

ISSN 2525-6904



NÚMERO ESPECIAL



Violência Obstétrica na Operação Cesariana a necessidade de humanização do nascimento

Lucília Mendes de OLIVEIRA E SILVA, *Universidade Federal de Uberlândia*

O seguinte trabalho tem como foco propor reflexões sobre a importância do tratamento médico humanizado durante a realização de uma cirurgia cesárea. O momento do parto é repleto de medo, fragilidade e amor por ser o primeiro contato dos pais com o bebê fora da barriga. No caso de uma intervenção cirúrgica também está presente os riscos de complicações ou, até mesmo, a necessidade de corrigir complicações que tiveram início durante o trabalho de parto. A partir desta perspectiva o trabalho traz a análise de relatos de parto nos quais a relação de poder estabelecida entre a equipe médica e a parturiente dentro do ambiente hospitalar aponta para a violência obstétrica vivenciada em uma cesárea. Esta relação desigual de poder pode levar à ocorrência de violência obstétrica contra a mulher e nos faz pensar sobre a necessidade de ampliar o debate sobre a humanização do parto, proposta pelo Ministério da Saúde, de forma a abarcar também os casos nos quais a cesárea é necessária.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica. Parto Humanizado. Cesárea. Relato de Parto. Protagonismo Feminino.



Introdução

Este artigo é fruto de uma pesquisa desenvolvida durante o Mestrado em Ciências Sociais e tem como objetivo discutir a necessidade de humanização do parto, inclusive nos partos realizados via operação cesárea. O objetivo geral da pesquisa foi de compreender, mediante um estudo de caso de um grupo de gestantes da cidade de Uberlândia – Minas Gerais, como as mulheres preparam-se para o parto e se elas conseguem ter acesso a um tratamento humanizado. Para obter os dados necessários foram realizadas 9 entrevistas com as participantes do grupo, sendo gestantes ou mulheres que já tinham passado pelo parto. As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro semiestruturado e com a aplicação de um questionário socioeconômico para traçar o perfil das entrevistadas. As ordem das entrevistas seguiu a disponibilidade das mulheres em relatarem suas experiências e o único critério foi a participação em alguma atividade do grupo de gestantes. A metodologia utilizada para interpretar as entrevistas foi a Análise do Discurso, com o objetivo de captar os embates e hierarquias entre os grupos, entre as classes, assim como os diferentes discursos presentes em um conjunto de entrevistas, que pode ser considerado inicialmente como permeado por um discurso homogêneo (CARMO, 1999). Ao longo das entrevistas apareceram relatos importantes sobre mulheres que fizeram uma cesárea com acompanhamento de um grupo particular que fornece um atendimento humanizado e, apesar disto, as mulheres consideram que sofreram violência obstétrica.

A violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero por ser praticada contra a mulher, no exercício de sua saúde sexual ou reprodutora pelos profissionais da saúde, do setor público ou privado. A violência obstétrica pode ter caráter físico, psicológico, sexual, institucional e reduz a autonomia das mulheres por passarem a depender de uma intervenção técnica (médico) para lidarem com sua vida sexual e reprodutiva (GOMES, 2015). Este tipo de violência pode ocorrer no pré-natal, durante o parto, nos primeiros meses de vida do bebê ou após um abortamento.

Para reduzir os casos de violência obstétrica uma das alternativas é humanizar o atendimento médico e hospitalar fornecido à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Humanizar é acreditar na fisiologia da gestação e do parto. É respeitar esta fisiologia, e apenas acompanhá-la. É perceber e refletir sobre os diversos aspectos culturais,



individuais, psíquicos e emocionais da mulher e de sua família. É devolver o protagonismo do parto à mulher. É garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha.

O parto humanizado, cujo movimento surgiu na década de 80, pressupõe uma relação com o corpo baseada em conceitos modernos como autonomia e individualidade. Por isso percebe-se a importância do protagonismo feminino no parto. Mediante os relatos poderemos entender como as mulheres percebem o tratamento recebido e o classificam como violência ou não, assim como elas pensam ser a relação de poder entre a parturiente e a equipe médica durante o momento da cesárea.

