



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

DONA DO PRÓPRIO CORPO, DONA DO PRÓPRIO PARTO: REFLETINDO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O DIREITO FEMININO DE PARIR

Rayla do Nascimento Carvalho

Universidade Estadual da Paraíba

carvalhon.rayla@gmail.com

Resumo: Sabe-se que o parto é um dos momentos mais marcantes na vida da mulher e exerce um profundo impacto na construção do ser emocional e social da mãe. Apesar de ser geralmente caracterizado como um momento de extrema alegria, gerado por direitos que prezam a saúde, o bem estar e a integridade física da mãe e do bebê, ainda é comum a violação desses direitos em hospitais, que desencadeiam em diversos traumas nas vidas das parturientes. As violações do direito de escolha da mulher e as interferências físicas e não naturais feitas pelos médicos durante o processo fisiológico do parto estão presentes no âmbito hospitalar e é uma realidade experienciada por diversas mulheres todos os anos. Sendo assim, o presente trabalho tem como principais objetivos compreender o conceito e as diferentes formas de violência obstétrica, analisar as diferentes formas de parir e refletir sobre os benefícios e possíveis intervenções provenientes de cada um desses tipos de parto. A coleta de dados ocorreu através da abordagem qualitativa, no formato de entrevistas em uma roda de grávidas e mães recentes na cidade Campina Grande -PB, na qual buscou-se perceber impressões e experiências positivas e negativas vivenciadas por elas durante o pré-natal e/ou o parto. A partir do que se foi analisado, concluiu-se que há uma inegável necessidade de denunciar a ocorrência de violência obstétrica, assim como a necessidade do empoderamento da mulher frente ao parto através da conscientização dos seus direitos e de suas formas de parir.

Palavras-chave: Direitos humanos, violência, mulher, parto.

Introdução

Ao longo da construção da sociedade brasileira, estabeleceu-se um histórico comum de violência contra a mulher em diversos aspectos e espaços, que violam os direitos femininos à vida e à saúde e desenvolvem danos físicos e mentais na vítima. Porém, apesar de ocorrer tão comumente, nem sempre a violência é percebida e combatida devido ao espaço e a forma que ocorre. Entre as violências "ocultas", está a violência obstétrica. Sobre isso, Juarez *et al.* (apud AGGIO e ANDRADE, 2014, p.1) explica:



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

Assim, podemos caracterizar a violência obstétrica como práticas danosas e invasivas, física ou mentalmente, realizadas contra a mãe por profissionais de saúde durante o pré-natal e/ou o parto. Sendo essas práticas comuns em partos normais e cesáreos, estamos sujeitos a esses atos danosos não só em hospitais públicos, mas também em hospitais privados.

Os atos de violência são resultados de um processo de medicalização do parto, no qual se fundamenta na defectividade do corpo feminino e em uma suposta incapacidade da mulher em parir de forma natural, tendo que haver necessariamente a intervenção de um médico e de seus instrumentos. Esse processo medicalizado limita e poda a singularidade e a liberdade da mulher, além de sua autonomia de decisão e de controle sobre seu próprio parto, consistindo na determinação do tempo, na posição e na forma que a paciente deve parir. Sobre isso, AGGIO e ANDRADE (2014, p. 3) discutem:

A mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, onde o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir, sendo impedidas de ter a presença de acompanhante, de decidir a posição que querem ter seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos.

Assim, os reais protagonistas do parto (a mãe e a criança) passam a ser vistos de forma quantitativa, desconsiderando a individualidade de cada caso e, muitas vezes, as necessidades reais de cada um deles. É notório, portanto, o desaparecimento da cultura de partear, referente a espera e ao respeito dos médicos pelo tempo fisiológico da mãe e do bebê, na qual a intervenção médica só ocorre quando necessário, e um estabelecimento cada vez mais forte



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

da cultura do parto medicalizado, no qual o médico detém total controle no parto e no corpo da parturiente.

Antes de dar continuidade a discussão, é necessário que haja um aprofundamento referente aos tipos de violência obstétrica mais comuns, assim como o momento em que cada ato ocorre. Dessa forma, o tópico a seguir será direcionado para esse aprofundamento e para melhor compreensão das características individuais das práticas danosas em cada tipo de parto.

