

Com dor darás à luz

THAÍS S.B. MACEDO

Thaís Scuissiatto Borges de Macedo

COM DOR DARÁS À LUZ
*Retrato da violência
obstétrica no Brasil*

Capa: Isabelle Santos
Diagramação: Rafael de Andrade
Orientação: Myrian Del Vecchio
Reportagem e gráficos: Thaís Macedo

A todos que ajudaram esse livro a nascer, minha gratidão: Maristela e Gerson Borges de Macedo, Myrian Del Vecchio, Bibiana Biscaia, Matheus Bruce e todas as mulheres que generosamente compartilharam suas histórias.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO 1	
Com dor darás à luz.....	15
CAPÍTULO 2	
Cesárea: a preferência nacional.....	29
CAPÍTULO 3	
O parto das intervenções.....	53
CAPÍTULO 4	
O tempo das leis.....	73
CAPÍTULO 5	
O parto humano.....	93
GLOSSÁRIO.....	103
REFERÊNCIAS.....	107

INTRODUÇÃO

Uma a cada quatro. É essa a proporção de mulheres que sofrem violência obstétrica no Brasil. Uma a cada quatro mães de filhos brasileiros sofreram algum tipo de maltrato durante o parto, foram cortadas e mutiladas, humilhadas e abusadas. Uma a cada quatro.

Apesar de ser um número tão grande, pouco se fala de violência obstétrica na mídia tradicional. Algumas poucas linhas, alguns poucos minutos são dispensados a esse assunto quando uma nova lei é aprovada ou quando ocorre um caso particularmente revoltante, mas raramente vai além disso. Casos de violência são vistos como crimes isolados, que só acontecem com os outros. Não há o esforço de educar as futuras mães para identificarem e se protegerem de técnicas abusivas, ou conscientizar sobre meios de denunciar médicos que as xingam, por exemplo.

Quando se fala em violência obstétrica, é visível que leigos apresentam uma ideia exagerada do que a constitui. Para grande parte da população, violência no parto é agredir fisicamente uma mulher grávida. Claro, isso também é violência, mas não apenas isso. Há várias outras manifestações desse tipo de má conduta.

Violência obstétrica é realizar intervenções abusivas como procedimentos de rotina. É ignorar o desejo da mulher sobre a forma como ela quer que seus filhos nasçam, impondo sobre ela o que é mais cômodo para os profissionais de saúde. É impedi-la

de gritar, se assim ela quiser. É não informar sobre o que está acontecendo com o seu corpo. É induzir a escolha por uma cesariana, mesmo que não haja indicação clínica para isso. *É negar o protagonismo feminino no próprio parto.*

Para essa reportagem, ouvi enfermeiras, professoras, doulas, mães, militantes. Procurei informações nos mais diferentes sites, blogs e jornais, e fui atrás de pesquisas quantitativas a respeito do parto no Brasil. O resultado é um livro-reportagem que aborda quatro aspectos da violência obstétrica, e apresenta o parto humanizado como alternativa a essa violência.

As histórias entre os capítulos foram recolhidas através da internet, em formulários enviados a alguns sites que abordam o feminismo e a maternidade. Esses depoimentos, nos quais muitas das mulheres preferiram preservar sua identidade, foram usados para retratar o aspecto prático da violência obstétrica no dia-a-dia das brasileiras.

Muitos outros aspectos precisaram ser deixados de fora, infelizmente. Não foi possível abordar a questão do abortamento, em que mulheres que sofreram abortos (espontâneos ou não) são humilhadas no atendimento hospitalar por supostamente terem provocado essa situação. O preconceito só pode ser abordado superficialmente, assim como situações de racismo, discriminação por classe e sexismo.

Esse tema ainda tem muito a ser explorado. *A melhor arma contra a violência obstétrica é a informação*, e quanto mais reportagens, notícias e divulgação esse tema tiver, mais as mulheres saberão sobre

o processo do parto e poderão se defender dos mais diversos tipos de abusos. Com mais informação, essa assustadora estatística se tornará menor, e menos mulheres terão medo ao pensar sobre o dia em que se tornaram mães.

“Se for para ficar feia assim, não vou engravidar nunca!”

“Essas adolescentes grávidas só aparecem aqui para encher o hospital.”

“Na hora de fazer não reclamou, não reclama agora”.

Petrópolis, Rio de Janeiro, 2011. Katlin tinha 14 anos e estava assustada. Nunca havia passado por um parto antes, mas não imaginava que seria assim. Para começar, ela estava na 35ª semana de gestação e sua bolsa já havia rompido – uma gestação normal dura entre 38 e 42 semanas. O medo de seu bebê nascer prematuro era grande, e ela já tinha três centímetros de dilatação. Seu corpo se preparava para o parto, mas a equipe do hospital não parecia muito preocupada. Depois de se submeter a uma ultrassonografia, Katlin foi instruída a vestir uma camisola cirúrgica e sentar-se em uma maca ginecológica, aquela em que a mulher fica com as pernas elevadas e abertas e os órgãos genitais expostos. A garota foi deixada esperando, sozinha com seu medo, por vários minutos até que cerca de dez acadêmicos entraram na sala de exames. Katlin, constrangida, com dor e assustada, foi examinada por todos, sendo obrigada a ouvir insultos e comentários maldosos sobre sua idade e seu corpo. O médico responsável deixou a sala, e uma das estudantes mandou Katlin ir para casa. “O xixi do bebê vai repor o líquido que você perdeu”, disse com um sorriso zombeteiro.

Katlin pediu um encaminhamento para internação em outro hospital, já que o que estava não tinha UTI neonatal. Foi enrolada pela equipe médica por mais dois dias, ouvindo que o seu bebê estava bem e ela

não tinha que se preocupar. Finalmente, a adolescente conseguiu ser encaminhada para realizar uma nova ultrassonografia, onde foi detectado o óbvio: o bebê, depois de tanto tempo com pouco líquido amniótico, não estava bem. Ela foi imediatamente levada à sala de cirurgia, onde uma cesárea de emergência foi realizada. Seu filho nasceu com menos de dois quilos e passou seus primeiros 17 dias de vida na UTI.

COM DOR DARÁS À LUZ

“E a mulher disse: multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua conceição; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para teu marido, e ele te dominará.”

Gen, 3,16

Desrespeito, humilhação, silenciamento, dor. Palavras normalmente associadas a crimes são o motivo pelo qual uma a cada quatro mães não gostam de pensar sobre o dia em que seus filhos nasceram. Mulheres que, ao entrar na sala de parto, são enganadas para acreditarem que não são donas de seus próprios corpos. Com suas vozes silenciadas, essas mulheres assistem profissionais de saúde as agredirem física e psicologicamente, cortarem suas peles e ignorarem seus apelos. São as vítimas de uma prática tão comum quanto danosa: a *violência obstétrica*.

Violência obstétrica se caracteriza como qualquer ato de violência realizado contra uma mulher no pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério (período entre o nascimento e o momento em que o corpo feminino volta ao estado pré-gestação). Pode ser perpetrado por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, anestesistas ou qualquer profissional da saúde. Acontece de inúmeras maneiras, das mais leves às mais graves, das mais comuns às mais anormais, das que deixam cicatrizes perenes às que saram com o tempo. De uma maneira ou de outra, todas as mães têm uma história para contar. Se não de terror, de alívio por não ter sido mais uma vítima.