Violência Obstétrica e parto Humanizado

De acordo com relatos disponibilizados no *site* da Rede Parto do Princípio¹ algumas formas comuns de violência obstétrica são: humilhar, xingar, coagir, constranger, fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou situação econômica; utilizar de forma inadequada procedimentos para acelerar o parto; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; violar direitos da mulher garantidos por lei; não oferecer condições de amamentação e do contato do bebê sadio com a mãe, entre outros.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, que foi uma pesquisa de opinião realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC em 2010, constatou que uma em cada quatro mulheres sofreu algum tipo de violência durante o trabalho de parto. Entre as violências citadas estão a realização do exame de toque de forma dolorosa, a falta de oferta ou negativa de algum tipo de alívio para a dor, a falta de informação sobre um procedimento que

¹ “A Parto do Princípio é uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais. A rede apoia a auto-organização dos grupos regionais e a articulação com outros movimentos sociais, o que favorece a elaboração de demandas locais e regionais bem como a denúncia de conjunturas que firam direitos das mulheres. Assim, fortalecem-se a participação política das mulheres e sua atuação como cidadãs a partir de suas realidades e fomenta o empoderamento feminino. (<http://www.partodoprincipio.com.br/sobre> acesso em: 10/05/2018).



estava sendo realizado, gritar ou xingar a mulher e a negação ao atendimento.

Em 2012 foi finalizada a pesquisa Nascir no Brasil, por meio da Fundação Osvaldo Cruz, e esta trouxe dados para pensar os partos no país e os índices de boas práticas obstétricas nos hospitais, públicos e privados. A pesquisa mostra que a episiotomia foi realizada em 53,5% dos partos vaginais, sendo que em 36,1% dos casos foi realizada também a manobra de Kristeler (consiste em subir na barriga da mulher ou empurrar sua barriga com o propósito de forçar o nascimento da criança).

Já foi comprovado cientificamente que a utilização da episiotomia na maioria dos partos vaginais não auxilia de fato no nascimento e pode ter uma recuperação mais complicada do que a laceração natural do parto. A manobra de Kristeler é considerada uma violência obstétrica, de caráter físico, e também não auxilia de fato no nascimento. Infelizmente não existe uma pesquisa que traga dados sobre outros tipos de violência obstétrica, mas por meio dos relatos das mulheres é possível estimar a quantidade de violências sofridas, principalmente porque muitas mulheres ainda não sabem quais técnicas são consideradas violentas e podem achar que foram utilizadas porque eram necessárias.

A humanização no tratamento realizado por profissionais da saúde vem como uma solução para acabar com a violência obstétrica, e outros tipos de violência hospitalar, vivenciada por tantas mulheres no país. O parto humanizado pressupõe uma relação com o corpo baseada em conceitos modernos como autonomia e individualidade. Por isso, percebe-se a importância do protagonismo feminino no parto. Como nos mostra Tavolaro (2011):

Tal defesa traduz-se necessariamente na garantia de recursos e procedimentos que viabilizem a reaproximação “consciente” das mulheres com seus corpos, o que envolve a retirada do poder de decisão sobre seus corpos da equipe médica bem como o uso de artifícios que a aliene de seu corpo, como, por exemplo, o processo cirúrgico desnecessário. As noções de individualidade e autonomia, neste caso, aparecem através da ideia de que ninguém melhor do que a própria mulher para administrar seu corpo, evidenciadas, por exemplo, nas formas de se administrar a dor do parto. (TAVOLARO, 2011, p. 42)



Dentro da concepção do parto humanizado o corpo é entendido não somente como pertencente a um sistema de ação simbólico e social, mas também de um sistema de ação fisiológico. A mulher questiona as escolhas tomadas por terceiros sobre seu corpo e pretende torná-lo um projeto reflexivo, mas não com base em uma estrutura social, agora com base em um retorno aos desígnios da natureza operante sobre seu corpo no trabalho de parto.

