores colocam em questionamento comodidade do médico para a realização do procedimento cirúrgico que, desconsiderando todas as evidências científicas que apontam os elevados riscos de um PC desnecessário, tem constantemente trabalhado para minimizar (discursivamente) os riscos do PC e maximizar os riscos do PV junto às mulheres gestantes, negligenciando o previsto no DSDR, que é o direito a informação correta baseadas nas evidências mais atuais.

Portanto, esperar-se-ia encontrar um efeito positivo do aconselhamento médico no sentido de favorecer a tentativa de parto vaginal pelas mulheres. De forma inversa, verifica-se que este efeito protetor à opção pelo parto normal não aconteceu, provavelmente evidenciando que os obstetras não valorizam as possíveis morbidades associadas à cesariana. Pelo contrário, ao longo do atendimento pré-natal, surgem novas questões que conduzem a indicações de cesarianas desnecessárias. (...) O predomínio de algumas razões referidas pelas mulheres para a realização da cesariana, como presença de circular de cordão, relato de bebê grande, história de cesárea prévia, em detrimento de intercorrências clínicas ou obstétricas reais, tais como a hipertensão e a diabetes, revela o alargamento das indicações de cesarianas adotadas pelos obstetras. (DIAS, et al. 2008, n.p.)

Os pesquisadores ainda observaram que, embora 70% das entrevistadas (de um total de 437 puérperas) não relatassem preferência inicial pela cesariana, 90% apresentaram esse tipo de parto. Apontam também que a falha rotineira e deliberada na indicação do PC além de atuar sobre o desejo inicial da mulher, atua sobre a própria prática médica. Esses médicos conseqüentemente vão, aos poucos, perdendo a segurança na realização de procedimentos obstétricos mais apropriados para o correto manejo do trabalho de parto e acabam, com isso, banalizando a cirurgia cesariana por considerá-la relativamente mais simples de realizar e de ensinar.

Com a banalização da cesariana, as mulheres não estranham mais a indicação de tantas cirurgias e acabam abrindo mão de seu desejo inicial por um parto normal e concordando com a realização da mesma. É importante ressaltar que esse processo de tomada de decisão pelo tipo de parto se dá numa relação de poder que se estabelece no diálogo entre o médico e a mulher, e que muitas vezes inibe qualquer questionamento da decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural. (...) Quanto ao manejo do trabalho de parto, verificamos que as poucas mulheres que entraram em trabalho de parto foram submetidas a um modelo de assistência que, além de não incorporar a utilização de várias práticas consideradas benéficas pela

evidência científica, é associado ao uso de muitas práticas condenadas pela OMS. A observação do uso de práticas assistenciais que aumentam a dor do trabalho de parto, como a restrição ao leito e o uso de medicações para aumento das contrações, bem como o acesso limitado à analgesia peridural, principalmente na unidade 2, justificam o medo que as mulheres referem da dor do parto normal. (DIAS, et al. 2008, n.p.)

O manejo inadequado do parto normal aparece também no estudo de Vogt et al. (2011) que teve como objetivo de estudo analisar as características da assistência ao parto em três modelos de atendimento do SUS, sendo eles: um hospital tradicional, uma maternidade vencedora do Prêmio Galba de Araújo<sup>15</sup> e um Centro de Parto Normal peri-hospitalar<sup>16</sup>. Os autores concluíram que:

Embora pareça que os riscos das intervenções sejam banalizados pelos profissionais nos três modelos assistenciais estudados e que haja resistência ao uso seletivo de intervenções no parto, os resultados apontam o CPN como lugar preferencial para a assistência ao parto das mulheres de risco habitual. Os resultados da assistência no CPN relativo ao índice de Apgar e à internação neonatal também reforçam as recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre o lugar para o parto. Tal perspectiva é disseminada em outros países, com base em estudos observacionais e experimentais sólidos. Sua implementação depende mais da vontade política do que da produção de evidências adicionais, uma vez que a mudança do modelo releva os conflitos de interesses estabelecidos e altera relações de poder existentes dos profissionais entre si e entre eles e as usuárias (VOGT, et al. 2011, n.p.)

Outro exemplo de manejo inadequado do parto são as episiotomias (corte no períneo para a passagem do bebê) utilizadas de forma rotineira. A OMS indica que tais práticas deveriam ser utilizadas de modo seletivo e que em torno de 10-15% das mulheres necessitem, de fato, de tal intervenção. Santos et al. (2008) ao analisar 279 prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal, em uma maternidade no interior de São Paulo, concluíram que:

<sup>15</sup> Foi instituído em 04 de junho de 1999, através da Portaria nº 2883/GM, tendo como objetivo “Reconhecer e incentivar maternidades que se destaquem, não por sua estrutura física ou tecnológica, mas sim [pelo que] cada uma, dentro da sua realidade, apresente [de] ideias, soluções [que] desenvolva práticas que busquem oferecer um atendimento seguro, acolhedor e humanizado às mulheres e aos recém-nascidos sob seus cuidados”. Ver [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25412](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25412)

<sup>16</sup> Os Centros de Parto Normal (CPN) são unidades de saúde que prestam atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente, ao parto normal. Estas unidades podem estar localizadas nas dependências internas do estabelecimento hospitalar (unidade intra-hospitalar) ou nas dependências externas, a uma distância de, no máximo, 200 metros do estabelecimento (unidade peri-hospitalar). Em 1999, foi publicada a portaria 985/GM de 5/09/99 criando os CPN's no âmbito do SUS. A primeira casa de parto surgiu no mesmo ano, em São Paulo. Em 24 de junho de 2011 a Portaria nº 1.459, que instituiu, no âmbito do SUS, a rede cegonha previu, também, em seu conteúdo a criação dos CPN's. Ver em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Em 29 de maio de 2013 a Portaria nº904 estabeleceu diretrizes para implantação e habilitação de CPN's determinando que a “condução da assistência ao parto de risco habitual, da admissão à alta, [é] realizada por enfermeiro obstétrico ou obstetrix”. Ver em [http://www.dpu.gov.br/images/stories/Infoleg/2013/05/31/Portaria\\_904\\_MS.pdf](http://www.dpu.gov.br/images/stories/Infoleg/2013/05/31/Portaria_904_MS.pdf). Atualmente, segundo o Ministério da Saúde, o Brasil conta com 25 CPN's.

A prática da episiotomia não foi justificada conforme as suas indicações reais. A sua realização ocorreu sem qualquer enfoque seletivo, sendo praticada rotineiramente na instituição. Fica evidente que a medicalização do parto está presente na instituição hospitalar. Mesmo com a evolução obstétrica e a evidência científica, a realização de procedimento cirúrgico no períneo ainda é freqüente. (...) A prática freqüente de condutas obstétricas desnecessárias e arriscadas é considerada uma violação do direito à integridade corporal da mulher e um desrespeito aos seus direitos reprodutivos e sexuais. Acredita-se que a expansão e a prática efetiva da humanização do nascimento e do parto contribuirão de modo mais significativo na preservação da integridade emocional e física da parturiente (SANTOS et al. 2008, n.p.)

A realização de um procedimento cirúrgico sobre um corpo, sem embasamento científico e sem respeitar a vontade feminina que resulta em elevação das taxas de morbimortalidade materna presente nos distintos estudos analisados é evidência lamentável da violação à integridade corporal da mulher gestante. Por outro lado, o incorreto manejo do trabalho de parto, com a utilização de práticas que tendem a aumentar a dor da gestante durante o TP e de práticas que também violam a integridade corporal da mulher durante o parto (como a episiotomia) facilita uma distorcida percepção sobre as dores do PV, aumentando o fator “medo da dor” para com esse tipo de parto e culminando com a aceitação materna problemática pelo PC. Tomando como foco o princípio ético da integridade corporal, princípio ético dos DSDR, que entende o corpo enquanto território que não pode ser violado, a constatação da banalização tanto do PC quanto da episiotomia no PV evidenciada pela ampla maioria dos estudos indicam a negligência para com esse princípio e o desrespeito aos direitos da mulher.

Como já apontada por Vogt et al. (2011), diversas medidas estão sendo tomadas para tentar redirecionar o atendimento a gestação de baixo risco para outros espaços como, por exemplo, os Centros de Parto Normal, onde os partos são assistidos por EO e as práticas humanizadas estão no cerne de sua criação, mas por tratar-se de questões delicadas que envolvem poderes corporativos e de classe, além de uma cultura médica autoritária resistente, tais medida mostram-se ainda insuficientes.

#### **4.2 A Autonomia feminina**

Estudos que buscam fatores associados às elevadas taxas de PC têm desconsiderado, constantemente, a possibilidade de estarem incidindo sobre a autonomia das mulheres gestantes as influências médicas sem embasamento científico ou mesmo as coações, que



levam milhares de mulheres a mudarem a sua preferência de parto ao longo do processo gestacional, refletindo mais uma violação ao DSDR da mulher gestante.

Cesar et al. (2011) ao avaliar a assistência à gestação nos distintos serviços (público x privado) pouco abordou o tema dos direitos da mulher detendo-se na análise do número de consultas, imunizações realizadas, exames laboratoriais realizados, entre outros exames, para definir a assistência qualificada. Os autores, então, concluíram que o no setor privado a assistência é significativamente melhor, mas de forma muito superficial apontaram a necessidade de reduzir as taxas de PC e de episiotomia.

Já Mandarino et al. (2009) ao analisar os aspectos relacionados aos tipos de parto evidenciaram que quase 80% de mulheres atendidas em uma maternidade pública manifestaram preferência pelo PV enquanto que quase 70% das mulheres atendidas em uma maternidade privada manifestaram preferência pelo PC. No entanto, as pesquisadoras salientaram que uma das possíveis explicações para tal preferência no setor privado seja a influência médica mais acentuada, visto que na saúde suplementar o médico que realiza o pré-natal também realiza o parto, sendo este “presumivelmente a favor da cesárea, contribuindo para esses resultados” (MANDARINO et al., 2009).