A violência não é um fenômeno novo. Estudos relatam que a relação da dor com o parto é tão antiga quanto a civilização. Já dizia Deus à Eva em *Gênesis*,

o primeiro capítulo da Bíblia Sagrada: “Com dor darás à luz”. Por muito tempo, ajudar uma mulher a aliviar a dor na hora do nascimento de um filho era desencorajado e mesmo proibido: como filhas de Eva, as mães deveriam expiar o pecado original através de seus gritos de dor. Contrações, hemorragias e possíveis mortes eram nada além da justiça divina, punindo-as pelo indesculpável pecado de serem mulheres.

A evolução da ciência e da medicina trouxe uma nova luz a esse quadro, não menos assustador do que o anterior. Com descobertas cada vez mais detalhadas do funcionamento do corpo humano e da dinâmica do parto, as mulheres são vistas não mais como pecadoras, mas como vítimas de sua própria natureza. Médicos e estudiosos, preocupados em minimizar a dor e o cansaço até o limite possível, desenvolvem técnicas que diminuem e quase extinguem a participação das mães no processo do parto. O nascimento se torna cirúrgico; as contrações, aceleradas com hormônios artificiais; a força muscular necessária para expulsar o bebê é substituída por aparelhos como o fórceps. As mulheres endinheiradas adotaram a moda de parir sob sedação total, como se os processos naturais do corpo humano fossem motivos de vergonha e devessem ser evitados a todo custo. Nesse contexto, a opinião e as decisões do médico obstetra eram, e continuam sendo na maioria das vezes, soberanas na sala de parto, sobrepujando inclusive os desejos na mulher.

A mistura desses dois momentos – mulher como pecadora e mulher como vítima – ajudam a construir a mentalidade predominante atualmente

nas maternidades. Mesmo que haja um movimento para a humanização do parto (tema que será tratado no capítulo 5), um grande número de profissionais da saúde não respeita a mulher na sua maca, centro cirúrgico ou consultório. Essa é a face da violência obstétrica que precisamos enfrentar. *A informação é o primeiro passo.*

Como acontece

A violência obstétrica pode acontecer antes, durante ou após o parto. Caracteriza-se como qualquer ato de desrespeito, agressão ou violência contra a mulher, seja física, psicológica ou emocional. A seguir, veja o que é considerado violência obstétrica, segundo inúmeros relatórios, pesquisas e projetos de lei:

Agredir verbalmente

Acontece quando a equipe médica de alguma forma desrespeita, ofende, humilha ou constrange a mulher em qualquer momento entre o trabalho de parto, parto e puerpério. As agressões podem ser de cunho preconceituoso, ofendendo de alguma forma a mulher por sua cor, etnia, religião, idade, condição socioeconômica, orientação sexual, escolaridade, estado civil, posicionamento político ou qualquer outro motivo. Também pode ser qualquer frase dita pelos profissionais que possa ser interpretada como ameaça (por exemplo, “se você gritar, eu não vou te atender”), ou que exprima desprezo ou ofensa (por exemplo, “na hora de engravidar você não chorou, não pode chorar agora”). Inclui-se, ainda, falas que

provoquem medo, insegurança, vulnerabilidade e alienação.

Negligenciar atendimento

O hospital, unidade de saúde ou maternidade tem a obrigação de atender com dignidade qualquer parturiente. Se o atendimento for negado, dificultado ou negligenciado sob qualquer alegação (como falta de vagas ou inexistência de convênio com o plano de saúde), seja no pré-natal ou durante o trabalho de parto, constitui violência.

Negar direitos

Por lei, todas as parturientes têm o direito de um acompanhante escolhido por ela durante todo o processo do parto. Não deve haver restrição de gênero – o hospital deve aceitar o acompanhante, homem ou mulher.

Negar privacidade

Permitir a entrada de pessoas não autorizadas na sala do parto, expor a mulher a situações constrangedoras (deixar a porta da sala aberta, por exemplo) ou revelar informações confidenciais para terceiros constitui quebra de privacidade.

Não atender com dignidade situações de abortamento

Seja o aborto provocado ou espontâneo, a mulher tem o direito de ser bem atendida e acolhida nos hospitais. Qualquer tipo de violência deve ser repudiada nesse caso, inclusive ameaças de denunciar a mulher em caso de aborto proposital.

Induzir a realização de uma cesárea sem necessidade

A mulher deve ter seu direito de escolha sobre o tipo de parto preservado. Constitui violência não informar à mulher sobre a possibilidade de um parto normal ou, por motivos supérfluos (conveniência à equipe médica, por exemplo), induzir a mulher a optar pela cirurgia ou desencorajá-la se ela mostrar interesse pelo parto normal. Ainda, inclui-se aqui usar falsos pretextos e inverdades para convencer a gestante a agendar a cesárea.

Realizar qualquer procedimento médico sem o consentimento da mulher

A parturiente deve saber exatamente a função, os riscos e as consequências de tudo o que for feito com o seu corpo durante o parto – inclui-se aqui, não exclusivamente, a aplicação de medicamentos via intravenosa, uso de hormônios para acelerar as contrações, exames de toque, uso de instrumentos, cortes e pontos, entre outros. Com base nessas informações, ela deve decidir se o procedimento será ou não realizado, excetuando-se casos em que ela ou o feto corram risco de morte. Mesmo assim, ela ou seu acompanhante (em casos em que a parturiente perca a consciência) devem ser informados.

Realizar qualquer procedimento desnecessário

Procedimentos que não são estritamente necessários, mas causam dor ou desconforto à parturiente, não devem ser feitos. Inclui-se aqui exames de toque sucessivos por diferentes pessoas, privação de alimentos e de água, imobilização de braços

e pernas, raspagem dos pelos (tricotomia), lavagem intestinal, entre outros.

Negar alívio para a dor

Quando solicitar, a parturiente tem direito a alívio para a dor, seja de forma farmacológica (anestésias) ou não (massagens, banhos, exercícios de respiração, entre outros).

Impedir movimentação

A parturiente não deve ser obrigada a permanecer deitada durante todo o trabalho de parto. Ela tem o direito a se movimentar, andar, procurar melhores posições, usar o banheiro, sentar ou deitar de acordo com o que for mais confortável. Exigir que ela permaneça em decúbito dorsal (deitada de barriga para cima) ou posição de litotomia (deitada de barriga para cima, com as pernas elevadas), seja por meio de ordens ou de amarras, é prejudicial para o parto e constitui violência obstétrica.

Realizar a Manobra de Kristeller

Esse procedimento consiste em aplicar pressão no fundo do útero a fim de acelerar o nascimento – quando alguém, normalmente a enfermeira ou anestesista, “sobe” na barriga da parturiente para empurrar o bebê para fora. É proibido em vários países e desencorajado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por poder causar vários problemas tanto à mãe quanto à criança, incluindo, mas não se limitando, a danos cerebrais no recém-nascido e ruptura de órgãos na mulher.

Impedir o contato da mãe com o recém-nascido

A menos que haja uma intercorrência que exija atenção imediata, a mãe deve poder ver e ter contato pele a pele logo que o bebê nascer. A equipe também não pode impedir, sem justificativa, a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido. Mãe e filho ainda têm o direito a serem alojados no mesmo quarto, salvo quando há a necessidade de que o recém-nascido permaneça na incubadora ou UTI neonatal.

Em números

A violência obstétrica ocorre de muitas maneiras a muitas pessoas, mas quem são as mulheres afetadas por ela? Onde esse tipo de agressão mais acontece, e quem a pratica?