O partejar foi por séculos uma tradição exclusiva de mulheres, exercida por parteiras e curandeiras, mulheres que conheciam a progressão do parto, as técnicas necessárias para facilitar o parto, inclusive por experiência própria. Por ser considerado uma tarefa desvalorizada os poucos médicos não se interessavam por aprender a fazer partos. Somente no final do século 19 ao descobrir-se a complexidade do corpo da mulher e perceber-se a possibilidade de comandar o nascimento para prevenir os perigos do parto é que a medicina se interessa por dominar o partejar (NAGAHAMA, 2005).

Tendo em vista o número exagerado de cesáreas desnecessárias, o parto humanizado torna-se, não só, uma necessidade como uma importante forma de aumentar as taxas de partos normais. Mesmo no SUS, onde as taxas de cesáreas são de 40%, o parto normal não é necessariamente humanizado. Os relatos de violência obstétrica apontam para a necessidade de se repensar como o parto hospitalar é direcionado pelos profissionais da saúde. O Ministério da Saúde atualmente vem tentando diminuir as altas taxas de cesáreas no país, que em 2014 chegaram a 40% no SUS e a 84,6% na rede privada.

Em 2004 é lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, sendo uma parceria entre governo federal, estaduais e municipais. A ação pública governamental tem um papel fundamental na construção de diretrizes para um atendimento mais humanizado, mas os movimentos sociais também tiveram um papel importante nestas conquistas e avanços. Em 2014 surgem os Cadernos HumanizaSUS, sendo o volume 4 dedicado à Humanização do Parto e do Nascimento. Nesse volume o enfoque é o atual protagonismo da mulher, de forma a rever o modelo obstétrico atual. Inclui também relatos jornalísticos e de experiência sobre como o parto acontece no país. Encontra-se também diretrizes do governo sobre o parto normal, os casos em que a cesariana é indicada, o papel da doula no trabalho de parto, dentre outras.



De acordo com o *site* Despertar do Parto, doula é uma palavra com origem grega e significa ‘mulher que serve outra mulher’ e hoje aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional às gestantes durante a gravidez e, especialmente, durante o parto. Durante o trabalho de parto ela presta assistência à gestante, garantindo que suas necessidades sejam atendidas, ajudando a mulher a relaxar e aliviar a dor. É capacitada a dar auxílio durante o pré-natal, o trabalho de parto assim como auxiliar no pós-parto e no início do aleitamento.

Antes da medicalização do parto, quando este ainda ocorria em casa, a parturiente contava com o auxílio de outras mulheres, como sua mãe, sogra, irmãs, tias, para cuidar dos demais filhos e das tarefas da casa. Com a mudança do parto domiciliar para o parto hospitalar a responsabilidade do parto ficou nas mãos de profissionais como médicos obstetras, pois 98% dos partos são assistidos pelos mesmos, mas estes especialistas apenas oferecem o suporte às necessidades físicas do parto por isso a importância de uma pessoa para apoiar emocionalmente a parturiente.

A humanização do parto é um direito da mãe e do bebê, para além de uma escolha. Este momento deve ser pleno de respeito, cuidado e acolhimento para os dois. Para garantir um tratamento humanizado é necessário garantir a autonomia e liberdade de escolha à mulher, promover um ambiente acolhedor, oferecer à mulher as melhores condições e recursos disponíveis para que ela se sinta segura nesse momento, prestar assistência ao parto baseada em evidências científicas.

Entendemos como aspecto principal da diretriz para humanização do parto o incentivo à autonomia da mulher. Através de um pré-natal com orientações, informações, com o apoio de uma equipe multidisciplinar e do planejamento do parto através de ferramentas como o plano de parto, as mulheres podem ter maior segurança para tomar decisões sobre quais procedimentos serão realizados no parto. Para que isto seja possível estas mulheres precisam repensar e conhecer mais o seu próprio corpo, tornando-se sujeito de direitos com força para exigí-los na prática.