Tal preferência obstétrica foi verificada em Cardoso e Barbosa (2012) no artigo “*O desencontro entre o desejo e a realidade*”. O estudo evidenciou as desconfianças das mulheres frente às justificativas médicas para a realização do PC e as frustrações fruto da falta de coragem por não terem “batido o pé” pelo PV.

Assim, o estudo evidenciou o quanto a gestação, o parto e a própria experiência da maternidade estão circunscritos em uma sociedade que ainda não confere à maioria das mulheres o direito de fazer escolhas, o que reafirma a importância da luta pelos Direitos Reprodutivos, especialmente no campo da assistência à saúde (CARDOSO e BARBOSA, 2012, n.p.).

Parece-me estranho que em alguns estudos que buscam explicar os fatores envolvidos na decisão pela via de parto estejam ausentes investigações sobre as influências médica (por razões não-médicas) na decisão feminina pela via de parto, principalmente considerando a elevada produção de pesquisas contundentes que apontam para tal fato, além dos dados secundários que indicam que mulheres gestantes que realizam o maior número de consultas pré-natais possuem as taxas de PC mais elevadas, independentemente do risco obstétrico de suas gestações (TEDESCO et al., 2004; QUEIROZ et al., 2005; PIRES et al., 2010). Tal evidência é uma contradição em termos, uma vez que mulheres que realizam o pré-natal de

forma correta tendem a apresentar menos riscos e imprevistos no TP, o que deveria facilitar a ocorrência de PV.

Infelizmente, no princípio ético “autonomia feminina” as práticas médicas evidenciadas pelos estudos analisados não comportam o entendimento de que a mulher é um sujeito crítico e a ela cabe a decisão pela via de parto.

### 4.3 A igualdade no atendimento

Muito embora o princípio da igualdade nos DSDR refira-se primordialmente a existência de leito já no primeiro hospital onde a mulher em TP busque atendimento, além da existência de infraestrutura adequada para toda a assistência à gestação no SUS, Freitas e Savi (2011) em estudo realizado com 604 puérperas observaram que a realização indiscriminada do PC acaba por converter-se também em desigualdades sociais nas complicações da cirurgia. Os resultados apontaram que as complicações pós-cirúrgicas impactam de forma mais contundente àquelas mulheres que vivem em condições sociais e de saúde menos privilegiadas. O estudo faz-se importante, com isso, para a atenção permanente a noção de igualdade na escolha dos procedimentos mais adequados. Os profissionais de saúde não podem perder de vista que mulheres com baixo poder aquisitivo que realizam a cirurgia através do SUS tendem a acumular “fatores de risco para complicações pós-cesárea e, por anteciparem piores condições de moradia e de suporte social após a alta hospitalar, sugerem um potencial incremento no impacto desses efeitos ao retornarem para casa com uma cicatriz cirúrgica” (FREITAS e SAVI, 2011).

Paralelamente a essa situação, a violência institucional sofrida por mulheres usuárias do sistema público de saúde quando em trabalho de parto, que vão desde negligências médicas a agressões físicas e verbais, pode-se constatar as situações problemáticas a que as mulheres gestantes estão expostas, como pode ser evidenciado no relato chocante de uma mulher em TP atendida pelo SUS sujeito de pesquisa de Teixeira e Pereira (2006)

*O médico veio fazer toque em mim, e ainda me chamou de ignorante, porque eu tava sentindo muita dor e ele pediu prá mim abrir a perna e eu não tava aguentando, aí eu pedi para ele esperar e ele me chamou de ignorante, estúpida. Eu respondi ele e perguntei se ele tava ali para atender ou criticar as pessoas que tava ali, as paciente. Ele ficou quieto e saiu. (Ent. 2) (TEIXEIRA e PEREIRA, 2006, n.p.).*

Já Carvalho et al. (2012) ao pesquisar como os profissionais de saúde de um CO justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal observou entre as justificativas

o autoritarismo exercido por alguns trabalhadores sobre as parturientes por estes se perceberem detentores de saberes inquestionáveis.

Por meio da análise dos depoimentos dos trabalhadores, constatou-se a passividade da mulher no momento do parto. A maioria dos trabalhadores realiza os procedimentos sem questionar a parturiente a respeito. Segundo os trabalhadores, a paciente é informada sobre o emprego destes procedimentos, mas não lhe é oferecida a oportunidade de participar da decisão acerca da realização de tais procedimentos. A parturiente não é partícipe nas condutas e ações desenvolvidas durante o tempo que permanece no CO em trabalho de parto (CARVALHO et al., 2012, n.p.).

Foi evidenciada também (em alguns estudos com foco no atendimento oferecido pelo SUS) a prática das parturientes de retardar ao máximo a ida ao hospital após iniciado o TP. A justificativa para tal prática está na argumentação de que desta maneira elas evitariam serem encaminhadas para outros hospitais ou mesmo terem o atendimento simplesmente negado, como mostram Dias e Deslandes (2006):

A insegurança produzida pela incerteza de ter uma vaga para o parto e a possibilidade de ter de, por meios próprios, peregrinar em busca da mesma é uma condição desumana. Diante da expectativa da falta de vaga, a alternativa encontrada pelas mulheres de retardar ao máximo a ida à maternidade para não ter tempo de ser transferida, pode trazer riscos para elas e para os bebês (DIAS e DESLANDES, 2006).

Novamente, agora tendo como foco a igualdade no atendimento, que pressupõe o acesso ao leito e a infraestrutura adequada, verificou-se com a análise dos estudos o desrespeito aos DSDR das mulheres gestantes.

#### **4.4 Diversidade no tratamento**

Tendo em vista a ampla diversidade de mulheres, cada uma com estruturas emocionais distintas, bem como conhecimentos, valores, crenças, etc, coloca-se como fundamental para os serviços de saúde a elaboração de tratamentos e assistências singulares, com foco prioritário na mulher e nas suas necessidades particulares. Tais tratamentos foram pouco evidentes nas rotinas hospitalares, prevalecendo padrões de tratamento hostis, como mostram Santos e Pereira (2012):

Ainda, ao serem admitidas na unidade de centro obstétrico, as parturientes receberam um banho de aspersão e foram transferidas para a sala de parto. Neste local, foram afastadas de seus familiares, permanecendo sozinha

durante todo o trabalho de parto. (...) Tais depoimentos revelam que os trabalhadores da saúde, no contexto da maternidade estudada, encontram-se distantes da parturiente, que em momento singular do parto carece de presença, apoio e informações sobre o que está proposto para ela dentro da assistência, mostrando que as prescrições médicas se mostram como prioridades durante a assistência (SANTOS e PEREIRA, 2012, n.p.).

Em um cenário em que a cesariana aparece como a melhor opção para mulheres gestantes, apoiada na falácia de que a mesma é indolor e mais segura para justificar sua indicação, se contrapõe o “antigo PV”, com atendimento precário, onde mulheres são amarradas, destratadas ou ignoradas, agravando o sofrimento e a angústia das mesmas. Com isso, infelizmente, não é de se espantar as altíssimas taxas de cesárea.

No entanto, é importante perceber que a percepção negativa sobre o PV relaciona-se muito pouco com o parto em si (visto normalmente como um parto ativo e mais saudável pelas mulheres estudadas), mas acima de tudo com o atendimento recebido. Essa situação foi evidenciada por Gama et al. (2009) que pesquisaram as representações e as experiências das mulheres que haviam experimentado os dois tipos de parto. O estudo evidenciou uma representação feminina qualificada entre o PV e o PC, uma vez que todas as mulheres puderam relatar as vantagens e desvantagens de ambos os partos. As autoras concluíram que mesmo diante de uma assistência questionável a preferência feminina foi pelo PV. As desvantagens apontadas para a realização do PC foram as dores no pós-parto, as dificuldades de recuperação e os riscos inerentes à cirurgia.

As mulheres entrevistadas foram estimuladas a comparar suas diferentes experiências de parto nas distintas modalidades de assistência à saúde. Ao compararem o parto normal e a cesárea, as puérperas de ambos os estratos sócio-econômicos destacaram maiores vantagens para o parto normal. São eles: o protagonismo da mulher, as diferenças no cuidado médico, a qualidade da relação com o bebê e a recuperação no pós-parto. As representações quanto ao parto normal são de um parto ativo, no qual as dores são vividas como as “dores de mãe”. “*É botar o neném pra fora. É muito bonito*”. Sinalizaram, também, que o parto normal é mais saudável para o bebê e a mulher, por ser algo mais natural (GAMA et al., 2009, n.p.).

Mesmo com os esforços do MS para humanizar a assistência ao parto produzindo um atendimento com foco nas mulheres e em seus direitos as mudanças ainda são incipientes nos hospitais, pois não conseguem romper com a cultura médico-hospitalar centrada no poder autoritário do médico desinteressado na realização do PV humanizado. Diversas medidas evidenciam essa preocupação como, por exemplo, a liberação do uso de analgesia para a realização do PV pelo SUS, o reajuste geral do valor pago pelo PV, a criação dos centros de

parto normal, onde os partos de baixo risco são realizados por enfermeiras (os) obstétricas (os), a instituição do prêmio Galba de Araújo para as maternidades humanizadas, etc.

A capacitação e o empoderamento das (os) EO's parecem ser a alternativa mais eficaz para romper a resistência à humanização imposta pela cultura médica, os resultados positivos de tal empoderamento apareceram em diversos estudos. Caus et al. (2012) evidenciaram os significados dados pela parturiente em partos assistidos por EO concluindo que:

O significado do processo de parir assistido pela EO representa, para a parturiente: respeito à sua feminilidade, atendimento delicado, liberdade de expressão, aprendizagem, presença que dá segurança e ânimo na hora em que mais teme. A dor é fortemente referida, seguida da satisfação pelo nascimento sadio (CAUS et al., 2012, n.p.).