A pesquisa mais completa nesse sentido realizada no Brasil, *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, foi realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010. A pesquisa aborda diversos temas da relação entre a mulher e a sociedade, como violência doméstica, sexualidade, divisão do trabalho entre homens e mulheres e a saúde reprodutiva. Nesse último segmento, tem-se uma pesquisa quantitativa sobre percepção das entrevistadas a respeito da violência obstétrica.

A pesquisa, que contou com 2.365 mulheres entrevistadas, indicou uma realidade assustadora. Quando questionadas se haviam sofrido algum tipo de mau trato durante o parto, 85% das mulheres que têm filhos responderam que não. 9% afirmou que o mau trato aconteceu nas maternidades, 1%, nos

serviços de pré-natal e 2%, em ambos. 2% não responderam. Isso dá um total de 12% de mulheres que, em algum momento, sofreu violência obstétrica.

Porém, na fase seguinte da entrevista, são listadas algumas opções de ações que são consideradas violência e solicita-se às mulheres dizerem quais formas aconteceram com elas. O resultado é chocante: 25% das entrevistadas afirmaram ter sofrido alguma das ações consideradas violência.

1 EM CADA 4

mães brasileiras sofreram
violência no parto



O resultado é expressivo por vários motivos. Primeiro, indica que a violência obstétrica é muito mais comum do que se esperava – uma a cada quatro mulheres que já tiveram filho na rede pública ou privada de saúde são afetadas por esse tipo de agressão. Segundo, a diferença entre as respostas da primeira e da segunda etapa da pesquisa indica que as mulheres não têm conhecimento dos seus direitos, não considerando mau trato muitas das ações

prejudiciais feitas pela equipe médica. Considera aceitáveis práticas que são violentas por serem feitas rotineiramente, como o exame de toque realizado de forma dolorosa ou não serem informadas corretamente sobre os procedimentos realizados.

Dez por cento das mulheres entrevistadas afirmaram terem sofrido exame de toque de forma dolorosa. Esse também foi o percentual de entrevistadas que afirmam que o profissional de saúde negou ou deixou de oferecer alívio para a dor. Nove por cento diz ter sido alvo de gritos de médicos ou enfermeiros durante o atendimento. Nove por cento, também, não foram informadas pelo profissional sobre o que estava sendo feito com seu corpo durante o parto. Oito por cento das mulheres teve o atendimento negado, e 7% foram xingadas ou humilhadas. Com 1% das respostas cada, as entrevistadas afirmam terem sido amarradas, empurradas, sofrido violência física e assediadas sexualmente. No total (cada entrevistada poderia marcar mais de uma opção), 25% das mulheres sofreram algum tipo de abuso.

Além desse dado, outra estatística preocupante foi levantada pela mesma pesquisa: 23% das mulheres que tiveram filhos nas redes pública ou privada ouviram algum despropósito durante o parto, caracterizando violência verbal. A frase mais citada pelas entrevistadas, por ter sido ouvida de um profissional de saúde, é “não chora não, que ano que vem você está aqui de novo”.

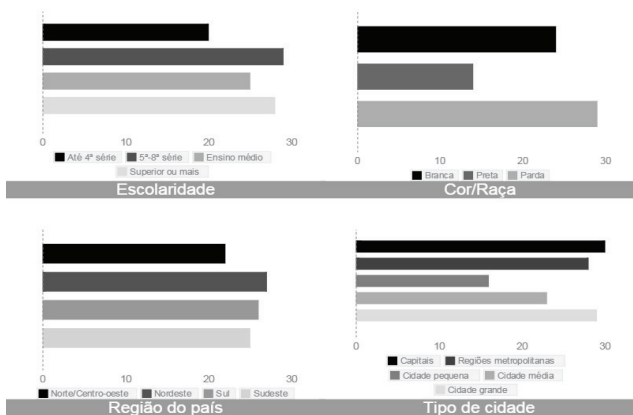
Ainda sobre a mesma pesquisa, é interessante observar que mulheres em diferentes situações socioeconômicas sofrem violência obstétrica de forma parecida. Indicadores como escolaridade, cor, região, tipo de cidade e tipo de hospital (público

ou privado) revelam uma diferença insignificante entre as opções. Ou seja: mulheres ricas e pobres, do norte e do sul, da capital e do interior, negras e brancas são afetadas pela violência obstétrica de forma muito parecida. Isso indica um problema generalizado na saúde do Brasil todo, com raízes estabelecidas na formação dos novos profissionais e alimentando um sistema crônico de violência e silenciamento.

Por ser uma agressão tão comum e tão prejudicial, há esforços cada vez mais presentes para enfrentar a violência obstétrica e promover o parto humanizado – aquele que acontece sem violência, com compreensão e acolhimento. No Brasil, a mudança já começou: em várias cidades, leis municipais ganham força para promover ações educativas em relação ao tema; órgãos como a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Ministério da Saúde e mesmo a Organização Mundial de Saúde fazem esforços para reprimir a violência; e o parto saudável, protagonizado pela mulher, deixa de ser a exceção e se torna uma meta a ser alcançada. Em meio a tanta dor, há espaço para o otimismo.

Quem são essas mulheres?

Os dados a seguir representam a porcentagem de mulheres dentro de cada grupo que declaram ter sofrido algum tipo de violência



Fonte:

Fundação Perseu Abramo e Sesc. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. 2010.

Desde que descobriu que estava grávida, no começo de 2008, Simone sonhava com um parto normal. Sentia-se preparada para passar pelo processo, e informou isso ao seu médico. Ele não gostou.

“Estou indo viajar em uma semana. Se o bebê não tiver nascido até lá, quem fará o parto é a minha colega, e ela de jeito nenhum vai fazer parto normal. Ainda mais que o seu bebê já tem mais de quatro quilos”, disse ele. Assustada com a perspectiva de ser obrigada a fazer uma cirurgia com uma médica que ela nem conhecia, Simone aceitou marcar a cesárea com o obstetra que havia lhe acompanhado por toda a gravidez em um hospital de Sinop, Mato Grosso.

No dia agendado, Simone foi acompanhada pela enfermeira de plantão no dia. Durante todo o procedimento, a enfermeira falava coisas horríveis: “Você nunca mais vai querer ter filho quando levantar dessa cama”, “a dor que você vai sentir vai ser pior do que se tivesse feito parto normal”, “tem mãe que desmaia de dor, você é uma delas?”. Simone, petrificada pelo medo, mal sentiu qualquer dor – estava preocupada demais. Mal registrou que, ao contrário da estimativa do obstetra, sua filha nascera com 3.700 quilos.

Não satisfeita, a mesma enfermeira voltou horas depois, quando Simone já estava acomodada no quarto do hospital. A enfermeira disse, enquanto fazia o curativo: “O doutor fez pontos de plástica em você, você vai ver na hora de tirar. Queima, dói. Parece que estão cortando você de novo, só que sem anestesia”.

Simone passou os dias seguintes apavorada com o momento de tirar os pontos. O trauma da pressão psicológica aplicada pela profissional deixou Simone ansiosa, preocupada, e desencadeou um quadro de depressão pós-parto. Ela passou os primeiros meses da vida da sua filha chorando e desejando ter feito parto normal.

CESÁREA: PREFERÊNCIA NACIONAL

“Quando se respeita alguém não queremos forçar a sua alma sem o seu consentimento”

Simone de Beauvoir

Imagine-se dormindo em sua casa. É um domingo chuvoso, o dia ainda não amanheceu, e não há nenhum motivo para você levantar. Sua cama está quente, e você não sente fome ou sede. Está profundamente adormecido.