Cesárea Humanizada

O principal objetivo dos projetos do Ministério da Saúde para a humanização do parto é garantir um tratamento que respeite a mulher e



garanta o aumento das taxas de parto normal, por ser um parto mais saudável e com menos riscos para a mãe e o bebê. No entanto existem situações em que o parto normal não é possível e torna-se necessário pensar a possibilidade de uma cesárea humanizada.

Durante a pesquisa nos deparamos com alguns relatos de entrevistadas que fizeram uma cesárea com um grupo de médicas que oferecem um atendimento humanizado e vivenciaram situações consideradas por elas como violência obstétrica. Duas entrevistadas fizeram parte de um grupo de gestantes, fizeram preparação corporal para o parto, contaram com o acompanhamento de uma doula, elaboraram um plano de parto bem detalhado, enfim, seguiram vários passos para garantir um tratamento humanizado para o seu parto. Ao contratar a equipe a expectativa era de realizar uma cesárea somente em caso de necessidade e garantir que, nem no parto normal, nem na cesárea, a mulher e o bebê sofressem alguma violência obstétrica.

Infelizmente na prática isto não aconteceu. Ambas entraram em trabalho de parto e, por fim, acabaram optando pela cesárea. No caso de E32² o trabalho de parto durou várias horas, mas, devido a questões emocionais pessoais a dilatação não evoluiu e poderia demorar horas, e a anestesia não estava disponível por isso ela escolheu realizar uma cesárea. Todo o trabalho de parto foi vivenciado em casa, na companhia do marido e da doula, e de forma bem tranquila, apesar das contrações, no entanto tudo mudou quando E32 chegou ao hospital.

Por estar sentindo muitas dores devido às fortes contrações E32 entrou no hospital gritando para extravasar a dor, segundo relato, e bem em sua entrada ela já começou a sofrer violência psicológica pois a enfermeira que empurrava sua cadeira de roda ria de seus gritos. Logo antes da cirurgia começar o anestesista fez uma ‘brincadeira em hora imprópria’ ao falar que não poderia aplicar a anestesia porque as costas dela eram tatuadas. Esta fala gerou mais medo e desespero em um momento de fragilidade. A cesárea também iniciou sem a presença do pai do bebê, que era seu acompanhante e quando o bebê nasceu não contaram para E32 o que acontecia nem que ele já tinha nascido. Quando a cirurgia acabou a entrevistada foi deixada sozinha na sala de cirurgia e quando duas enfermeiras vieram para levá-la para o quarto acabaram derrubando-a da maca. Esta queda causou machucados que

² Para garantir o anonimato das entrevistadas utilizamos a primeira letra do nome seguida pela sua idade para nomeá-las.



impediram a entrevistada de andar normalmente por alguns dias. Mesmo depois destas situações a entrevistada afirma que sofreu menos violência por estar com uma equipe humanizada e acredita que poderia ter sido pior se a equipe fosse outra.

Já para a entrevistada A31 o serviço da equipe não valeu o investimento. A sua bolsa rompeu com mecônio – substância de cor esverdeada que constitui as primeiras evacuações do bebê dentro da barriga da mãe – e por isso foi necessário ir para o hospital para monitorar o bebê. O trabalho de parto estava bem no início e ela preferiu induzir o parto para tentar o parto normal. Porém a indução iria demorar muito para surtir efeito – cerca de doze horas de acordo com a médica plantonista – e a mesma não passou confiança para A31 de que seria seguro esperar pela evolução do trabalho de parto. Para a entrevistada quando a cesárea faz-se necessária ela torna-se mais uma cirurgia de rotina, seguindo um protocolo e perdendo qualquer aspecto de humanização que ela poderia ter.