O leque de atos danosos da violência obstétrica

Um dos direitos básicos das mulheres grávidas, de acordo com a UNICEF (2010, p. 24), é “Ser atendida com respeito e dignidade pela equipe de saúde, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social”. Porém, cotidianamente vemos esse e vários outros direitos da mulher parturiente sendo desrespeitados.

A violência obstétrica pode ter início no pré-natal e caracteriza-se, nesse período, de diversas formas. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013, p. 2) caracteriza a violência no pré-natal como recusa, dificuldade ou negligenciamento no atendimento, humilhação e o constrangimento da paciente por profissionais de saúde devido a classe social, raça, número de filhos, orientação sexual, estado civil, escolaridade, etc., além de agendamento de cesárea sem consentimento prévio da mãe e sem razões científicas.

Como já foi dito antes, a violência obstétrica está presente também durante o parto, sendo ele cesáreo ou normal. Porém, apesar de apresentarem algumas formas de violência em comum, há variações na forma em que ocorrem os atos danosos, tendo em vista as diferenças no processo do parto.

Apesar de ser denominado parto normal ou natural, este tipo de parto vem sofrendo interferências médicas, muitas vezes desnecessárias. Dentre essas ações, está a tricotomia, que refere-se a raspagem dos pelos pubianos da mulher desconsiderando o papel protetor que estes possuem, além do aumento da probabilidade de contaminação advindos do material hospitalar utilizado durante processo; o processo de lavagem intestinal, realizada com o intuito de



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

prevenir que a mulher defeque durante o parto; o uso rotineiro da ocitocina artificial, hormônio utilizado a fim de acelerar o processo de parturição; episiotomia, que refere-se a um corte vaginal feito, além da dilatação, com o intuito de acelerar o processo expulsivo; exames de toque realizados por diferentes pessoas repetidamente de forma agressiva e/ou invasiva; e finalmente, controle de posição do parto, que determina que a mulher deve parir em posição de litotomia (deitada), mesmo essa não contribuindo para a redução da dor durante as contrações e para a utilização da gravidade, como na posição semierguida, que valoriza a posição fisiológica do bebê; e, por fim, a ruptura de bolsa sem consentimento informado, realizado por profissionais de saúde com o intuito de acelerar o processo do parto;

Já no parto cesáreo, a violência obstétrica tem início mesmo antes da cirurgia, quando a mulher é inicialmente privada de alimentação. Além disso, também caracteriza violência a interdição da movimentação da mulher, ou seja, quando a mulher é amarrada na maca impossibilitando qualquer movimento; a tricotomia, que apesar de ocorrer comumente em partos normais, também podem ocorrer em partos cesáreos; a manobra de Kristeller, que visa empurrar a criança em direção a vagina, através da pressão no fundo do útero. Porém, a manobra ou técnica de Kristeller oferece sérios riscos à mãe e ao bebê, tais como fraturas e hemorragias e, apesar de ainda ser utilizada, a prática já é proibida pela Organização Mundial de Saúde (OMS); abandono da mãe no pós-operatório, impedindo o seu contato com a criança e, conseqüentemente, a amamentação na primeira hora de vida; a realização da cesariana cotidianamente e sem fundamento científico, para conveniência médica, através da utilização de fatos não reais e de ameaças referentes a saúde do bebê;

Ainda, a Rede Parto do Princípio (2012, p. 61) classifica como Violência Obstétrica de Caráter Midiático, a forma violência que refere-se à práticas advindas de profissionais através de meios de comunicação que objetivam violar e denegrir psicologicamente os processos reprodutivos das mulheres e seus direitos por meio de signos difundidos de forma pública, e “apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação, no qual estão inclusos a ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno e o incentivo ao desmame



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

precoce.”

Sendo assim, podemos classificar a violência obstétrica como “(...) [atos] praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.” (*op.cit*, p. 60).

A vulgarização do parto normal e do corpo feminino, assim como a exaltação do parto cesáreo e a medicalização do parto, tem se estabelecido socio-culturalmente entre pacientes e profissionais de saúde. Porém, apesar de ser extremamente útil, o parto cesáreo não deve ser utilizado de forma rotineira. Assim, a seguir analisaremos os benefícios do parto normal e do parto cesáreo, pontuando também algumas das reais indicações para a sua ocorrência.