Subitamente, as luzes do seu quarto se acendem. O som alto de passos invade o ambiente, em um desconhecido arranca as cobertas da sua cama. “Levante-se”, ele grita. Apavorado, você obedece, a paz do sono sendo imediatamente substituída pelo medo do desconhecido. O que acontecerá a seguir com você? Quem é aquela pessoa, e o que ela está fazendo na sua casa?

Imagine-se, então, na mesma situação, com outra variável. Você está dormindo confortável em sua cama, mas sabe que terá um compromisso na manhã seguinte. Quando a hora se aproxima, alguém em quem você confia entra no seu quarto, sem acender as luzes, e sussurra “está na hora”. Você ainda sente sono, mas sabe que precisa acordar e não tem nenhum tipo de temor em relação ao seu despertar. Foi da maneira como você esperava que fosse, da maneira como você se programou na noite anterior. Você se levanta e sai da cama.

Essa comparação é uma metáfora brutal da diferença entre um nascimento por parto normal e um por cesárea.

Origem do nome e da prática

Etimologistas divergem quanto à origem do termo *cesariana* (também chamado de *cesárea*). O senso comum parece indicar que a palavra refere-se ao imperador romano Júlio César, talvez como uma homenagem à forma como ele veio ao mundo. A teoria foi desmentida: em 100 a.C., quando o famoso general nasceu, havia uma lei romana que determinava que esse tipo de procedimento só podia ser feito se a mãe estivesse morta, a fim de salvar a vida do feto. Porém historiadores tem certeza de que Aurélia, a mãe do imperador, viveu tempo suficiente para vê-lo se tornar adulto e ter cinco outros filhos.

Quanto à origem do sobrenome *César*, há duas teorias aceitas. A dos filólogos modernos afirma que a palavra vem de *caesaries*, que quer dizer cabeleira. Já autores mais antigos e consagrados, como Plínio, o Velho, traçam a origem até o verbo *caedere*: cortar, talhar.

O tempo passou e *César* tornou-se um título da Roma Antiga, não mais um sobrenome. Mas a lenda do nascimento do imperador foi tão aceita (apesar de falsa), que no século XVI médicos franceses cunharam o adjetivo *césarienne* para designar a cirurgia que extrai o feto do corpo da mãe através de uma incisão. Outras derivações com a mesma origem etimológica são as palavras *scissors* e *ciseaux* (tesoura, em inglês e francês, respectivamente).

O costume de tirar os fetos de gestantes mortas, a fim de tentar permitir que a criança nasça com vida, vem do Antigo Egito e perdurou por séculos. São Raimundo Nonato, santo católico protetor das

parturientes, nasceu em 1.200, na Espanha, dessa forma – por isso seu segundo nome, que significa *não nascido*.

No ano de 1500, na pequena cidade suíça Sigershausen, um fazendeiro realizou a primeira cesárea em uma mulher viva que se tem notícia. Jacob Nufer não aguentou assistir sua mulher sofrer durante o parto. Com o auxílio de duas parteiras e de uma lâmina de barbeiro, ele fez um corte na barriga da esposa e retirou o seu filho. Em seguida, utilizando-se das técnicas que aprendera ao castrar as porcas que criava, costurou a mulher. Ambos – mãe e bebê – sobreviveram sem nenhuma seqüela.

Inspirados pelo sucesso de Jacob, outros homens começaram a fazer cesarianas, popularizando a cirurgia – que nem sempre tinha bons resultados. O procedimento só foi aceito dentro da medicina obstétrica no século XVIII, sendo realizado apenas em casos excepcionais devido à alta taxa de mortalidade das mães e dos bebês. Os obstetras preferiam utilizar de outros métodos para realizar a cirurgia, como o fórceps, inventado no fim do século XVI pelo inglês Peter Chamberlen. Somente no século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira.

No Brasil, a primeira tentativa de cesárea foi feita na Bahia, em 1855. Porém, a primeira cirurgia desse tipo bem sucedida – em que a mãe e o filho sobreviveram – só aconteceu em 1907, no Rio de Janeiro. Quatro tentativas anteriores fracassaram. A principal causa das mortes era a higiene precária: nessa época, não era considerado importante que o médico lavasse as mãos, usasse equipamentos esterilizados ou utilizasse máscaras. Também é

importante lembrar que a penicilina, primeiro antibiótico a ser utilizado com sucesso, só foi comercializado em 1941. Dessa forma, se a mulher tivesse algum tipo de infecção por bactéria, quase certamente morreria.

Hoje, a cesárea é a forma como a maioria dos brasileiros nasce. Em 2013, dos 2.904.027 nascimentos no país, 1.664.557 foram através de cirurgia¹. Em outras palavras: 57,3% das crianças brasileiras que nasceram em 2013 foram por cesárea. Mas porque isso acontece? Há uma série de razões culturais e sociais que possibilitam esse quadro.

A cesariana no mundo

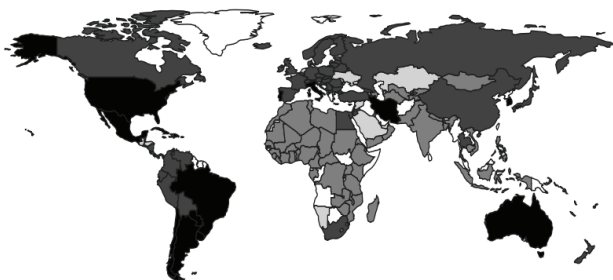
Segundo dados da pesquisa *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year* (“Os números e custos globais das cesarianas necessárias e desnecessárias realizadas por ano”, em tradução livre), organizada pela World Health Organization, em 2010, em vários países há uma tendência ao excesso de cesáreas. Para a pesquisa, índices de cesarianas e partos normais de 137 países foram analisados.

Os resultados foram alarmantes: aproximadamente 50% dos países têm um índice maior do que 15% de cesáreas. Quarenta por cento dos países mantêm essa taxa abaixo dos 10% (o que também pode ser prejudicial – a pesquisa estima que 3,2 milhões

¹ Esses dados foram coletados no site do Departamento de Informática do SUS – datasus.saude.gov.br, com acesso em 27 de agosto de 2015. Por ser um mapa interativo de dados, montado de acordo com as informações desejadas pelo usuário, fica impossível creditar de forma devida.

de cesáreas adicionais deveriam ter sido feitas em países como Nigéria, Índia e Etiópia, a fim de diminuir a mortalidade materna e infantil), e o restante dos países realizam entre 10 a 15% de cesáreas – taxa considerada ideal.

Mapa da cesárea



- Mais de 30% de nascimentos por cesárea
- Mais de 15% de nascimentos por cesárea
- Entre 15% e 10% de nascimentos por cesárea
- Menos de 10% dos nascimentos por cesárea
- Dados não disponíveis

Fonte:

World Health Report. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year. 2010.

De outra forma: metade dos países do mundo (e nessa metade inclui-se o Brasil) fazem mais cesáreas do que o estritamente necessário de acordo com a Organização Mundial da Saúde. Anualmente, são realizadas 18,5 milhões de cesarianas no mundo todo – sendo 1,6 milhão apenas no Brasil.

A pesquisa indica que Brasil e China, somados, são responsáveis por metade das cesáreas desnecessárias que são realizadas mundialmente – cerca de quatro milhões por ano.