No meu plano de parto estava escrito ‘quero o meu acompanhante o tempo todo comigo’, ‘quero segurar o meu neném’. [...] eu tinha certeza que se tivesse que ir para cesárea por uma situação de necessidade ela seria humanizada e não foi, de jeito nenhum. Aliás no meu plano de parto estava até escrito coisas como eu queria que não tivesse um ar condicionado muito forte, eu não queria que tivesse uma luz muito forte mesmo que fosse cesárea e nada disso foi respeitado. Tava frio na sala de parto, o (bebê) nasceu no frio, eram coisas que eu não queria. Tava aquela luz normal. [...] no hospital você não controla nada, você entrou lá dentro você não pode tomar mais nenhuma decisão. Eles vão decidindo tudo por você. Eu não gostei de jeito nenhum. (...) não foi humanizado, mas também não foi violento, elas não amarraram o meu braço, como tem gente que faz, passa por isso. Mas eu achei muito ruim essa coisa de ficar sozinha sem acompanhante, eu perguntar por que o meu neném estava roxo e elas não me falarem, eu perguntar cadê o Augusto elas também não me falaram. [...] é o meu filho né é o meu parto e eu esperei muito por aquilo contava com uma coisa que não aconteceu. (A31, dezembro de 2018)

Depois desta experiência A31 pensa em ter o segundo filho em casa porque, para ela, no hospital o parto sempre é violento porque a mulher não consegue ter liberdade. A violência pode aparecer de forma explícita com agressões, amarrando a mulher na maca, mas pode ser mais sutil como deixar a mulher sozinha na sala de recuperação, não contar o que está acontecendo com a mulher e o bebê durante e após o parto, fazer brincadeiras desnecessárias com o corpo da mulher,



conversas desrespeitosas durante a cirurgia. Até porque o valor pago pela equipe humanizada seria o mesmo de uma equipe domiciliar. Inclusive depois do parto, a disciplina hospitalar é imperativa porque o bebê é afastado da mãe para fazer exames ou algum tratamento necessário e não contam para a mulher o que estão fazendo com o seu próprio filho.

Nos relatos ficam claros as relações de poder estabelecidas entre gestantes e a equipe médica, detentora de um saber e de um poder disciplinar, como nos estudos de Foucault (2016). Quando a mulher entra para o hospital, e no caso são hospitais particulares que não contam com uma política de humanização do tratamento e de incentivo ao parto normal, ela torna-se uma paciente e deve submeter-se à hierarquia hospitalar.

A disciplina - transmitida pelo hospital, pela escola e outras instituições - é uma técnica de poder que funciona como rede ao atravessar as instituições e o aparelho de Estado. Esta técnica atua sobre os corpos de mulheres e homens, utilizando a punição e a vigilância como mecanismos de adestrar e docilizar o sujeito. Faz-se necessário que o sujeito, ao ser controlado, torne-se mais dócil e, portanto, mais útil para a sociedade. A disciplina é, ao mesmo tempo, massificadora e individualizante pois, o indivíduo deve seguir as mesmas obrigações que os outros, mas possui seu próprio espaço categorizado (FOUCAULT, 2016).

No ambiente hospitalar a gestante encontra-se em uma posição desigual de poder em relação aos médicos (as) e profissionais da enfermagem. O poder disciplinar atua com toda força ao definir quantos acompanhantes a parturiente pode ter, em qual posição ela pode ficar no quarto (se deitada, sentada ou, como em alguns casos, proibindo a gestante de andar), sendo a (o) médica (o) a autoridade máxima sobre quais interferências acontecerão ou não no trabalho de parto. O poder de decisão da mulher sobre o próprio corpo é transferido, nem sempre voluntariamente, para os profissionais supostamente detentores de maior saber teórico sobre o parto.

O caso de D35 foi diferente porque, durante a gravidez, ela teve diabetes gestacional e hipertensão, condição que classifica a gestação como de alto risco. Por este motivo a data limite para um parto normal seria de 40 semanas, como não entrou em trabalho de parto, a cesárea foi realizada na data em que ela completou 40 semanas. A cesárea foi



realizada, assim como o acompanhamento do pré-natal, com uma obstetra particular e que não faz parte do movimento do parto humanizado. Mesmo em uma condição especial foram feitos vários pedidos para tornar o nascimento mais humanizado como:

Eu queria que o meu marido tivesse feito o clampeamento do cordão³ umbilical, aí eles põe um monte de empecilho porque é isso, porque é isso, infecção. E assim eu pedi para colocar a luz um pouco mais, a luz do centro cirúrgico um pouco mais amena né, pra quando a criança sair da barriga não se deparar com aquela luz intensa né. Eu acho que isso faz parte do processo de humanização do nascimento da criança né. Mas isso também eu não fui atendida. Amamentar logo depois que ele nasceu eu também não fui atendida. Eu pedi, eu fiz o meu plano de parto, mas não adiantou (D35, dezembro de 2018)

O poder médico e os protocolos para uma cirurgia, neste caso, foram imperativos para o parto. Mesmo depois do plano de parto ter sido elaborado e discutido com a obstetra nenhum dos desejos foram atendidos. Esta é uma conclusão que as três entrevistadas relatam, a falta de uma equipe totalmente alinhada para um atendimento humanizado é considerado um fator impeditivo na humanização da cesárea, talvez por ser um parto no qual a mulher está totalmente submetida ao saber médico.

Inclusive existem outras hierarquias na cesárea, pois o anestesista acompanha a cirurgia e fica atento a possíveis reações da mulher, além de ter o poder de deixar a mulher mais ou menos consciente durante o nascimento. O(A) pediatra também tem um papel importante, pois se não autorizar que o bebê fique no peito da mãe antes de ser limpo e examinado o primeiro contato entre mãe e bebê torna-se muito diferente do desejado por várias mulheres.

Apesar de não considerar sua cesárea uma cesárea humanizada, na qual seus desejos seriam respeitados, D35 não tem um sentimento de frustração com seu parto porque considera que a médica fez tudo o que pode. Inclusive a equipe ser humanizada é citada novamente. Não adianta a obstetra ter uma postura humanizada se a (o) pediatra, a (o) anestesista, não tiverem a mesma postura. A entrevistada considera que foi devido ao fato de sentir-se empoderada que ela buscou informações para saber se as orientações da obstetra, como no caso da data limite

³ O clampeamento do cordão umbilical é quando prende-se o cordão para cortá-lo, finalizando assim a ligação do bebê com a placenta.



para a cesárea, estavam corretas, e assim pode escolher se teria o parto na rede pública ou privada. Todas as escolhas foram conscientes e baseadas em informações. Para ela o empoderamento é um processo de buscar informações e não deixar na mão da obstetra ou da equipe o que é melhor para a mulher e o bebê. “O nascimento é seu e do seu filho essa decisão não pode ser tomada por terceiros. Você precisa conhecer seu corpo.” (D35, dezembro de 2018)

Considerações Finais

A medicalização tem como foco o risco, a patologização, a intervenção e acaba por limitar as obstetras e enfermeiras obstetra, por ser um modelo de assistência centrado no (a) médico (a). A humanização busca dar um significado individual e social para cada parto e estabelece uma relação da equipe com a mulher baseada no cuidado centrado nas necessidades da mulher e do bebê, nos direitos humanos e no estabelecimento do apego, principalmente entre mãe e bebê.

As transformações da assistência ao parto são motivadas por vários agentes. Aos poucos, a demanda das mulheres por um tratamento humanizado vai transformando a assistência, principalmente no caso de profissionais da saúde da rede privada. Devido a relatos de violência obstétrica sofrida com uma equipe particular humanizada a importância de também pensar uma cesárea humanizada, respeitosa, seja no hospital público ou no hospital particular veio à tona. Apesar de ser um tema ainda pouco discutido no movimento pela humanização do parto, principalmente por se tratar de uma cirurgia que deveria ser realizada com base em evidências científicas e em cerca de 10% dos partos segundo a Organização Mundial de Saúde, é de fundamental importância relatar os casos de violência obstétrica vivenciados nas cesáreas. Desta forma a discussão pode ser ampliada para pensar uma cirurgia que, além de garantir a saúde de ambos, também possa respeitar as necessidades e desejos da mãe em relação ao seu corpo e ao seu bebê.