Parto normal x parto cesáreo: benefícios e indicações.

Ao longo de muitas décadas, o parto normal foi a única opção para as mulheres de diversas sociedades. Esse parto ocorria de forma caseira, no qual as parteiras assistiam e auxiliavam essas mulheres e seus recém-nascidos (RN) durante todo o processo de parturição. Entretanto, devido à falta de infraestrutura e às complicações em determinados partos, as mortes de mães e RN muitas vezes não podiam ser evitadas. Por isso, estabeleceu-se um conceito de negatividade entorno do parto normal e em relação ao corpo feminino, caracterizado por essa ideologia como "defeituoso e perigoso" para a saúde de ambos. Entretanto, como veremos abaixo, o parto normal oferece diversos benefícios no que diz respeito à experiência da mãe, para a recuperação desta e do RN.

Por ser um processo natural pertencente ao corpo feminino, a mulher passa por diversos processos durante o parto que a possibilita parir de forma espontânea e que, além de trazer benefícios a ela, beneficia também o RN, já que o corpo feminino também prepara o bebê para uma melhor adaptação a mudança de espaço. Ao listar os diversos benefícios observados no parto normal, tais como o favorecimento da interação mãe-bebê, a recuperação praticamente imediata da mulher no pós-parto e a redução de riscos de infecção hospitalar, LOBO (2012, pp. 1-2) explica também que com o parto natural, o desconforto respiratório



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

enfrentado pelo bebê no pós-parto é menor, já que "pelo canal do parto, o tórax sofre uma descompressão compensatória, afastando os riscos de aspiração de líquido amniótico e asfíxia. A profunda oxigenação que o bebê recebe ao nascer leva ao funcionamento pleno dos aparelhos cardiovascular e respiratório".

Entretanto, há casos específicos em que a cesariana é indicada, de forma que a não realização da cirurgia pode oferecer riscos a vida e/ou graves complicações para a saúde da mãe e do bebê. Essas indicações são chamadas por AMORIM *et. al.* (2010, p. 2) de indicações absolutas e podem ser observadas em raras situações, como, por exemplo, na apresentação cômica.

As indicações para a cesariana também podem ser, ainda de acordo com AMORIM *et. al.* (*op. cit.*) relativas, que há a *possibilidade* da realização do parto normal, de forma que a intervenção cirúrgica ocorre apenas se houver falha nas tentativas de parto normal. Dentre as indicações relativas, estão a distorcia na progressão do parto, má posição fetal e a frequência cardíaca fetal não tranquilizadora e/ou mecônio.

Assim, o parto cesáreo pode ser uma importante ferramenta de auxílio ao processo de parturição e pode ser benéfico em determinados casos. Sobre o benefícios da utilização da cesárea, AMORIM *et. al.* (2010, p. 416) explica:

“Inicialmente, houve uma diminuição da morbidade e mortalidade materna e neonatal com o aumento da utilização da cesariana, o qual ocorreu, particularmente, no início do século 20, com a segurança das técnicas de anestesia e, posteriormente, com o advento da terapia antibiótica.”

Todavia, vale salientar que o parto cesáreo, apesar de ser uma importante ferramenta que pode ser crucial na prevenção da mortalidade materna e infantil, deve ser encarado como *ferramenta* e não ser utilizado rotineiramente como a principal forma de parto em detrimento do parto normal.

Parto humanizado.



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

Ao longo dos anos, o conceito de parto normal, que era inicialmente doméstico, sofreu diversas alterações devido a institucionalização do parto e tornou intervenções médicas cada vez mais comuns. Assim, como explica ABBUD *et al.* (2014, p. 363) “De evento fisiológico, feminino, familiar e social, o parto e o nascimento transformaram-se em um ato médico (masculino), no qual o risco de patologias e complicações se tornou a regra e não a exceção.”