O custo de todas essas cirurgias feitas sem necessidade chega a US\$ 2,32 bilhões. É o suficiente para pagar todas as cesáreas adicionais necessárias nos países em que elas não são realizadas o suficiente. E ainda sobriam dois bilhões de dólares.

No Brasil, a pesquisa concluiu que são realizadas anualmente 960,687 cesáreas desnecessárias. O custo delas seria de US\$ 226.777.248, ou cerca de 794 milhões de reais².

Nenhum país tem taxa de operações cesarianas tão alta quanto o Brasil – 45,9%, usando dados de 2006. A China, campeã em quantidade de cirurgias, realiza 25% de cesáreas. O Irã e a República Dominicana fazem 41,9% cada.

Situação brasileira

Segundo uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e divulgada no domínio Data SUS, mais da metade das brasileiras têm filho através da cesariana. No gráfico da página 36, observa-se

² Considerando US\$ 1 = R\$ 3,50, valor aproximado de agosto de 2015.

que a proporção entre partos vaginais e cesáreas nas regiões do país está equilibrada. A porcentagem de cirurgias varia entre 46,1% (Norte) e 62,6% (Sul).³ Considerando que essa taxa refere-se a todos os partos, realizados em rede pública ou privada de saúde, é nítida uma tendência geral de realização da cesariana.

Alvo de muitas pesquisas, já se comprovou que a cesariana oferece mais riscos do que um parto normal. A pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2014, explica:

“Já está bem estabelecido na literatura científica que a cesariana aumenta o risco de morbidade respiratória leve e grave, que aumenta à medida que diminui a idade gestacional, aumenta também o risco de internação, ida de UTI e óbito. Para a mulher, a cesariana também é um fator de risco bem estabelecido para ocorrência de hemorragia, infecção e óbito materno e nas gestações subsequentes para o desenvolvimento de uma placentação anormal e ocorrência de óbito fetal”.

A mesma pesquisa revela números interessantes sobre o tema. Gestantes foram questionadas sobre qual tipo de nascimento queriam para seus filhos. A pergunta foi feita no início e no final da gravidez. Por fim, perguntou-se qual tipo de nascimento realmente aconteceu. Os resultados são alarmantes.

3 Foram desconsiderados para elaboração do gráfico e cálculo de porcentagem os partos cujo tipo é ignorado, por constituir uma quantidade muito pequena em relação aos outros. Para o cálculo das porcentagens, foi realizado arredondamento aproximado dos valores.

O nascimento no Brasil



No Brasil todo



Apenas 15,4% das gestantes usuárias do sistema público de saúde declararam, no início da gravidez, preferir cesariana. No final da gravidez, esse número caiu para 15%. Mas 44,8% acabaram passando por uma cirurgia. Isso quer dizer que três a cada dez mulheres não tinham a intenção de realizar uma cesárea, e mesmo assim foram submetidas a ela.

Os números do sistema particular são ainda maiores: 36,1% das gestantes no início da gravidez queriam que seus filhos nascessem através de cesárea. No final da gestação, esse número quase dobrou — passou para 67,6%. E 89,9% acabaram se submetendo à cesariana.

A realização da cesárea, em si, não é problema. A cirurgia é uma evolução de tecnologias com a finalidade de salvar vidas: a técnica foi aperfeiçoada ao longo dos séculos a fim de garantir que, mesmo nos partos mais complicados, haja chance de sobrevivência materna e infantil. Em muitas situações, o parto normal causaria complicações ou mesmo morte, logo a cesárea é um procedimento válido, útil e necessário em muitos casos.

Mas não em todos eles. A Organização Mundial da Saúde afirma que há a necessidade real de uma cesárea em 15% dos nascimentos. Como explicar, então, que em algumas regiões do Brasil essa porcentagem seja maior do que 60%? A resposta é uma soma de fatores culturais e sistemáticos que afetam tanto as equipes médicas quanto as famílias de forma a criar a sensação de que uma cesariana é a forma de nascimento mais vantajosa. É importante lembrar aqui que está sendo abordada a questão da cesárea se esta for eletiva, opcional e, dentro do conhecimento científico, desnecessária. Cesáreas necessárias serão

abordadas posteriormente, mas nos próximos intertítulos fala-se exclusivamente da cesárea que foi realizada sem o caráter emergencial ou com uma intercorrência que leve à necessidade da cirurgia.

Tecnicista, patriarcal, capitalista

Há várias razões para a cesárea ser uma preferência nacional. Karen Estevam, residente em enfermagem na Maternidade do Bairro Novo, em Curitiba, e envolvida na questão da humanização do parto, explica:

“Os profissionais aprendem a atender nessa forma tecnicista, patriarcal e capitalista. Então eles dizem ‘para mim não importa o outro, não importa o que ele pensa. Eu vim para salvar vidas e eu tenho que fazer aquilo que me foi dado durante a faculdade inteira. Eu sei o que estou fazendo. Eu coloco um jaleco e visto minha carapaça, eu visto uma redoma. Eu tenho o poder, porque eu fiz faculdade e ela não, e eu sei mais do que ela. Sobre o próprio corpo dela, eu sei mais. Porque eu estudei para isso”.

Os três adjetivos — tecnicista, patriarcal e capitalista — usados por Karen podem ser usados para explicar três dos principais motivos pelos quais tantas cesáreas desnecessárias são feitas no Brasil.

Tenicista, ou limitado pela técnica, refere-se ao ensino de medicina nos cursos e universidades. Os estudantes muitas vezes não são ensinados sobre como atender a um parto normal. Aprendem na sala de aula apenas como realizar uma cesariana. Ainda, pouco ou nenhum tempo é dedicado a questionar a necessidade desse tipo de cirurgia: os novos médicos saem da faculdade sabendo como realizar uma

cesárea, mas não quando ou por quê. A enfermeira obstétrica e professora de enfermagem na PUCPR, Adelita Gonzales, explica:

“Hoje, tanto em faculdades de enfermagem como de medicina e outras também, o modelo ensinado é o tecnocrático. O grande problema disso é que quem sai das universidades são esses profissionais que a gente encontra nos hospitais e maternidades. Profissionais que simplesmente estão fazendo como aprenderam. Aprenderam a fazer intervenção, a fazer cirurgia, que o profissional é quem manda, e por aí vai. E aí chega nessa situação que a gente está hoje no país. Então o grande problema e a grande solução é o ensino.”

Patriarcal designa a sociedade centralizada no homem, o que possibilita a existência do machismo. Quando se trata de um processo que só acontece em pessoas que biologicamente pertencem ao sexo feminino, e percebe-se que mulheres são historicamente consideradas inferiores, é fácil perceber que a sociedade minimiza as necessidades femininas. Por muitos séculos, a sociedade tratou as mulheres como objetos, com poucas utilidades além da reprodução, e a emancipação feminina ainda é muito recente – há menos de cem anos foi permitido às mulheres o voto⁴, para usar o exemplo mais clássico de conquista de direitos femininos.

O que isso tem a ver com cesárea? Em uma sociedade que apenas recentemente (em termos históricos) aceita que as mulheres são independentes,

4 As inglesas foram as primeiras mulheres a conquistarem o direito de voto, em 1918. Nos Estados Unidos, esse direito foi conquistado em 1919, e, no Brasil, apenas em 1932.

ainda impera a mentalidade de que elas não têm direito ao próprio corpo. A partir disso, desenvolve-se as principais manifestações do machismo na sociedade moderna: estupro, *slut-shaming* (o ato de depreciar uma mulher ou considerá-la de “menos valor” com base em comportamentos, roupas ou linguagem considerados promíscuos), violência obstétrica e outros.