Conclusões positivas e semelhantes chegaram Nascimento et al. (2010). Os autores debruçaram-se sobre as práticas humanizadas de assistência ao parto realizadas por EO e ressaltaram que:

Tomando como base os achados do estudo, podemos concluir que a abordagem carinhosa, a movimentação corporal e a presença de um acompanhante foram reconhecidas pelas mulheres pesquisadas como práticas e atitudes de cuidado próprias das enfermeiras obstétricas. O uso dessas práticas e atitudes teve efeitos considerados benéficos pelas próprias mulheres. Elas relataram ter sentido seus potenciais internos fortalecidos para a tomada de suas próprias decisões, o que significou para elas o respeito e reconhecimento de seu direito de fazer suas escolhas (NASCIMENTO, et al., 2010).

Mas vale ressaltar que alguns estudos podem estar enviesados por serem realizados por EO sobre a sua própria prática profissional, a fim de expor a qualidade de seu próprio atendimento. Exemplo de metodologia que pareceu-me problemática, gerando dados que podem estar enviesados foi a encontrada em Caus et al.(2012), todas pesquisadoras e também enfermeiras. A metodologia intitulada “diálogo vivido” cuja “enfermeira/pesquisadora e a parturiente relacionam-se de forma criativa, através do encontrar-se, relacionar-se e o estar presente, e cuja meta é zelar pelo bem-estar e pelo estar melhor de ambos” acabou por gerar respostas como a seguir:

*[...] porque ele (o obstetra) foi bem grosso; ele chegou e fez aquele toque muito doído...doeu muito aquilo...(acesso de choro)...você fez o exame com tanto cuidado e ele foi estúpido...(silêncio...choro...), eu tava com medo dele! (Eta)(CAUS, et al. 2012, n.p.).*

O “diálogo vivido” parece-me um método útil e humanista para orientar as práticas hospitalares das EO’s, mas problemático enquanto método científico por exigir que os sujeitos de pesquisa avaliem o atendimento recebido e emitam suas opiniões diretamente ao prestador do atendimento. Tal metodologia de pesquisa, ao que me parece, pode acabar por constranger as mulheres pesquisadas, fazendo com que as mesmas se autocensurem na emissão da avaliação.

## 5. INTERPRETANDO DADOS A PARTIR DA TEORIA FEMINISTA

A assistência mais efetiva seria, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e dos profissionais. Seria um elemento primordial para alcançar os objetivos de uma maternidade segura, pois reuniria eficácia, segurança e racionalidade no uso dos recursos, promovendo uma melhor adesão das mulheres aos serviços (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO/ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Para complementar essa pesquisa foram coletados dados junto ao DATASUS, oriundo do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), referentes às vias de parto dos nascimentos ocorridos no Brasil entre os anos de 2003 e 2013, seja através da saúde suplementar ou particular, seja pelo SUS, ou ainda os nascidos em domicílio (os dados referentes aos nascimentos em domicílios são coletados junto aos cartórios). Vale ressaltar que a utilização do SIH/SUS deu-se devido a ausência de dados de 2011 a 2013 no SINASC, no entanto os dados do SIH/SUS referem-se apenas aos nascimentos ocorrido pelo SUS.

A tabela abaixo apresenta a evolução das taxas de PC de 2003 a 2005, nela verifica-se que o percentual de PC saltou de 39,95% para 43,22% de todos os nascimentos ocorridos, enquanto que o PV apresentou queda de 59,74% para 56,6% no mesmo período (tabela 1).

TABELA 1 – Nascimentos por tipo de parto, 2003 – 2005, Brasil

<b>Tipos de parto</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Vaginal	1.814.987 (59,74%)	1.756.180 (58,03%)	1.717.970 (56,60%)
Cesário	1.213.842 (39,95%)	1.263.634 (41,75%)	1.311.689 (43,22%)
Ignorado	9.422 (0,31%)	6.734 (0,22%)	5.437 (0,18%)
<b>Total</b>	<b>3.038.251 (100,00%)</b>	<b>3.026.548 (100,00%)</b>	<b>3.035.096 (100,00%)</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

As tabelas 2 e 3 apresentam a evolução histórica de 2006 a 2010, e evidenciam, novamente, o aumento constante no percentual de PC que saltou de 45,02%, em 2006, para

52,28%, em 2010, enquanto o PV apresentou nova queda de 54,78% para 47,60%, no mesmo período.

TABELA 2 – Nascimentos por tipo de parto, 2006 – 2008, Brasil.

<b>Tipos de parto</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Vaginal	1.613.318 (54,78%)	1.542.359 (53,34%)	1.510.879 (51,48%)
Cesário	1.325.781 (45,02%)	1.343.733 (46,48%)	1.419.745 (48,38%)
Ignorado	5.829 (0,20%)	5.236 (0,18%)	4.204 (0,14%)
<b>Total</b>	<b>2.944.928 (100,00%)</b>	<b>2.891.328 (100,00%)</b>	<b>2.934.828 (100,00%)</b>

*Fonte:* MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A partir de 2009, então, o número de nascimentos por PC supera o de nascimento por PV, distanciando-se, cada vez mais, das taxas recomendadas pela OMS, de 15% de PC para qualquer lugar do mundo (tabela 3).

TABELA 3 – Nascimentos por tipo de parto, 2009 – 2010, Brasil.

<b>Tipos de parto</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Vaginal	1.436.062 (49,84%)	1.362.287 (47,60%)
Cesário	1.441.692 (50,03%)	1.496.034 (52,28%)
Ignorado	3.827 (0,13%)	3.547 (0,12%)
<b>Total</b>	<b>2.881.581 (100,00%)</b>	<b>2.861.868 (100,00%)</b>

*Fonte:* MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

De 2003 a 2010 é possível verificar a escala ascendente de realização do PC, o que evidencia as dificuldades já relatadas de se modificar rotinas hospitalares e culturas médicas autoritárias centradas no poder do saber sobre um corpo e de um gênero sobre outro. Uma dificuldade que se desdobra em persistente violência de gênero em espaços públicos, pois é quando o parto sai do domicílio para o hospital que a mulher passa a ser, de certa forma, desempoderada (o parto domiciliar não pressupõe empoderamento), sendo retirada dela o direito ao seu parto, ao seu modo e ao seu tempo.

Para os dados de 2011, 2012 e os meses disponíveis de 2013 (janeiro, fevereiro, março e abril) foi possível coletar apenas os nascimentos ocorridos no SUS ou em instituições conveniadas com o SUS. Esses dados, como dito acima, são oriundos SIH/SUS, e foram coletados também através do DATASUS. Assim sendo, por considerar relevante, procedemos à verificação das taxas de PC e PV no SUS, nos anos indisponíveis no SINASC, a fim de abarcar os dados disponíveis dos últimos 10 anos, período também utilizado para a inclusão

dos estudos na pesquisa bibliográfica. Vale ressaltar que as denominações diferenciam-se conforme o sistema pesquisado. Enquanto o SINASC apenas diferencia os tipos de parto (PV ou PC), o SIH/SUS diferencia os procedimentos ocorridos nas internações, estes podem ser: parto normal, parto normal em gestação de alto risco, parto cesariano, parto cesariano em gestação de alto risco e parto cesariano com laqueadura tubária.

Na tabela a seguir é possível verificar que a escala ascendente de PC não é apenas preocupante na saúde suplementar, mas também no SUS. Vale lembrar, ainda, que os dados disponíveis de 2013 são referentes apenas aos meses de janeiro a abril (tabela 4).

TABELA 4 – Internações realizadas pelo SUS, segundo procedimento, 2011 – 2013, Brasil.

<b>Porcedimentos</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Parto Normal	1.141.508 (58,59%)	1.065.295 (56,58%)	334.558 (55,66%)
Parto Normal em gestação de alto risco	59.784 (3,07%)	61.820 (3,28%)	20.732 (3,45%)
Parto Cesariano em gestação de alto risco	87.485 (4,49%)	95.104 (5,05%)	32.933 (5,48%)
Parto Cesariano	637.558 (32,72%)	637.496 (33,86%)	205.413 (34,18%)
Parto Cesariano com Laqueadura tubária	22.068 (1,13%)	23.067 (1,23%)	7.422 (1,23%)
<b>Total</b>	<b>1.948.403 (100%)</b>	<b>1.882.782 (100%)</b>	<b>601.058 (100%)</b>

*Fonte:* Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O SIH/SUS também disponibiliza o número de óbitos ocorridos por procedimento, com isso, procedi também à verificação dos óbitos hospitalares por procedimento obstétrico dos últimos três anos, para uma breve comparação, a fim de qualificar a discussão acerca dos riscos referentes aos distintos tipos de parto. Os dados da tabela a seguir evidenciam outra faceta da violência de gênero, já mencionada anteriormente, que é seu desdobramento em violência física, mais precisamente em aumento nas taxas de mortalidade materna (tabela 5).

TABELA 5 – Óbitos ocorridos pelo SUS, segundo procedimento, Brasil, 2011 – 2013.

<b>Porcedimentos</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Parto Normal	131 (29,63%)	130 (30,02%)	115 (27,45%)	25 (20,49%)
Parto Normal em gestação de alto risco	22 (4,98%)	19 (4,39%)	27 (6,44%)	5 (4,10%)
Parto Cesariano em gestação de alto risco	83 (18,78%)	85 (19,63%)	84 (20,05%)	39 (31,97%)
Parto Cesariano	200 (45,25%)	192 (44,34%)	190 (45,35%)	52 (42,62%)
Parto Cesariano com Laqueadura tubária	6 (1,36%)	7 (1,52%)	3 (0,72%)	1 (0,82%)
<b>Total</b>	<b>442 (100%)</b>	<b>433 (100%)</b>	<b>419 (100%)</b>	<b>122 (100%)</b>

*Fonte:* Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Como os dados do SIH/SUS são referentes aos procedimentos obstétricos realizados nas internações os óbitos são indiferenciados, sendo definidos na nota técnica como a “quantidade de internações que tiveram alta por óbito, nas AIHs [Autorização de Internação



Hospitalar] pagas no período”, mas são exemplares para a comparação dos percentuais para cada procedimento.