Apesar do parto institucionalizado ter se disseminado como ideal e ter, assim, tornado-se comum, surgiu a necessidade de contrapor essa realidade e tentar recuperar a ideia de nascimento como o evento da natureza feminina. Assim, então, surgiu o parto humanizado, que refere-se ao parto realizado sem a efetuação de procedimentos médicos desnecessários, no qual o atendimento é centrado na mulher e no bebê. Nesse tipo de parto, a mulher e o bebê passam a ser novamente sujeitos principais do parto, de forma que as singularidades de ambos passam a ser respeitadas durante a parturição. Sobre essa singularização, O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN- SP) (2010, p. 5) explica como ocorre:

Chamá-la pelo nome, explicar o que está acontecendo em cada momento e deixá-la – assim como a sua família – o mais orientados quanto for possível, sentindo-se seguros da assistência prestada, são mudanças de comportamento que devem ser incorporadas pelo profissional que está assistindo esta parturiente. O grande foco do parto natural é o resgate do nascimento, através de sua simplicidade e das mudanças de comportamento e atitudes dos profissionais envolvidos no processo.

O parto humanizado proporciona diversos benefícios relacionados a mãe, que se sente mais segura por estar consciente de cada etapa e por poder estar rodeada de pessoas íntimas em um local familiar, além de sentir dona do próprio parto, através da percepção da progressão natural deste. Além disso, o parto humanizado proporciona uma melhor recepção do bebê, evitando violência contra o RN que geralmente ocorre através da exposição do bebê ao frio da temperatura negativa da sala de cirurgia, e através de procedimentos médicos, como a aspiração nasal feita logo após o nascimento, a forma de manuseio da criança e do uso de nitrato de prata nos olhos e/ou em outras partes do corpo, como na vagina. Também, através



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

do parto humanizado, a criança passa a ser acompanhada logo após o nascimento pela mãe e por outros familiares, de forma que a relação mãe-bebê seja reforçada desde o período primário do nascimento da criança.

Metodologia

Os dados foram coletados através de entrevistas, de forma qualitativa, com sete mulheres integrantes de uma roda de discussão na cidade de Campina Grande, Paraíba, que teve início há em média dois anos e que além de discutir temas associados ao parto, estimula outros pontos referentes a alimentação saudável e criação dos bebês. Através de entrevistas, as mulheres foram perguntadas sobre suas experiências positivas e negativas em relação seus pré-natais e/ou seus partos, além de dissertarem sobre seus anseios e desejos referentes a uma próxima gravidez. Com o intuito de manter a descrição de identidade das entrevistadas, os nomes reais foram substituídos por nomes fictícios.

Resultados e discussões

Durante o acompanhamento do pré-natal da sua primeira gravidez, Júlia, que inicialmente queria um parto normal, foi levada pela médica para uma cesariana com a justificativa de que a única forma que o bebê poderia nascer seria através de parto cesáreo, pois ele estava em posição pélvica. A mãe, então, agendou com a médica o nascimento de sua filha. No dia em que o parto estava agendado, Júlia foi trabalhar pela manhã, tranquila como em um dia normal, e durante a tarde foi para o hospital. Ela relatou que só ficou assustada após ver os enfermeiros vindo com a maca buscá-la, já que ela não estava sentindo dor e sua bolsa não havia se rompido. De forma geral, ela afirma que seu parto foi tranquilo, mas que hoje, grávida do segundo bebê, espera ter um parto normal.

Júlia é um exemplo de muitas mães que são levadas diariamente para a cesariana por conveniência médica, que fazem a cesárea sem embasamento clínico, como se estas fossem indicações absolutas. A realização de cesárea por conveniência médica podaria da mulher o direito de escolha, além de privar a mulher do tempo fisiológico do seu corpo em relação ao nascimento da criança. Assim, além de ser uma cesariana sem fundamento, o que é de acordo com a UNICEF (2010, p.51) “inadmissível”, é necessário que a realização da cesariana ocorra “apenas depois do início do trabalho de parto. A natureza tem ritmos e razões que cesarianas com hora marcada por conveniências desrespeitam.” (*op.cit*). Sendo assim, cesariana sem fundamento científico, marcada por conveniência



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

médica caracteriza violência obstétrica, pois a parturiente sofreu influência psicológica de sua médica que a induziu a ações (a realização do parto sem estar em trabalho de parto e sem embasamento clínico), contrariando sua singularidade e seus desejos referente ao parto.