Já para explicar a relação entre a cesariana e o *capitalismo*, é mais fácil usar a máxima “tempo é dinheiro”. Um parto normal costuma levar horas para ser concluído: desde o rompimento da bolsa até a expulsão da placenta é comum se passar 12 horas ou até mais, mesmo que não haja complicações. Uma cesárea sem intercorrências, por outro lado, é muito mais rápida. A cirurgia costuma demorar, no máximo, uma hora – sendo que 45 minutos são apenas para dar os pontos e realizar as finalizações do procedimento. Um médico obstetra pode fazer seis, oito cesáreas por dia, recebendo muito mais do que receberia se assistisse a apenas um parto por esse período. Ainda, ao atender somente cesáreas, o médico tem a comodidade de escolher os melhores horários e dias – não precisará trabalhar nos fins de semana, feriados e madrugadas, por exemplo.

É comum, inclusive, que médicos que atendem por plano de saúde cobrem uma taxa por fora quando a mulher insiste em realizar um parto normal ou mesmo uma cesárea não agendada. É a chamada “taxa de disponibilidade”, cobrada se a mulher quiser que seu parto seja assistido pelo obstetra que a acompanhou durante a gestação, e não pela equipe plantonista. Os valores, que não são tabelados,

podem chegar a 3.500 reais. Tal cobrança é irregular e ilegal, segundo a Agência Nacional de Saúde e o Serviço de Proteção ao Consumidor (Procon-PR).⁵

Outro motivo pelo qual o parto normal é menos lucrativo em relação à cesárea é o pós-operatório. Considerando aqui apenas nascimentos tranquilos, sem intercorrências ou complicações, uma mulher que teve um parto vaginal permanece no hospital no máximo 24 horas após o nascimento do seu filho. Já uma mulher que se submeteu a uma cesariana precisa ficar 72 horas internada. É mais vantajosa para o hospital ou maternidade particular a cirurgia, já que a família paga três vezes mais pela internação.

O medo do desconhecido

Filósofos e escritores já dizem que um dos maiores medos dos seres humanos é o desconhecido. Alguns ainda vão além e relacionam esse medo com outros. J. K. Rowling, escritora britânica, cita em seu *Harry Potter e o Enigma do Príncipe*: “É o desconhecido que tememos quando olhamos para a morte e a escuridão. Nada mais”.

Se o medo do desconhecido é a raiz de tantos outros medos, também pode estar aí o medo do parto normal. Vindas de uma sociedade que muito fala sobre gestação e recém-nascidos, mas pouco discute sobre o nascimento, as mulheres chegam aos consultórios médicos com ideias pré-concebidas

5 Informações retiradas da reportagem “Cobrança para parto é alvo de polêmica”, de Carolina Pompeo, publicada no site do jornal *Gazeta do Povo* em 30 de setembro de 2014.

– e muitas vezes errôneas – sobre o parto normal. Historicamente, o parto que era realizado em casa, de forma natural, também se tornou uma prática totalmente desconhecida para meninas e mulheres. Explica a enfermeira Karen Estevam:

“As mulheres não procuram saber sobre o trabalho de parto. Elas se preocupam em saber qual vai ser a roupinha que o bebê vai usar na saída da maternidade, como vai ser o quartinho, o carrinho, tudo. O bebê está dentro da barriga dela, mas ela não se preocupa em como ele vai sair. Deixa para a maternidade decidir. Até mesmo nós [da maternidade do Bairro Novo], que atendemos cerca de 70% dos partos normais, vemos que elas se desesperam no momento do trabalho de parto porque não sabem como é esse processo. Não leem, não buscam, não vão atrás, não se informam, não sabem como isso funciona.”

Já a coordenadora do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, Nádia Narchi, observa que o pouco conhecimento divulgado sobre o parto normal é negativo. Em reportagem para o site *M de Mulher*, Narchi afirma⁶:

“A repercussão que existe do parto normal é de que ele é uma coisa extremamente dolorosa, violenta e solitária. Não precisa ser assim, mas as mulheres têm muito medo dessa visão e buscam a alternativa da cesárea, que é vista como um parto mais moderno.”

6 Citação retirada da reportagem “Cesárea: entenda quais são os riscos desse tipo de parto”, escrita por Camila Lafratta e publicada no site *M de Mulher* em 25 de maio de 2015.

Como já explicado, muitos médicos têm preferência por realizar a cesárea. Quando uma mulher sem muito conhecimento sobre parto é atendida por um desses profissionais, uma nova faceta da violência obstétrica pode acontecer: a desonestidade. Se para os médicos é mais cômodo realizar cesárea, muitos usam de técnicas de convencimento antiéticas para induzir a mulher a aceitar passar pela cirurgia. Como? Através de falsos pretextos.

Para entender isso, é preciso primeiro saber que há casos em que a cesariana é indicada e pode salvar a vida da mãe e do bebê. As indicações para cesárea em que a maioria dos médicos concorda são:

- Placenta prévia (quando a placenta cobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto).
- Descolamento prematuro da placenta.
- Gestantes com problemas cardíacos graves,
- Presença de herpes genital com feridas ativas na mãe.
- Gestantes soropositivas com carga viral alta.
- Casos graves de eclampsia (pressão alta na mãe) ou diabetes.
- Prolapso (quando o cordão umbilical sai antes que o feto, causando o corte no fluxo de sangue do bebê).
- Apresentação pélvica (quando o bebê está sentado no útero, ao invés de ponta cabeça) ou transversa (quando o bebê está deitado de lado) – é possível realizar um parto normal nessas condições, porém exige muita técnica e pode ter complicações, sendo normalmente evitado.

- Sofrimento fetal agudo (notado através da frequência cardíaca anormal do feto).
- Desproporção céfalo-pélvica (quando a ossatura da bacia da mãe não é compatível à cabeça do bebê).
- Alguns casos graves de malformação congênita (nesse caso, a indicação de cesárea se deve também à necessidade da presença de uma equipe pediátrica de emergência para atender o recém-nascido).

Apesar de estas serem indicações claras de necessidade de uma cesariana, muitas vezes há o diagnóstico errado ou precipitado. Por exemplo: ainda que a desproporção céfalo-pélvica exista, muitas vezes os médicos realizam cirurgias sob esse pretexto sem comprovação de necessidade. Esse problema acontece raramente e só pode ser diagnosticado com precisão quando houver dilatação total, mas não é incomum que os médicos indiquem a cirurgia quando a mãe é muito pequena ou magra sob a alegação de que o bebê “não vai passar”.

Há muitas outras inverdades ditas pelos obstetras a respeito da necessidade de uma cesariana. Seja por interesse próprio ou simplesmente porque foram ensinados assim na faculdade, médicos costumam indicar cirurgias desnecessárias sob várias alegações. Confira alguns exemplos de motivos que *não* indicam a necessidade de cesárea:

- Bebê muito grande ou muito pequeno.
- Mãe muito jovem ou muito idosa.
- Circular de cordão umbilical (independente de quantas voltas o cordão dá ao redor do

pescoço do bebê. É importante lembrar que o feto não respira ainda através do nariz, e sim pelo cordão umbilical, não podendo ser sufocado. O cordão é feito de material gelatinoso que se adapta a várias formas, sem parar de fornecer oxigênio ao bebê ainda que enrolado).