Muito embora, seja perceptível a queda dos percentuais de mortalidade, o PV em todos os anos apresentou percentuais menores que o PC. Interessante notar também que embora o PC seja indicado para gestações de alto risco, os dados evidenciam que os *partos normais em gestações de alto risco* apresentam taxa de mortalidade inferiores que os *partos cesáreos em gestação de alto risco*.

A atitude médica, além de não prover a mulher de informações necessárias para a tomada de decisão sobre a via de parto, representa um risco à vida da mulher quando as taxas de PC atingem os patamares verificados no Brasil. Representa além de uma violação política (DSDR são direitos fundamentais, são direitos humanos), a violação física do corpo da mulher, violação legitimada por um saber médico socialmente aceito, que deslegitima a mulher na tomada de decisão sobre o seu próprio corpo.

Em tese defendida na Universidade de São Paulo (USP), Aguiar (2010) pesquisou a violência sofrida por mulheres em maternidades de São Paulo e concluiu que:

Nesse cenário, a violência institucional se encontra banalizada no cotidiano da assistência em maternidades públicas, como retratado no relato de nossos entrevistados. Essa violência, como aponta a literatura se expressa através da objetivação da paciente que não é reconhecida como um sujeito na relação com o profissional de saúde e sim, como um objeto de intervenção para se chegar a um fim. Vigora também a transformação de suas diferenças étnicas, sociais e de gênero em desigualdades, através de condutas discriminatórias que colocam a paciente em posições de inferioridade a fim de reforçar as posições de mando e obediência. [...] a banalização da violência institucional traz em si a banalização do sofrimento da paciente e resulta na sua própria invisibilidade. (AGUIAR, 2010, p.196)

Tendo em vista o exposto, não surpreende o fenômeno verificado há alguns anos do retorno ao parto domiciliar em zonas urbanas. Centenas de mulheres, predominantemente das classes médias e altas<sup>17</sup>, optam por parir seus filhos em casa não por dificuldades de acesso a hospitais considerados renomados, mas por receios de práticas hospitalares violentas institucionalizadas e, também, por novos sentidos e valores dados ao nascimento. Sob o auxílio de profissionais “alternativos” de saúde, como doulas e parteiras, essas mulheres buscam com seus próprios recursos e de forma privada o já referido parto humanizado, em

<sup>17</sup> É sabido que mulheres gestantes de baixa renda que moram em locais distantes de centros de saúde e hospitais realizam, com frequência, partos domiciliares, mas, constantemente, não por escolha e sim por limitação de acesso a serviços de saúde. Ver NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.2. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200012&lng=pt&nrm=iso)>.

que o protagonismo do nascimento retorna para as mães, agora não mais por ausência de serviços e assistência, mas por escolhas informadas e pela busca de autonomia. Como bem argumenta Medeiros et al. (2008).

No modelo de assistência atual, o parto no domicílio está relacionado às práticas culturais de comunidades isoladas com as parteiras, à dificuldade de acesso da usuária aos hospitais, seja pela ausência ou distância, e à falta de recursos econômicos da população. Mas é notório que o parto domiciliar planejado em grandes centros urbanos relaciona-se com uma questão de escolha pessoal da mulher. A casa como lugar de nascimento tem voltado a fazer parte do cenário urbano contemporâneo. "Trata-se, contudo, não apenas de uma mudança de endereço, mas de uma mudança que envolve uma série de novos comportamentos, valores e sentimentos quanto à maneira de dar à luz, que vem sendo tecida no seio destas coletividades" (MEDEIROS et al., 2008, n.p.).

Contudo, não pude deixar de lado as reflexões propostas por Okin (2008) ao abordar a questão do gênero nos distintos espaços. A filósofa política feminista desconstrói a dicotomia entre o público e o privado por percebê-la problemática em suas definições e caracterizações.

Há, no entanto, como os estudos feministas têm tornado cada vez mais claro, duas ambigüidades principais envolvidas na maioria das discussões sobre o público e o privado. A primeira ambigüidade resulta do uso da terminologia para indicar ao menos duas distinções conceituais centrais, com variações em cada uma delas. "Público/privado" é usado tanto para referir-se à distinção entre Estado e sociedade (como em propriedade pública e privada), quanto para referir-se à distinção entre vida não-doméstica e vida doméstica. Nessas duas dicotomias, o Estado é (paradigmaticamente) público, e a família e a vida íntima e doméstica são (também paradigmaticamente) privadas. A diferença crucial entre os dois é que o domínio socioeconômico intermediário (o que Hegel chamou de "sociedade civil") é na primeira dicotomia incluído na categoria de "privado", mas na segunda dicotomia é incluído na de "público" (OKIN, 2008).

Para a autora, pode-se afirmar que existe uma espécie de continuum entre ambos os espaços na medida em que a constituição de direitos sociais ou outros direitos no âmbito público e o respeito a privacidade, pilar do que se entende liberalmente por privado, perde de vista que "a 'proteção total [ao indivíduo], a sua pessoa e propriedade', ainda não é oferecida pela lei a muitas mulheres, para quem o lar, com toda sua privacidade, pode ser o mais perigoso dos lugares" (OKIN, 2008).

No entanto, foi justamente debruçando-se sobre as diferenças de espaços e os protagonistas envolvidos nos distintos espaços de ocorrência do parto (hospital público/hospital privado/ domicílio) que a máxima feminista "o pessoal é político" tornou-se, para a pesquisadora, novamente atual. A esfera pessoal e íntima da sexualidade e da

reprodução que se encontram no desfecho da gestação e são retiradas da mulher no espaço público (hospital público/hospital privado) retornam para ela no espaço privado e atualizam a importância do debate. Não é apenas uma questão pessoal, trata-se de direitos, trata-se de decisão políticas e trata-se, também, de privacidade. Tais reflexões colidem com as constatações de Okin (2008) que mesmo evidenciando a incoerência da dicotomia entre os espaços, por ter como foco o homem e perder de vista a mulher e suas relações de submissão em ambos os espaços, não abre mão da importância da privacidade e de um espaço para garantir a solidão criativa ou mesmo a intimidade.

Ao mesmo tempo em que as feministas desafiam muito do que na teoria política tem dependido da dicotomia tradicional público/doméstico, poucas de nós negariam o valor da privacidade pessoal. Ao analisarmos os argumentos dos teóricos liberais das correntes hegemônicas sobre algumas das razões e o valor de se ter uma esfera privada, entretanto, parece que, sem atenção à relevância do gênero, eles inconscientemente assumem a perspectiva daqueles que não são os principais responsáveis pelo trabalho e organização da vida doméstica. Uma vez que parece provável que as mulheres precisam de privacidade por muitas das mesmas razões pelas quais os homens precisam, a questão final que eu pretendo abordar aqui é se, e em que medida, elas têm a possibilidade de *encontrar* essa privacidade na esfera doméstica, em uma sociedade estruturada pelo gênero. Três razões frequentemente dadas em defesa do valor da privacidade são que ela é necessária para o desenvolvimento de relações pessoais íntimas, que é uma esfera essencial na qual nós podemos temporariamente deixar de lado nossos “papéis” públicos e que ela nos dá liberdade para desenvolver nossas capacidades mentais e criativas (OKIN, 2008).

No entanto, é preciso salientar que essa percepção de que existe o empoderamento da mulher no parto domiciliar por resgate do protagonismo feminino e pela realização da autonomia feminina, pode estar enviesada devido ao contexto em que está escolhida. O retorno ao lar como estratégia para evitar as violências no espaço público pode estar também, significando uma desistência, uma aceitação da violência instituída, e não uma vitória ou apenas uma opção dentre várias, com todas comportando o respeito aos DSDR. Ou seja, uma privatização dos DSDR, tem quem pode pagar. É imprescindível que se lute para a efetivação e o respeito aos DSDR das mulheres gestantes em todos os espaços, sejam públicos ou privados.

É fundamental que todas as instituições de saúde incorporem o atendimento humanizado como premissa de existência. É necessário, ainda, que as instituições e a classe médica se reestruturem levando em consideração que os DSDR não são opções de atendimentos para uma clientela “diferenciada”, são, sim, direitos fundamentais e

indispensáveis para a existência de relações sociais no interior das instituições de saúde e baseiam-se no respeito absoluto a todos os seres humanos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Situar a gestação, que se deslocou ao longo dos anos do âmbito privado, onde a mulher tinha um relativo domínio e controle (vale ressaltar, domínio em um espaço dominado, domínio desvalorizado) para o âmbito social, mediado pela instituição hospitalar e protagonizado pela profissão médica, em relações de gênero é fundamental para entender a transição do parto enquanto evento natural e fisiológico para o parto enquanto processo controlado e medicalizado, mas significa, fundamentalmente, disputar espaços sociais e apontar falhas e desigualdades nos mesmos, para que correções sejam feitas tendo em vista a equidade de gênero e o respeito à mulher nos espaços públicos.

É possível afirmar sem receio que as tecnologias e o desenvolvimento científico contribuíram de forma decisiva para a medicalização e a tecnologização da gravidez e do parto. Não coincidentemente as taxas de PC crescem anualmente desde o desenvolvimento da medicina da mulher. De início, eram utilizadas apenas em casos de mortes maternas e, posteriormente, em casos de “complicações no trabalho de parto” e “gravidez de risco”, segundo definições médicas. Definições essas que carecem de objetividade e de coesão acerca de seu conteúdo, e não possuem unanimidade dentro da própria classe médica, mas mesmo assim são usadas de forma recorrente para determinar a via de parto a ser utilizada.