Camila também se deparou com médicos que tentaram levá-la para o parto cesáreo, porém, a parturiente não aceitou e, por isso, teve que passar por cinco obstetras para que ela “não fosse levada pela mão para uma cesárea”. Após visitar vários médicos, ela encontrou um obstetra que aceitou realizar parto normal e que a esperou entrar em trabalho de parto, que só ocorreu na 41ª semana de gravidez. Apesar de seu parto ter sido vaginal, ele não ocorreu de forma natural, devido a intervenções médicas, como a episiotomia e a manobra de Kristeller.

Ambas as intervenções feitas durante o parto de Camila configuram violência obstétrica. A manobra de Kristeller apresenta diversos riscos a saúde da mãe e do bebê, como explicado alguns tópicos anteriores, e por isso, foi condenada pela OMS; e a realização da episiotomia de forma rotineira é considerado violência obstétrica por submeter mulheres a este procedimento “em uma relação de confiança com o profissional de saúde, em um momento de vulnerabilidade, muitas vezes sem aviso e sem informações científicas, em uma situação na qual não é possível se defender”. A episiotomia, apesar de ser feita geralmente com o intuito de prevenir rupturas no períneo da mulher, causa os danos superiores às mulheres que possíveis danos provenientes de laceração durante a passagem da criança. Também, o parto de forma vaginal não caracteriza a ruptura do períneo como regra, ou seja, há a possibilidade que este permaneça íntegro, como explica o grupo O Parto do Princípio (2012, p. 81) “Quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão.”

Assim como Camila, Marina também quis ter sua filha por parto vaginal, porém, enfrentou diversos problemas pessoais nas últimas semanas de gravidez, o que fez com que seu parto durasse cerca de vinte horas. Durante esse período, Marina foi impedida de comer e dormir pela médica, que achava que o parto de Marina teria que ser cesáreo. A privação de líquido e comida para a gestante enquadra-se em violência obstétrica, que de acordo com o grupo Parto do Princípio (2012, p. 60) enquadra-se em violência obstétrica de caráter físico, que se refere a “ações que incidam sobre o



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.”. Além disso, a Organização Mundial de Saúde (1996, p. 9) explica que a restrição severa de ingestão oral pode causar danos, como à desidratação e cetose, pois durante o trabalho de parto enormes quantidades de energia são requeridos e, como a sua duração não pode ser prevista, as fontes de energia necessitam ser reabastecidas para que o bem estar da mãe e do feto sejam assegurados.

Beatriz também teve sua filha por parto normal, porém seu parto foi exatamente como ela quis. Seu parto durou mais de 30 horas e seu tempo foi respeitado, além de seu corpo, seus desejos e sua singularidade. Mesmo com a longa duração, ela afirmou que teve o auxílio de uma doula durante todo o parto e que apenas mínimas intervenções foram realizadas durante seu parto. O parto de Beatriz foi um parto humanizado, pois, como explica o COREN -SP (2010, p. 5) pois foi regido por “Paciência, tranquilidade, respeito ao outro e conhecimento científico [que] são conceitos-chave para o acompanhamento do parto natural. A mulher é o centro das atenções e a figura principal, tendo ela poder sobre seu próprio corpo e sobre o processo do nascimento.”

Além da violência obstétrica, outros pontos em comum também foram observados nos relatos das parturientes, como o desejo que seus filhos nascessem por parto vaginal e, em contrapartida, a pressão da sociedade enfrentada por todas para que elas mudassem de opinião e realizassem o parto cesáreo. Entre elas, Marcela que é nutricionista e trabalhava durante sua gravidez em um hospital, no qual ouvia sempre das enfermeiras obstétricas que as crianças que nasciam por parto normal nasciam “abatidas e não choravam”, e afirmavam que “sua barriga estava muito alta e que a criança não iria nascer de parto normal”.

O relato de Marcela evidencia o conceito pré-estabelecido sobre a defectividade do corpo feminino e do parto normal, e a propagação desse discurso no meio social, inclusive entre profissionais de saúde. Devido a essa propagação, várias mães temem o parto normal e até o evitam, como Alusca, que entrou em trabalho de parto, mas “por medo e falta de empoderamento”, preferiu que seu parto fosse cesáreo. Apenas após o contato com mães que possuem diferentes visões sobre o parto normal e/ou de mães que tiveram experiências



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

positivas, Alusca se empoderou e passou a desejar que seu próximo filho nasça de forma natural. É necessário que, como Alusca, outras mulheres também tenham consciência de que seus corpos não são defeituosos e que as situações em que há necessidade de intervenção médica são exceções, e não regras. O corpo da mulher foi fisiologicamente preparado para o parto natural, assim como para gerar a criança e para amamentá-la.