– Gestação com mais de 40 semanas (ela pode durar até 42 semanas sem complicações, mas é necessário monitoramento).

– Gestação gemelar (de gêmeos).

– Trabalho de parto prolongado (é comum as contrações durarem alguns dias sem que a mulher entre realmente no trabalho de parto, ou seja, não tenha dilatação e contrações contínuas e frequentes. Mesmo depois do início do trabalho de parto, o processo pode chegar a 18 horas sem complicações).

– Mãe já ter feito uma cesárea anteriormente (há estudos que indicam que mulheres com mais de duas cesáreas anteriores correm risco de ruptura uterina, mas não há indicação de que uma única cesárea prévia aumente esse risco. Quando mais de uma cesárea já foram realizadas previamente, a gestante e o médico devem conversar a fim de avaliar as possibilidades).

É importante ressaltar que cada gravidez é diferente, assim como cada mulher e cada bebê são diferentes. Portanto, casos em que normalmente não seria necessário uma cesárea pode ser indicada para uma mãe, ou o contrário. Porém, de forma geral, essas são as principais indicações verdadeiras e falsas

para a cirurgia. Sempre é necessário conversar com a equipe médica em caso de dúvidas.

Riscos da cirurgia

Tanto o parto normal quanto a cesariana apresentam riscos para as mães e para os bebês. Mesmo que nenhum problema seja previamente identificado no pré-natal, intercorrências são comuns e podem gerar consequências indesejadas.

Ser amplamente realizada não muda o fato que a cesariana é uma cirurgia invasiva, e, como tal, pode causar sangramentos e hemorragias, infecções e reações à anestesia. A cesariana ainda aumenta a possibilidade de ocorrer trombose nos membros inferiores.

O estudo *Maternal Death in the 21st Century*, publicado no periódico *American Journal of Obstetrics & Gynecology* em 2008, derrubou o mito de que a cesariana é mais segura do que o parto normal. A equipe de seis pesquisadores analisou 1,46 milhão de nascimentos. Foi observado que a taxa de morte em partos vaginais era de 0,2 a cada 100 mil nascimentos, enquanto que, para a cesariana, essa taxa é de 2,2. Ou seja: ao realizar uma cesariana, a gestante corre até dez vezes mais risco de morrer.

O bebê também pode sofrer com a realização da cesariana, principalmente quando ela é eletiva: marcada com antecedência, sem caráter emergencial e sem necessidade científica. Nesses casos, é comum que o obstetra marque a cirurgia um pouco antes do fim da gestação, com o propósito de evitar que a gestante entre em trabalho de parto antes da data

agendada. O resultado é que muitas vezes os bebês nascem antes da hora, podendo ter problemas respiratórios por não ter os pulmões completamente desenvolvidos. As ultrassonografias realizadas no pré-natal avaliam bem o desenvolvimento do feto, mas não são exatas ao determinar a idade gestacional: o tempo de gestação determinado pelo exame é aproximado, podendo variar duas semanas para mais ou para menos. Logo, ao realizar uma cesárea na 38ª semana de gestação, por exemplo, corre-se o risco de que o bebê na verdade tenha 36 semanas. Uma das possibilidades é a ocorrência da chamada traquipneia transitória do neonato, condição em que o recém-nascido tem frequência respiratória maior do que o normal.

Quando dentro do útero, o feto tem o pulmão cheio de líquidos. Conforme a gestação chega ao fim, esses líquidos são absorvidos, liberando o pulmão para funcionar plenamente fora do útero. Esse processo é acelerado durante o trabalho de parto da mãe. Quando o bebê nasce por cesariana eletiva, é alta a chance de que esse líquido ainda não tenha sido absorvido totalmente, o que faz com que a respiração do recém-nascido fique comprometida. A traquipneia transitória raramente dura mais do que 48 horas nos recém-nascidos, não deixando sequelas, mas enquanto o quadro não se abranda a criança deve ficar na UTI neonatal, gerando custos e desgaste emocional.

Uma das maneiras de evitar algumas das complicações é esperar o trabalho de parto iniciar, mesmo que ele não seja conduzido até o fim. Dessa forma, o próprio corpo da mulher indicará quando o

bebê estiver pronto para nascer, ainda que esse nascimento aconteça por meio da cesariana.

Violência obstétrica no centro cirúrgico

Alienação é uma violência grave. Quando a uma mulher é negado o direito de ser informada sobre tudo o que acontece com o seu corpo, a fim de beneficiar um profissional que prioriza o descanso no fim de semana à saúde de um bebê e de sua mãe, é violência. Quando uma mulher é submetida à cesariana, não porque ponderou os riscos e optou por esse nascimento para seu filho, mas porque foi influenciada através de falsos pretextos a escolher uma intervenção cirúrgica desnecessária e potencialmente perigosa, é violência. Quando mais da metade das mulheres brasileiras não são orientadas no sentido de escolher o que é melhor para si e para seus bebês, é uma violência. Porém, infelizmente, a violência obstétrica vai ainda mais além.

Era abril de 2014 e Adelir Carmem Lemos de Goés acordou com dor. Estava no estágio final da gravidez, esperando uma menina, e sonhava em realizar um parto normal: seus dois filhos anteriores, Angelo e Flora, saíram de seu ventre através de cesarianas.

A família que Adelir formou com seu marido, Emerson, era de Canoas, região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mas havia se mudado para Torres há dois anos. A nova cidade era pequena, com pouco mais de 30 mil habitantes, e tinha belas praias. Foram para lá em busca de tranquilidade e qualidade de vida, e se estabeleceram na área rural.

No dia 1º de abril, Adelir sentiu muitas dores lombares. Preocupada com sua filha, foi ao hospital, onde realizou exames. A médica obstetra foi incisiva: o bebê estava invertido, de cabeça para cima, e era necessário fazer uma cesárea naquele momento.

Adelir se assustou: durante todo o pré-natal, nunca havia sido informada de que a filha estava em posição errada. Ao pedir para ver os exames, a médica recusou. Disse que a situação era de emergência e que a cirurgia deveria acontecer naquele dia mesmo, já que a gestação já estava na 42ª semana. Mais tarde, Emerson, o pai da menina, disse que nenhum exame mostrava que o bebê estava virado.

Cética, Adelir não aceitou a declaração da médica e disse que mantinha a intenção de um parto normal, em casa, amparada por uma doula. Ela havia estudado muito, lido muito sobre o assunto e tinha plena consciência dos riscos, e sabia que um parto normal ainda era menos prejudicial do que uma cesariana. A obstetra não gostou, mas, depois de Adelir assinar um termo de responsabilidade, foi liberada do hospital.

O trabalho de parto já estava avançado naquela madrugada quando, à 1h30min da manhã, a campanha toca. Um oficial de Justiça e dois policiais armados vieram buscar Adelir. A parturiente foi levada à força para o hospital e submetida a uma cesariana sem consentimento. Houve ainda mais uma violação dos direitos da mulher: a Lei do Acompanhante não foi respeitada, e Adelir foi sozinha para a sala de cirurgia. Disse ela em entrevista ao blog *Cientista que virou mãe*:

“Enquanto ela [a médica] me operava, dizia que eu era uma irresponsável, uma assassina, uma louca. Que se eu tivesse marcado a cesárea antes, nada disso precisava ter acontecido. Se eu tivesse marcado a cesárea, meu marido podia estar ali tirando foto agora. Que por minha causa agora eu estava sozinha e ele lá fora. Eles não deixaram meu marido entrar, eu fiquei sozinha...”.