Cabe, salvo exceções, à mulher a decisão pela via de parto, pois se trata do respeito, não somente a sua autonomia, mas de respeitá-la enquanto ser humano. Menos subjetiva que a noção de respeito, a opção pela via de parto é um direito da mulher. Os DSDR constituem-se enquanto direitos democráticos e fundamentais, pois afirmam que a vida sexual e a vida reprodutiva são dimensões distintas (mas correlacionadas) da vida humana, por isso é imprescindível o respeito e a liberdade nessas esferas, visto serem requisitos necessários para a afirmação plena da cidadania da mulher. São reconhecidos, portanto, como direitos humanos fundamentais. Esses direitos, aplicado ao universo da assistência à maternidade ensejam o atendimento pré-natal qualificado, uma relação dialógica do médico e da equipe de saúde com a mulher gestante (a informando corretamente sobre todas as etapas da gestação de forma embasada em estudos atuais e rigorosos e não na tradição médica ou em outras

referências), o respeito às decisões da mulher, o respeito à integridade corporal da mulher, o respeito à autonomia da mulher sobre o seu corpo, o respeito à decisão de interromper a gravidez (no Brasil apenas quando esta for oriunda de estupro, significar riscos a vida da mulher, e, recentemente, quando for comprovado que o feto é anencéfalo), além de um tratamento igualitário e digno, mas que leve em consideração a diversidade das mulheres e suas necessidades específicas.

O corpo é parte essencial da pessoa humana, portanto é concebido, normativamente, como ente inviolável. A hipótese das elevadas taxas de PC não ocorrerem devido à vontade da parturiente, ou mesmo não se relacionarem com benefícios a sua saúde, denota um gravíssimo problema não só de saúde pública, mas de respeito à pessoa humana, ou seja, de violação inadmissível de direitos humanos. Evidenciar as percepções das mulheres sobre a assistência de saúde recebida na gestação à luz de seus direitos, distanciando-se de argumentos corriqueiros que procuram apenas caracterizar o contexto social em que tais violações ocorrem, torna-se emergente.

O que se pôde observar nos distintos locais de nascimento (hospital público/hospital privado/CPN/domicílio) é a alta incidência de mulheres gestantes usuárias do SUS desrespeitadas e violadas em suas integridades física e emocional, mulheres gestantes usuárias da saúde suplementar convencidas por seus médicos (as) particulares, ao longo das consultas pré-natais, a realizar o procedimento cirúrgico contra a sua preferência ou primeira intenção e, mulheres gestantes, também usuárias da saúde suplementar, mas que por trajetórias de vida distintas, além da disponibilidade de recursos financeiros, que optam pelo retorno ao lar para parir seus filhos como forma de burlar o desrespeito para com a mulher no lócus social urbano do nascimento atualmente, o hospital.

Vários estudos analisados pareceram partir da premissa de que o PC é um procedimento médico pouco diferenciável e, talvez por isso, alguns percam de vista o abismo existente entre um PC solicitado pela mulher ou de inquestionável necessidade e um PC baseado em questionáveis argumentos médicos, ou pior, resultado de decisões femininas limitadas a fim de evitar violências institucionais graves. No primeiro tem-se um procedimento fruto do amadurecimento científico e tecnológico que salva vidas e que é utilizado de forma respeitosa e criteriosa ou de acordo com as vontades femininas, tendo em vista que é um procedimento cirúrgico complexo sobre um corpo com voz, vontade e direitos. No segundo, tem-se um horrendo e arbitrário desrespeito ao ser humano.

Analisando os estudos disponíveis é possível afirmar que as taxas de PC observadas atualmente no Brasil não dão-se por respeito à mulher e à sua autonomia e, sim, por

negligências, imposições e coações dos serviços médicos, ou mesmo pela assimetria de saber. O médico possui uma autoridade socialmente legitimada sobre o corpo da gestante, entende-se que a ele compete decidir sobre os melhores procedimentos para resguardar a saúde da mulher e esse entendimento concede a ele a última palavra sobre a via de parto. Verifica-se, infelizmente, na sua decisão, a banalização do PC, seja em função da segurança errônea que atribuem a ele ou da inconveniência de estar à disposição da gestante, dos imprevistos e das possíveis intercorrências do trabalho de parto. De um lado tem-se cada vez mais posto em xeque o modelo médico tradicional altamente intervencionista e violento (DINIZ, CHACHAM, 2006) e de outro se verifica uma resistência e inobservância das instituições aos novos valores, entendimentos e direitos.

Os estudos feministas possibilitaram reflexões críticas acerca do conceito gênero na medicina. Esse conceito (ainda em construção) postula, primordialmente, o distanciamento de noções biológicas para explicar as diferenças entre homens e mulheres, assim como, rechaça o binarismo (mítico) presente nas representações acerca do feminino e do masculino nas diversas teorizações (inclusive médicas). E foi questionando essas noções problemáticas que o está sendo possível o alargamento da cidadania da mulher através da construção dos DSDR no âmbito da gestação, no entanto, os mesmos ainda precisam ser efetivados, pois mesmo diante de vários esforços, as mudanças ainda são mínimas. No entanto, é importante ressaltar que ainda faltam estudos empíricos que utilizem uma abordagem centrada nos conceitos de gênero e DSDR para uma análise mais aprimorada sobre a situação da cidadania feminina no âmbito da assistência à gestação no Brasil.

## **BIBLIOGRAFIA**

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência Institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. 215 f. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

AVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800027&lng=pt&nrm=iso) acessos em 05 jun. 2012.

BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, dez. 2003. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=pt&nrm=iso) acessos em 18 jun. 2011.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

CARDOSO, Junia Espinha; BARBOSA, Regina Helena Simões. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100003&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; FILHO, O.B.M. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*, São Paulo, v.38, n.5, maio 2010.

CAUS, Eliz Cristine Maurer et al . O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013

CESAR, Juraci A et al . Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, Set. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300006&lng=en&nrm=iso) acesso em 04 Julho 2013.

CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis* [online]. 1996, vol.6, n.1-2, pp. 147-177. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v6n1-2/08.pdf>. Acesso em 19 de junho de 2011.

DIAS, Marcos Augusto Bastos 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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, Oct. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017&lng=en&nrm=iso) acesso em 04 Julho 2013.

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

Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002.

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, jun. 1991. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=pt&nrm=iso) acessos em 18 jun. 2011.

FAUNDES, Aníbal et al . Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, ago. 2004. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400002&lng=pt&nrm=iso) acessos em 18 jun. 2011.

FERRARI, José. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000600020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600020&lng=pt&nrm=iso) acessos em 18 jun. 2011.

FREITAS, Paulo Fontoura; SAKAE, Thiago Mamôru; JACOMINO, Maria Eduarda M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, maio 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000500012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500012&lng=pt&nrm=iso) acessos em 18 jun. 2011.

FREITAS, Paulo Fontoura; SAVI, Eduardo Pereira. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.10, out. 2011. Disponível em [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001000014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000014&lng=pt&nrm=iso) acessos em 05 jul. 2013.

GAMA, Andréa de Sousa et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=pt&nrm=iso) acessos em 19 jun. 2011.

GIDDENS, Anthony. **Transformação da Intimidade**, A. 1 ed. São Paulo: UNESP, 1993. 228 p.

KAC, Gilberto et al . Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.7, n.3, Set. 2007. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000300006&lng=en&nrm=iso) acesso em 05 Jul. 2013.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 13, n.3, dez. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2005000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300011&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013.

MANDARINO, Natália Ribeiro et al . Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700017&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; SANTOS, Inês Maria Meneses dos e SILVA, Leila Rangel da. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc. Anna Nery* [online]. 2008, vol.12, n.4 [citado 2011-11-29], pp. 765-772.



Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400022&lng=pt&nrm=iso) acessos em 19 jun. 2011

MOTT, Maria Lúcia de Barros. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? In: Melo, Hildeta P.; Piscitelli, Adriana; Maluf, Sônia W.; Puga, Vera L. (Org.). **Olhares feministas**. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009.

NASCIMENTO, Natália Magalhães do et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, set. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300004&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. A arte de partear: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Esc. Anna Nery* [online]. 2009, vol.13, n.2 [citado 2011-11-29], pp.319-327. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200012&lng=pt&nrm=iso) acesso em 19 jun. 2011

OLIVEIRA, G. C; CAMPOS, C. H. **Saúde Reprodutiva das mulheres – Direitos, desafios e políticas públicas**, Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H. Boll, Fundação Ford, 2009, 122 p.

OKIN, Susan Moller. Gênero, o público e o privado. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 16, n.2, Agosto 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200002&lng=en&nrm=iso) Acesso em 12 Julho de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PÁDUA, Karla Simônia de et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008&lng=pt&nrm=iso) acessos em 18 jun. 2011.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, fev. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=pt&nrm=iso) acessos em 18 jun. 2011.

PIRES, Denise et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 2, jun. 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200006&lng=pt&nrm=iso) acessos em 19 jun. 2011.

PRÁ, Jussara Reis; EPPING, Léa. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Rev. Estud. Fem.** [online], vol.20, n.1, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n1/a03v20n1.pdf>. Acesso em 10 maio de 2012.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al . Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, dez. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000600011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600011&lng=pt&nrm=iso) acessos em 19 jun. 2011.

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira et al . Freqüência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, Dec. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400008&lng=en&nrm=iso) acesso em 05 Julho 2013.

SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100005&lng=en&nrm=iso) acesso em 04 Julho 2013.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, vol. 16, n. 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990.

SCHREINER, Margareth et al . Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700051&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700051&lng=en&nrm=iso) acesso em 05 Jul. 2013.

TEDESCO, Ricardo Porto et al . Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n.10, dez. 2004. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004001000006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004001000006&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n.6, dez. 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600004&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013.

THEBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul. 2002. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200011&lng=pt&nrm=iso) acessos em 04 jul. 2013.

VOGT, Sibylle Emilie et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, Set. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000900012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900012&lng=en&nrm=iso) acesso em 05 Jul. 2013.