Sendo assim, os dados coletados nas entrevistas revelaram quão comuns são as formas de violência obstétrica, que ocorrem, geralmente, de forma psicológica e física. Para que o número atual de ocorrências de violência obstétrica, presentes na maioria dos hospitais públicos e privados do Brasil, seja reduzido, é necessário que haja maiores campanhas elaboradas pelo Governo, para que as mulheres tenham contato com um discurso que as digam que são capazes de parir, ao invés de se basear no discurso de terceiros socialmente disseminados sem embasamento científico. Além disso, é necessário que nos encontros com profissionais de saúde, os temas referentes à gravidez e ao parto sejam abordados de forma íntegra por profissionais de saúde, ao invés de usar seu papel para intimidar ou assustar as pacientes que não possuem conhecimentos referentes ao tema.

Conclusão

Sabe-se da dificuldade de prevenir atos de violência obstétrica, principalmente porque envolve uma relação de poder (médico-paciente) em um momento de sensibilidade e medo, no qual a mulher “necessita” do auxílio médico. Porém, é necessário que as práticas sejam denunciadas e que as mulheres não se intimidem por essa relação de poder estabelecida socialmente. As mulheres precisam ter a consciência de que são donas do próprio corpo e que, por isso, têm o direito de escolher desde a forma de parir (cesáreo ou normal) à posição em que ela parirá. Para que haja combate e prevenção do uso dessas práticas, é necessário que a palavra união torne-se a palavra de luta, pois a luta contra a violência obstétrica não é nem deve ser exclusiva a mulheres parturientes, a enfermeiros e obstetras.

Apesar da constante ocorrência de violência obstétrica no âmbito hospitalar brasileiro, é possível notar que as mulheres, mesmo que em pequenos grupos, estão assumindo



XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

novamente o poder e controle de si e de seus partos. Assim, torna-se necessária a ampliação de acesso ao parto humanizado, para que várias mulheres tenham o direito de recuperar o controle e de serem protagonistas do nascimento de seus filhos e filhas, de forma que a realização de práticas danosas desnecessárias sejam minimizadas e, as mulheres, protegidas.

Referências Bibliográficas

ABBUD, Fernanda de Souza Freitas. PREGNOLATTO, Olívia Separavich. SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira. SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. SILVA, Michelle Gonçalves da. *Do parto institucionalizado ao parto domiciliar*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [online], vol. 15, núm. 2, março-abril, pp. 362-370: Fortaleza, 2014. Disponível em [:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263022>](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324031263022) Acessado em <15/04/2015>

AGGIO, Cristiane de Melo. ANDRADE, Briena Padilha. *Violência obstétrica: a dor que cala*. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas: Londrina, 2014.

AMORIM, Melania Maria Ramos. PORTO, Ana Maria Feitosa. SOUZA, Alex Sandro Rolland. *Indicações de cesárea baseada em evidências: parte I*. FEMINA, agosto, vol 38, nº8, 2010.

CONSELHO, Regional de Enfermagem de São Paulo. *Parto natural*. COREN SP, São Paulo: 2010.

DEFENSORIA, Do Estado de São Paulo. *Violência obstétrica: você sabe o que é?*. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis, Coordenadoria de Comunicação Social e Assessoria de Imprensa da Defensoria Pública do Estado São Paulo: São Paulo, 2013.

LOBO, Merielle Barbosa. *Parto Normal: a natureza se encarrega, mamãe e bebê agradecem*. Pró-Saúde Escritório Regional: Tocantins, 2012.

REDE, princípio do parto. *Violência Obstétrica "Parirás com dor"*. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012. Disponível em <>Acessado em <12/02/2014>

UNICEF, Fundo das Nações Unidas Para a Infância. *Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê*. Globo: São Paulo, 2011.

WORLD, Health Organization (WHO). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO, 1996.