No entanto para que a cesárea humanizada seja atingida os desafios são grandes pois, por ser uma cirurgia, envolve vários profissionais, maiores riscos e o protagonismo é inteiro da equipe médica. Em um país como o Brasil, que têm taxas de cesáreas acima dos 50% na rede pública (podendo chegar a números ainda mais altos na rede privada de saúde), e cujas cirurgias muitas das vezes são marcadas antes do início do trabalho de parto, é preciso pensar uma formação dos



profissionais para compreender que, mesmo sendo um procedimento de risco, a cirurgia cesárea faz parte de um momento muito sensível, tanto fisicamente quanto psicologicamente e emocionalmente, da mulher e deve ser tratado com atenção e empatia.

O movimento pela humanização é um movimento social e político, que conta com o suporte de políticas públicas demandadas pelas mulheres. É um movimento formado por mulheres, apoiado por profissionais que são majoritariamente mulheres visando à redução de violência e controle do corpo da mulher. Por isso ele pode ser o primeiro passo para repensar as desigualdades e propor outras configurações de parto e de maternidade para, em seguida, questionar outras desigualdades e violências sofridas pelas mulheres na nossa sociedade.

Este trabalho não traz conclusões definitivas porque o processo de mudança na assistência ao parto, tanto na rede pública de saúde quanto na rede privada, é longo e ainda está em andamento. Por isso é importante que a sociedade, principalmente as gestantes, participe ativamente da busca por um tratamento mais respeitoso e humanizado ao parto, seja ele por via normal ou por via cirúrgica.

Referências

BRASIL. *Humanização do parto e do nascimento*. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. v. 4.

_____. Rede Parto do Princípio. *Episiotomia 'é só um cortezinho': violência obstétrica é violência contra a mulher*. 2014. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br> Acesso em: 14/05/2018.

CARMO, Sônia Irene do. *Discurso, dimensão da História – a análise do discurso numa perspectiva interdisciplinar*. Araraquara: UNESP, 1999, mimeo.

DESPERTAR DO PARTO. *Doula – o que é?* Disponível em: <http://www.despertardoparto.com.br/o-que-eh-doula.html>. Acesso em 18/06/2018)

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2016.



FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

GOMES, Máira M. *De onde sai tanto machismo?: sobre violência obstétrica e o horror de vagina*. 2015. Disponível em: <http://emporiododireito.com.br/de-onde-sai-tanto-machismo-sobre-violencia-obstetrica-e-o-horror-de-vagina-por-maira-marchi-gomes/> Acesso em: 10 setembro 2016.

NAGAHAMA, Elizabeth E. I.; SANTIAGO, Silvia M. *A institucionalização médica do parto no Brasil*. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 23 junho 2016.

NASCER NO BRASIL: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, supl. 1:3, 2014.

TAVOLARO, L.G.M. & TAVOLARO, S.B.F. “Corpo e Modernidade na abordagem de Anthony Giddens: Uma Reflexão à Luz do Discurso pela Humanização do Parto”. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia/MG, v. 24, n. 1, p. 15-48, jan. /jun. 2011.



Obstetric violence in cesarian operation: the need to humanize birth

ABSTRACT: The following work aims to propose reflections on the importance of humanized medical treatment during cesarean surgery. The moment of childbirth is fraught with fear, fragility and love for being the first contact of the parents with the baby out of the belly. In the case of a surgical intervention, there is also the risk of complications or even the need to correct these complications that began during labor. From this perspective the work brings the analysis of childbirth reports in which the relationship of power established between the medical team and the parturient within the hospital environment points to the obstetric violence experienced in a cesarean section. This unequal power relationship can lead to the occurrence of obstetric violence against women and makes us think about the need to broaden the debate on the humanization of childbirth, proposed by the Ministry of Health, to cover also the cases in which the cesarean section is required.

KEYWORDS: Obstetric Violence. Humanized Birth. Cesarean Section. Birth Report. Female Protagonism.

Lucília Mendes de OLIVEIRA E SILVA

*Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
Universidade Federal de Uberlândia. Trabalho realizado através do financiamento
da bolsa de mestrado da FAPEMIG e sob a orientação da Professora Doutora
Maria Lúcia Vanucchi.*

Recebido em: 10/02/2019

Aprovado em: 26/12/2019