## ANEXO 1

QUADRO 1 – Estudos incluídos na pesquisa bibliográfica

	<b>Autor</b>	<b>Título</b>	<b>Ano/Rev.</b>	<b>Método</b>	<b>Suj./Local</b>	<b>Resultados</b>
1	Barbosa, G. P. et al.	Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?	2003/ Cad. de Saúde Pública	Entrevistas e revisão de prontuários coletados em uma pública e outra conveniada com o SUS.	909 puérperas (454 vaginais e 455 cesáreos)/ Rio de Janeiro (RJ)	A maioria das mulheres, nas maternidades estudadas, não quer e não pede cesárea; Além do desejo da laqueadura, as circunstâncias concretas da assistência no pré-parto/parto parecem influenciar no pedido da mulher.
2	Dias, M. A. B; Deslandes, S. F.	Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro	2004/ Cad. de Saúde Pública	Estudo de caso instrumental. Observação participativa de plantões de maternidade da rede pública e entrevistas semi-estruturadas.	5 médicos efetivos e 4 residentes/ Rio de Janeiro (RJ)	Verificou-se que as indicações feitas pelos obstetras da unidade pública estudada sofrem influência de diversos fatores não obstétricos: a insegurança quanto às manobras obstétricas, a fragmentação do atendimento e o medo da responsabilização jurídica, entre outros.
3	Dias, M. A. B; Deslandes, S. F.	Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência.	2006/ Cad. de Saúde Pública	Estudo qualitativo com entrevistas semi-estruturadas com usuárias de maternidade da SMS/RJ.	22 mulheres grávidas que estavam entre o 8º e o 9º meses de gestação/ Rio de Janeiro (RJ)	Os resultados mostram que as expectativas estão centradas em três elementos principais: admissão rápida na internação, garantia de vaga na maternidade e o atendimento por uma equipe atenciosa e competente que cuide de sua saúde e do seu bebê.
4	Freitas, P. F. et al.	Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em	2008/ Cad. de Saúde Pública	Estudo transversal, dados coletados na maternidade	2.905 partos ocorridos em 2002 e 2004/	O aumento nas taxas de cesariana ao se comparar os dois anos pode ser atribuído, pelo menos em parte, a um crescimento nas indicações

		um hospital universitário no Sul do Brasil.		do HU-UFSC de partos ocorridos em 2002 e 2004.	Florianópolis(SC)	relativas e condições não-médicas.
5	Mandari no, N. R. et al.	Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil.	2009/ Cad. de Saúde Pública	Estudo transversal com aplicação de questionário com perguntas fechadas e abertas coletados em duas etapas (antes e após o TP).	163 primíparas de uma maternidade pública e 89 de maternidade privada/ São Luís (MA).	A taxa de cesarianas foi elevada nas duas maternidades, sendo significativamente maior na maternidade privada, observando-se ainda preferência pelo parto vaginal na pública e pela cesariana na maternidade privada.
6	Gama, A. S. et al.	Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada	2009/ Cad. de Saúde Pública	Pesquisa qualitativa com entrevistas semi-estruturadas em profundidade, realizada em maternidade pública, conveniada com o SUS e particular.	23 parturientes acima de 18 que realizaram os dois tipos de parto/ Rio de Janeiro (RJ).	O modelo de assistência ao parto permanece submetendo quem deve ser sujeito e reproduzindo o projeto da medicalização – mesmo que este processo se manifeste de formas diferenciadas entre os grupos estudados –, o que reduz o campo da assistência e inviabiliza um lugar de poder diferenciado das usuárias.
7	Vogt, S. E. et al.	Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	2011/ Cad. de Saúde Pública	Estudo transversal, dados de prontuários sobre a assistência ao TP em um hospital tradicional, maternidade vencedora do Prêmio Galba de Araújo e um CPN peri-hospitalar.	831 gestantes de baixo risco/ Belo Horizonte (MG)	Os resultados sugerem resistência ao uso seletivo de intervenções em todos os modelos assistenciais, embora favoreçam o CPN como estratégia no controle das intervenções durante o trabalho de parto e parto nas gestantes de risco habitual sem prejuízos para as mulheres e os recém-nascidos.
8	Freitas, P.F.; Savi, E. P.	Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada	2011/ Cad. de Saúde Pública	Inquérito transversal conduzido em duas fases, com uma amostra de mulheres que tiveram partos em uma maternidade, pública e outra privada.	604 puérperas entrevistadas as 24 horas pós-parto e na segunda semana do puerpério/ Tubarão (SC).	Resultados do estudo evidenciam que complicações pós-cirúrgicas da cesariana têm impacto adverso, principalmente, entre aquelas mulheres vivendo em condições sociais e de saúde menos privilegiadas, as quais, após o parto, retornam para um ambiente de menor suporte, com uma cicatriz abdominal.
9	Dias, M. A. B. et	Trajatória das mulheres na	2008/ Ciência	Estudo transversal,	437 puérperas	Observou-se que, embora 70% das entrevistadas não

	al.	definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro	& Saúde Coletiva	em duas unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar.	que tiveram partos vaginais ou cesarianos/ Rio de Janeiro (RJ) e Baixada Fluminense (RJ).	relatassem preferência inicial pela cesariana, 90% apresentaram esse tipo de parto. Verificou-se que, independente do desejo inicial da gestante, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via final de parto.
10	Schreiner, M. et al.	Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional	2010/ Ciência & Saúde Coletiva	Estudo transversal de base populacional. Utilização de questionário padronizado e pré-codificado.	840 mulheres de 20 a 49 anos residentes na zona urbana da cidade/ São Leopoldo (RS)	Foram encontradas evidências mostrando a associação de tipo de parto e variáveis que expressam classe econômica, sendo possível afirmar que a remuneração interfere no tipo de parto.
11	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.	2012/ Physis Revista de Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa com entrevista semiestruturada realizada com mulheres do grupo de apoio à amamentação Amigas do Peito (AP).	15 mulheres que tiveram seus filhos através do setor de saúde privado/ Rio de Janeiro (RJ)	Os resultados evidenciaram uma (sutil ou explícita) interferência do obstetra sobre a escolha das mulheres, influenciando o desfecho em cesariana e sugerindo que, para muitas mulheres, não está sendo possível escapar das “armadilhas” de um modelo biomédico mercantilizado, interventor e iatrogênico, institucionalizado e legitimado pela sociedade.
12	Santos, L. M; Pereira, S. S. C.	Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo.	2012/ Physis Revista de Saúde Coletiva	Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória com utilização de entrevista semiestruturada e solicitação de desenhos que representassem o momento do parto.	19 puérperas/ Feira de Santana (BA)	A análise demonstrou que as entrevistadas vivenciaram o processo parturitivo com solidão, medo, dor, sofrimento, abandono e tiveram seus filhos, sozinhas. Os únicos momentos de assistência foram limitados ao período expulsivo ou do pós-parto.
13	Kac, G. et al.	Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro,	2007/ Rev. Bras. Saúde MaternInfant.	Análise estatística com regressão logística multivariados e hierarquizados de dados de uma coorte no pós-parto com	352 mulheres acompanhadas de 15 dias a nove meses do pós-parto/ Rio de Janeiro (RJ)	A cor de pele branca e a prática de ligadura foram co-variáveis potencialmente associadas à ocorrência de cesárea, enquanto o estado marital em união ou solteira e a idade materna estiveram associadas à ocorrência de aborto, sendo maior a probabilidade para mulheres

		Brasil.		352 mulheres.		acima de 29 anos.
14	Manzini, F. C. <i>et al.</i>	Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil.	2009/ Rev. Bras. Saúde Matern Infant.	Estudo descritivo, transversal, com dados colhidos a partir de entrevista com o gestor da maternidade, análise de prontuários amostrados e observação de partos realizados.	Gestor de serviço de saúde terciário de Botucatu. 29 partos ocorridos em 04 e 05. 293 prontuários de parturientes atendidas em 2003/ Botucatu (SP)	Algumas práticas úteis no parto normal foram pouco utilizadas. Percebe-se uma tendência à incorporação de práticas baseadas em evidências científicas, quando se considerou a realização de procedimentos como tricotomia, enteroclistma e episiotomia, demonstrando uma mudança positiva na assistência ao parto.
15	Pires, D. <i>et al.</i>	A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar Brasileira.	2010/ Rev. Bras. Saúde Matern Infant.	Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, utilizando dados coletados através de entrevistas.	33 mulheres com até dezoito meses de pós-parto/ Porto Alegre (RS), Florianópolis (SC) e Curitiba (PR).	Alta incidência de parto cesáreo e entre os fatores que contribuíram para este fenômeno identificou-se a medicalização do processo gravidez-parto, o medo da dor, a conveniência da data marcada e um processo de negociação/orientação que se estabelece entre a gestante e seus familiares e o profissional médico, fortemente influenciado pelo vínculo de confiança dessa relação.
16	Nagahama, E. E. I; Santiago, S. M.	Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil	2011/ Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	Estudo transversal, com coleta de dados em prontuários hospitalar e entrevistas com questionário estruturado.	569 mulheres que tiveram filhos em hospitais de referência para parto no SUS/ Maringá (PR)	Os hospitais obtiveram desempenho classificado como regular e resultado da assistência insatisfatório, determinado pelas altas taxas de cesarianas.
17	Cesar, J. A. <i>et al.</i>	Público <i>versus</i> privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil	2011/ Rev. Bras. Saúde Matern Infant	Estudo transversal com aplicação de questionário padronizado e com entrevista aberta.	Todas as gestantes residentes no município que tiveram filho em 2007/ Rio Grande (RS).	As gestantes do setor privado receberam de forma sistemática melhor assistência durante o pré-natal em termos de consultas e exames realizados, tiveram seu parto mais comumente realizado por médico, foram mais afetadas por intervenções desnecessárias como cesariana e episiotomia.
18	Faúndes, A. <i>et al.</i>	Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto	2004/ Rev. Saúde Pública	Realização de entrevistas e de auto-questionários.	656 mulheres atendidas no SUS e 147 médicos/	Nos dois tipos de hospital, a grande maioria das mulheres declarou preferir o parto vaginal à cesárea. Essa preferência foi significativamente maior entre

					Campinas, Botucatu, São Paulo e Taubaté (SP) e Recife (PE).	as entrevistadas que já haviam experimentado as duas formas de parto.
19	d'Orsi, E. et al	Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro.	2005/ Rev. Saúde Pública	Estudo do tipo caso-controle, realizado em duas maternidades: pública e conveniada com o SUS.	909 puérperas atendidas em maternidade e pública ou conveniada / Rio de Janeiro (RJ).	As duas maternidades apresentam frequência elevada de intervenções durante a assistência ao parto. A maternidade pública, apesar de atender clientela com maior risco gestacional, apresenta perfil menos intervencionista que maternidade conveniada.
20	Faisal-Cury, A; Menezes, P. R.	Fatores associados à preferência por cesareana	2006/ Rev. Saúde Pública	Estudo transversal com aplicação de questionários.	156 gestantes atendidas em clínica privada/ Osasco (SP).	A motivação para parto cesariano está associada a influências como tipo e grau de satisfação com o parto prévio e renda.
21	Sakae, T. M. et al.	Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário	2009/ Rev. Saúde Pública	Estudo transversal com dados obtidos de prontuários clínicos e registros de admissão, parto e pós-parto.	7.249 partos ocorridos entre 2001 e 2005/ Florianópolis (SC).	Os fatores associados a maior probabilidade de cesárea mostraram a importância de intervenções direcionadas à mulher e sua experiência reprodutiva, assim como mudanças na prática obstétrica.
22	Osava, R. H. et al.	Caracterização das cesarianas em centro de parto normal	2011/ Rev. Saúde Pública	Estudo transversal com análise de prontuários.	2.441 partos assistidos em mar. e abril de 05/ São Paulo (SP).	A prevalência de cesariana mostrou-se dentro dos limites propostos pela Organização Mundial da Saúde.
23	Pereira, R. R; Franco, S. C; Baldin, N.	Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres	2011/ Saúde Soc. São Paulo	Pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, foram entrevistadas	45 gestantes no último trimestre da gravidez/ Joinville (SC).	O desconhecimento das mulheres grávidas sobre a parturição deixa-as inseguras e sem o devido senso crítico sobre o conteúdo de outras fontes de informações, como telenovelas, histórias de outras mulheres construídas pelo meio social e a própria experiência em partos anteriores. Isso gera um comportamento de dúvidas e apreensões. Fragilizada, submete-se a uma cesárea programada para evitar a dor física e emocional provocada pelos medos.
24	Barbosa,	O processo de	2007/	Abordagem	12	A vivência do processo de

	M. <i>et al.</i>	parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social.	Acta Paul Enferm	qualitativa com entrevistas semiestruturadas	mulheres usuárias da saúde suplementar e que encontravam-se na primeira semana pós-parto/ São Paulo (SP).	parto e nascimento, na perspectiva das mulheres que possuem convênio saúde difere dos sentimentos vivenciados pelas mulheres que não têm acesso a este tipo de atendimento.
25	Nagahama, E. E. I; Santiago, S. M.	Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil	2008/ Acta Paul Enferm	Estudo transversal, com pesquisa em prontuário hospitalar e entrevistas.	569 puérperas	Três características compuseram o perfil da parturiente que se beneficiou de atenção mais qualificada: ter menos de 19 anos, ensino médio completo e não ter antecedentes de cesariana.
26	Marque, F. C; Dias, I, M, V; Azevedo, L	A percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização do parto e nascimento	2006/ Esc. Anna Nery	Pesquisa qualitativa de abordagem descritiva.	12 profissionais da área de enfermagem/ Rio de Janeiro (RJ).	Ficou evidenciada a diferença perceptiva das depoentes e a necessidade de mudança de atitude e postura dos profissionais de enfermagem diante da assistência ao parto e nascimento, reconhecendo sua importância como membro da equipe de saúde na assistência à mulher e ao neonato.
27	Crizóstomo, C. D; Nery, I. S; Luz, M. H. B.	A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar	2007/ Esc. Anna Nery	Estudo qualitativo, entrevistas semi-estruturadas, com dados de identificação e questões abertas.	7 mulheres múltiparas/ Batalha (PI)	O parto domiciliar foi natural e humanizado, já o parto normal hospitalar foi conduzido pelos profissionais com intervenções sem a participação ativa das parturientes, tornando-o traumático, desumano e de risco.
28	Medeiros, R. M. K; Santos, I. M. M; Silva, L. R.	A escolha pelo parto domiciliar: história de vida mulheres que vivenciaram essa experiência	2008/ Esc. Anna Nery	Estudo de natureza qualitativa, com método História de Vida.	6 mulheres com idades entre 29 e 40 anos/ Paraíba e Rio de Janeiro	O vínculo entre a enfermeira obstétrica e sua cliente, bem como o respeito por suas escolhas, expectativas e cultura proporcionaram segurança e confiabilidade às mulheres. A escolha informada deve ser tida como um direito. A satisfação com a experiência foi unânime.
29	Santos, J. O. <i>et al.</i>	Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar.	2008/ Esc. Anna Nery	Estudo descritivo, com abordagem quantitativa com análise de prontuários	279 prontuários de mulheres que tiveram partos vaginais/ Interior de SP.	A prática da episiotomia não foi justificada nos prontuários, sua realização ocorreu sem qualquer enfoque seletivo, sendo praticada rotineiramente na instituição, demonstrando que ainda persiste o desrespeito aos direitos humanos adquiridos pelas mulheres.
30	Nascimento, N.	Tecnologias não invasivas de	2010/ Esc.	Estudo descritivo	12 mulheres/	As mulheres perceberam que as tecnologias favoreceram



	M. <i>et al.</i>	cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres	Anna Nery	qualitativo. Entrevistas semi-estruturadas.	Rio de Janeiro (RJ)	seus potenciais para tomada de decisões e identificaram as atitudes e práticas das enfermeiras como decisivas para que não desanimassem durante o parto. A postura e o uso pelas enfermeiras de tecnologias não invasivas contribuem para uma melhor percepção das mulheres sobre o seu processo de parto.
31	Caus, E. C. M. <i>et al.</i>	O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para a parturiente	2012/ Esc. Anna Nery	Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), de natureza qualitativa. Para a coleta de dados foi utilizada a estratégia do “diálogo vivido”	9 parturientes assistidas pela EO/ região do Planalto Norte (SC)	A parturiente assistida pela enfermeira obstétrica percebe um canal intersubjetivo aberto para o encontro, proporcionando-lhe mecanismos de chamados-respostas indispensáveis ao cuidado de si e do recém-nascido.
32	Martins, E. F. <i>et al.</i>	Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto	2013/ Esc. Anna Nery	Estudo transversal. Os dados foram analisados pela distribuição de frequência das variáveis e análise bivariada.	253 óbitos perinatais/ Belo Horizonte (MG)	Foram identificados um alto percentual de falhas assistenciais no processo do parto e um grande potencial de evitabilidade dos óbitos perinatais.
33	Queiroz, M. V. O. <i>et al.</i>	Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará	2005/ Rev. Bras. Enferm	Estudo descritivo retrospectivo baseado em prontuários de uma instituição filantrópica.	1.200 prontuários gestantes atendidas na região do maciço de Baturité/ Ceará.	Evidenciou-se um elevado percentual de parto cesareano com alta incidência em adolescentes. Constatou-se que as principais indicações de cesárea foram ter história de cesárea anterior e doença hipertensiva específica da gravidez. Registrou-se predomínio de gestantes com 4 a 7 consultas de pré-natal.
34	Teixeira, N. Z. F; Pereira, W. R.	Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT.	2006/ Rev. Bras. Enferm	Pesquisa de cunho qualitativo com entrevistas semi-estruturadas gravadas e transcritas.	Dez mulheres que tiveram partos normais no SUS/ Cuiabá (MT)	Dos aspectos que atravessaram as vivências das mulheres, vários estavam relacionados a uma cultura institucional que revelou um atendimento pautado por violência velada e em desrespeito aos princípios do Programa de Humanização do Nascimento do Ministério da Saúde.
35	Previatti, J. F; Souza, K. V.	Episiotomia: em foco a visão das mulheres	2007/ Rev. Bras. Enferm	Estudo de abordagem qualitativa. Utilizou-se para coleta de	20 mulheres, no período pós-parto/ Mafra (SC)	Verificou-se o desconhecimento das mulheres em relação à episiotomia e sobre seu próprio corpo; ainda que, não receberam

				dados um instrumento semi-estruturado.		informações em nenhum momento de que esta é uma intervenção seletiva, indicando a necessidade de ampliação do conhecimento e do resgate da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento.
36	Silva, L. M; Barbieri, M; Fustinoni, S. M.	Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado	2011/ Rev. Bras. Enferm	Estudo qualitativo com entrevista semi-estruturada	8 puérperas sem intercorrências clínicas ou obstétricas, no trabalho de parto e parto/ São Paulo (SP)	Os relatos evidenciaram sentimentos como dor, medo e ansiedade, porém, possibilitou a participação e resgate da autonomia. Embora o estudo tenha sido realizado em um modelo assistencial considerado humanizado, as experiências das puérperas revelam que ainda se distanciam de uma efetiva humanização, conforme seus princípios.
37	Oliveira, S. M. J. V; Miquilini, E. C.	Freqüência e critérios para indicar a episiotomia	2005/ Rev Esc Enferm USP	Estudo quantitativo, descritivo e transversal. Foi utilizado um questionário semi-estruturado composto de questões abertas e fechadas.	12 médicos e 12 enfermeiras que prestam assistência à parturiente / São Paulo (SP)	A episiotomia ocorreu em 76,2% dos partos normais; as indicações mais frequentes foram: rigidez perineal (28,7%), primiparidade (23,7%), feto macrossômico (11,9%), prematuridade (10,2%). O tipo mais citado foi médiolateral direito (92,0%), justificado por: aprendizado durante a formação acadêmica (25,9%), ser adotada rotineiramente (19,4%), menor chance de lesar o esfíncter anal (16,1%), menor risco de complicações (16,1%).
38	Gonçalves, R. <i>et al.</i>	Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias	2011/ Rev Esc Enferm USP	Estudo com abordagem metodológica qualitativa.	7 puérperas que deram à luz na Casa de Parto/ São Paulo (SP)	Os resultados evidenciaram que a mulher que escolhe a Casa de Parto para dar à luz busca pelo cuidado humanizado e que nesse contexto ela passa por experiências positivas e negativas.
39	Carvalho, V. F. <i>et al.</i>	Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal	2012/ Rev Esc Enferm USP	Estudo adota a abordagem qualitativa e caracteriza-se como uma pesquisa exploratória-descritiva.	23 trabalhadores atuantes no CO/ região sul do Brasil	Algumas justificativas para o emprego das práticas: perpetuação de modelos inadequados, facilitação para a assistência no momento do parto e autoritarismo que alguns trabalhadores exercem sobre a parturiente por acreditarem serem detentores do conhecimento.
40	Frank, T. C; Pelloso, S. M.	A percepção dos profissionais sobre a assistência ao	2013/ Rev Gaúcha Enferm	Estudo descritivo com abordagem	8 profissionais que atuaram	A análise revelou que o domicílio, enquanto local de assistência, possibilita o protagonismo da mulher e da

		parto domiciliar planejado.		qualitativa. Utilização de entrevista semi-estruturada com questões abertas.	em partos domiciliares/ Cascavel (PR)	família pela tranquilidade, calma e autonomia. O ambiente é seguro quando se segue requisitos como baixo risco gestacional, avaliação adequada, no decorrer da evolução do parto, presença de materiais adequados, rede transdisciplinar e local pré-definido para encaminhamentos.
41	<i>Bezerra, M. G. A.; Cardoso, M. V. L. M. L.</i>	Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto	2006/ Rev Latino-am Enfermagem	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, sob enfoque etnográfico	maternidade e de grande porte com mulheres que tiveram filhos de parto normal como informantes/ Fortaleza(CE)	Os achados foram refletidos na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, e foram organizados em três categorias: medo; influência das crenças e religiosidade e gestação anterior. A prática do cuidado cultural na assistência à mulher mostrou como é importante a comunicação e o respeito às suas crenças e valores no momento do trabalho de parto e parto.
42	<i>Sodré, T. M. et al.</i>	Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina – Paraná	2010/ Texto Contexto Enferm	Estudo fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schutz.	14 gestantes, com idades entre 14 e 37 anos/ Londrina (PR)	Os resultados evidenciaram que, apesar de desejarem participar do seu parto e de verbalizarem suas necessidades, escolhas e preferências, as mulheres não encontram condições favoráveis para que suas necessidades de cuidado e o desejo de participação nas decisões sobre o parto sejam viabilizados; fato que interfere nas relações face a face e impede o direito à escolha informada em relação ao parto.
43	<i>Brüggemann, O. M. et al.</i>	Filosofia assistencial em uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias	2011/ Texto Contexto Enferm	Estudo transversal com entrevistas estruturadas.	310 mulheres que tiveram filho na maternidade e do HU da UFSC/ Florianópolis (SC)	A satisfação na admissão esteve estatisticamente associada ao fato dos profissionais e acadêmicos se apresentarem, darem as orientações solicitadas e fornecerem apoio emocional; no trabalho de parto/parto esteve associada com privacidade, apoio emocional e recebimento de informações; e no puerpério, com apoio emocional e recebimento de informações. Chance de insatisfação ocorreu quando a mulher não recebeu apoio emocional na admissão (5,70; IC 95%: 1,88; 17,31) e

						não obteve informações no trabalho de parto/parto (6,53; IC 95%: 1,97; 21,64).
44	Cabral, S. A. L. C. S. <i>et al.</i>	Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, Síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo	2003/ RBGO	Estudo de caso-controle. Dados dos prontuários neonatais e obstétricos, realizou-se análise multivariada por regressão logística.	3919 gestantes, sem antecedent e de duas ou mais cesáreas/ Recife (PE)	Ruptura prematura das membranas, idade superior a 34 anos, primiparidade, síndrome hipertensiva e gemelaridade constituíram fatores de risco para cesárea.
45	Tedesco, R. P. <i>et al.</i>	Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto	2004/ RBGO	Estudo qualitativo com aplicação de questionário.	40 pacientes/ Jundiaí (SP)	Os resultados nos mostram enorme contraste entre a preferência das mulheres e os altos índices de cesárea no Brasil. Concluimos que deve haver falha de informação, falta de diálogo entre os profissionais da saúde e a paciente sobre as possíveis dificuldades, dúvidas e anseios que permeiam a escolha por determinada via de parto. Do ponto de vista ético concluimos que os obstetras devem questionar cada indicação para a realização de uma cesárea e respeitar a autonomia da escolha materna sem ignorar os verdadeiros critérios clínicos que levam à decisão médica pela via de parto.
46	Costa, N. D. L. <i>et al.</i>	Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil	2006/ RBGO	Estudo multicêntrico, longitudinal e prospectivo. O estudo incluiu as regiões metropolitanas de Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre e Natal. Mas a base utilizada no artigo contou apenas com as entrevistas realizadas em Natal (RN).	433 mulheres no primeiro momento (Q1), 380 no segundo (Q2) e 269 no terceiro (Q3)/ Natal (RN).	Os resultados mostraram os grandes diferenciais existentes entre as categorias público e privado, demonstrando um claro favorecimento do setor privado, e que a prática obstétrica no Brasil, precisa mudar e melhorar, tanto entre aquelas mulheres com acesso ao serviço privado, que conseguem a realização da cesárea sem consistentes indicações médicas, quanto entre as mulheres com acesso ao serviço público, que enfrentam dificuldades para realização desse procedimento, mesmo com procedentes indicações médicas, de modo a proporcionar igualdade no direito reprodutivo dessas mulheres.
47	Menta,	Relacao entre a	2006/	Estudo	95	Não houve associação entre o

	S; Schirmer , J.	pressao muscular perineal no puerperio e o tipo de parto	RBGO	quantitativo do tipo transversal, realizado em maternidade conveniada ao Sistema Unico de Saude (SUS). Realizaram-se entrevista, exame fisico e mensuracao da PMP por meio do perineometro de Kegel.	primiparas/ São Paulo (SP)	tipo de parto e as condições perineais e a pressão muscular perineal.
48	Giglio, M. R. P; França, E; Lamouni er, J. A.	Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal	2011/ RBGO	Estudo transversal com amostra de puérperas baixo risco.	404 mulheres que tiveram partos normais/ Goiânia (GO)	Os resultados indicam má qualidade da assistência ao parto normal em Goiânia, com baixo valor do índice Bologna, altas proporções de cesarianas eletivas e de urgência, frequência não-adequada de intervenções benéficas e alta ocorrência de algumas intervenções consideradas prejudiciais na assistência ao parto.
49	Pereira, R. R; Franco, S. C; Baldin, N	A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição	2011/ Rev Bras Anestes iol	Metodologia qualitativa com entrevistas semiestruturad as.	45 gestantes dos serviços público e privado de saúde/ Joinville (SC)	Nesse contexto, a dor revela-se como um dos principais construtores das atuais representações sociais femininas sobre a parturição e contribui para a curva ascendente nos índices de cesárea no Brasil.
50	Ferrari, J.	Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia	2010/ Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	Estudo transversal, documental, com realização de inquérito em todos os prontuários médicos relacionados aos nascidos em 2006 e 2007.	1261 mulheres atendidas no CO/ Porto Velho (RO).	As mulheres atendidas no Centro Obstétrico do Hospital de Base, que é uma instituição pública, são, em absoluta maioria, provenientes das camadas populacionais de baixa renda. Todas passaram pela experiência de já terem tido pelo menos uma gestação e os nascimentos ocorreram nos anos de 2006 e 2007 na instituição citada. Ao serem perguntadas sobre a preferência pela via de parto antes daquela gestação 68% responderam que desejavam, àquela ocasião, terem seus filhos por via vaginal e 72% declararam que, em futura gestação, desejarão ter seus filhos pela mesma via. Ademais há uma clara relação

						entre a via de parto escolhida e a experiência anterior.
51	Silveira, S. C; Camargo, B. V; Crepaldi, M. A.	Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres Assistidas e Profissionais de Saúde	2010/ Psicologia: Reflexão e Crítica.	Estudo comparativo entre dois grupos. Para a coleta de dados, empregou-se a entrevista semi-estruturada.	20 mulheres e 20 profissionais de saúde de maternidades/ município não informado (SC).	Entre os profissionais encontraram-se duas representações distintas: a primeira, denota uma visão medicalizada da assistência, e a outra aponta para uma assistência identificada com a proposta do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento. Entre as mulheres assistidas a qualidade da relação estabelecida com os profissionais é o fator que maior influência parece exercer sobre a maneira como representam a assistência recebida.
52	Chacham, A. S.	Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no Brasil.	IN. Simp. Intern. fazendo gênero. UFSC, Florianópolis, 2006.	Não informado.	18 médicos obstetras e 60 mulheres	Nossos resultados indicam que a alta aceitação da cesárea por parte das mulheres pode ser atribuída, em parte, a alguns elementos presentes na relação entre as mulheres das camadas médias e seus médicos. Seriam estes: a aceitação da legitimidade da intervenção médica no parto e a absorção do modelo de conhecimento médico sobre o parto pelas mulheres. Embora não ocorra de forma linear, completa ou acrítica, esta aceitação e absorção do discurso médico pode explicar porque muitas mulheres que desejavam ter um parto normal aceitassem, sem relutância, a indicação da cesárea. Mesmo reconhecendo que há abuso na prática da cesárea, as mulheres geralmente submetem-se à decisão do médico, sem questionar sua validade.

53	Domiguess, R. M. S. M; Santos, E. M; Leal, M. C.	Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate	2004/ Cad. Saúde Pública	Estudo com desenho transversal, realizados por meio de entrevistas.	246 puérperas de parto Vaginal/ Rio de Janeiro (RJ)	Encontrou-se uma elevada satisfação com o parto (67%), sendo os principais determinantes da satisfação a rapidez do parto, o bom tratamento da equipe, o pouco sofrimento, o bom estado da mãe e do bebê, bem como a presença do acompanhante familiar. Verificou-se também associação dessa satisfação com a informação fornecida durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto, e com a percepção positiva dos profissionais que forneceram essa assistência.