Segundo a família, no dia anterior havia sido realizada uma consulta pré-natal que indicava que tudo estava certo com ela e com o bebê. Inclusive, exames indicavam que Adelir estava na 40^a semana de gestação, e não na 42^a, como insistiu a obstetra.

Além do trauma de ter sido escoltada pela polícia a uma cirurgia não desejada, Adelir ainda carrega o peso da exposição que o caso ganhou na mídia. Segundo ela, muitos dos moradores da cidade passaram a tratá-la mal depois do acontecido, e mesmo a sua família parou de falar com ela. Com medo de ser repreendida ou maltratada, 12 dias depois de receber alta ela ainda não havia tido coragem de voltar para o hospital. Os pontos da cirurgia infeccionaram, e ela tem medo.

Mesmo tendo conhecimento do processo do parto, Adelir foi uma vítima da violência obstétrica. Ela e sua bebê, a pequena Yuja, estão fisicamente bem, mas as cicatrizes emocionais vão demorar para sarar.

Era o primeiro filho de Marta e ela estava desesperada. As contrações estavam fortes e contínuas, mas nenhum hospital no Rio de Janeiro queria aceitá-la, por ela não ter ainda dilatação suficiente. Foram dois dias de peregrinação dolorosa, a mistura de medo pelo filho e indignação com o sistema de saúde. No terceiro dia, decidiu tentar uma maternidade perto de sua casa, uma com a terrível fama de “matadouro”.

Lá, precisou implorar para receber comida. Depois de muito tempo ofereceram alimento, mas logo em seguida a puseram no soro e Marta vomitou tudo. Passou a madrugada sentindo as contrações, dilatando pouco a pouco. As enfermeiras ameaçaram: “Não grita, se você gritar vai ser pior”. Mantiveram Marta na cama, suja depois que ela evacuou, por várias horas.

Na hora do parto, realizaram mais um exame de toque e fizeram a episiotomia antes que a anestesia pudesse fazer efeito. Marta não conseguiu ver o seu bebê: levaram ele direto para a UTI neonatal.

O médico fez a sutura e enfiou o dedo no ânus da mulher. Quando questionado, respondeu: “É um procedimento normal”.

O filho de Marta nasceu com encefalopatia coreo-atetoide, um tipo de paralisia cerebral. A criança faz terapia ocupacional e acompanhamento fonoaudiólogo há anos. Uma neurologista falou para Marta que não há dúvidas: a condição do seu filho é consequência de sofrimento fetal pela demora no parto.

O PARTO DAS INTERVENÇÕES

*“Porque há o direito ao grito. Então eu grito.”
Clarice Lispector*

Enquanto trabalhava no desenvolvimento desse livro, fui convidada a participar de uma palestra sobre os direitos das mulheres no parto. Anotei o endereço do evento, peguei um ônibus para um lado da cidade que não conhecia e fui.

Quando cheguei, estagnei na calçada, incrédula. Conferi mais uma vez o endereço no celular, para ter certeza de que estava certo. Estava. Com um tanto de apreensão e outro tanto de surpresa, entrei no improvável local onde a palestra seria ministrada: era uma igreja.

O Museu da Vida é um prédio de paredes coloridas localizado no bairro Mercês, em Curitiba. Conta com um pátio cheio de brincadeiras para as crianças, um pequeno bosque, várias salas com exposições e uma capela. Nessa capela, no momento em que cheguei, havia um telão sendo montado, onde pouco depois seriam exibidas imagens pouco santas como a foto de uma episiotomia sendo realizada. A estranheza da situação era visível, mas não demorou muito para que tudo fizesse sentido.

O Museu da Vida foi criado pela Pastoral da Criança, órgão relacionado à Igreja Católica, que faz ações nas comunidades a fim de promover saúde, educação, nutrição e cidadania para crianças carentes. A missão dessa organização é garantir a qualidade de vida às crianças do ventre materno até os seis anos, por meio de projetos que combatem

desde a desnutrição até a negligência com a higiene. E nessas ações, inclui-se a luta contra a violência obstétrica.

Foi nessa capela que conversei pela primeira vez com Karen Estevam, enfermeira obstétrica que voluntariamente ministrou a palestra – a segunda naquela semana – para um grupo de cerca de dez gestantes.

De forma calma e didática, Karen passou pela apresentação de slides, explicando primeiro os motivos pelos quais o parto normal é preferível à cesárea. Depois, passou a explicar os tipos de violência obstétrica mais comuns durante o parto normal, e como se prevenir deles. Um a um, os vilões do parto humanizado foram se apresentando: episiotomia, ocitocina sintética, anestesia e Manobra de Kristeller.

O corte lá embaixo

“Vou fazer um corte lá embaixo, tudo bem, mãezinha?”. Essa pergunta é rotineira nas salas de parto no Brasil. Segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2014, 53,5% das mulheres que passaram por um parto normal sofreram uma episiotomia.

A episiotomia é um corte cirúrgico feito no períneo, região que fica entre a vagina e o ânus da mulher. É realizado a fim de aumentar o espaço para a passagem do bebê no parto normal, com a justificativa de diminuir a chance de ocorrer uma laceração espontânea. Como na maioria das intervenções médicas no parto, há situações em que esse corte é necessário. Porém, no Brasil esse procedimento é realizado de forma rotineira, muitas vezes sem

necessidade, podendo ter consequências sérias para a mulher – é fácil encontrar em blogs de maternidade ou feminismo quem chame esse corte de mutilação genital. A enfermeira obstétrica e professora Adelita Gonzales explica:

“Eu diria que praticamente em nenhuma situação a episiotomia é necessária, principalmente se o parto for acompanhado respeitando a fisiologia da mulher e que haja manejo adequado do trabalho de parto. Permitir que a mulher fique em posição vertical, não pedir para ela fazer força... Então, conduzir o parto de forma fisiológica e natural vai proteger o períneo dessa mulher. Se o parto é respeitado não há a necessidade de fazer, porque não ocorre o corte espontâneo. E se ocorrer, é muito menor do que o próprio corte de tesoura, e muitas vezes nem ponto precisa dar.”

As consequências de uma episiotomia podem afetar em muito a vida pessoal, sexual e até profissional da mulher. É o caso da cantora de ópera estadunidense Amy Herbst, que em 2012 foi submetida a uma episiotomia ao dar à luz seu primeiro filho. O corte causou o rompimento de seu esfíncter externo, formando uma ligação entre a vagina e o reto. Como resultado, a mezzo-soprano permanece com flatulências crônicas e incontinência intestinal, o que a impede de trabalhar e de ter uma vida normal – além de dolorosa, a seqüela é extremamente embaraçosa. As chances de reparar o dano são mínimas, e Amy processou a enfermeira que realizou o procedimento sem seu consentimento em cerca de 2,5 milhões de dólares.

Além da incontinência intestinal, outras possíveis sequelas desse tipo de procedimento incluem fibrose (formação de tecido fibroso no local da cicatriz), perda de sensibilidade na região, laceração e frouxidão da região perineal e dor na relação sexual.

Enfermeiras obstétricas envolvidas na questão do parto humanizado são unânimes ao afirmar que, em um parto conduzido com boas práticas e sem o uso de violência, a episiotomia quase sempre é desnecessária. Permitir que a mulher seja protagonista no seu parto é muito mais eficiente contra as lacerações do que o corte. A enfermeira Karen Estevam reforça essa ideia:

“Assim como qualquer intervenção, quando feita exageradamente, a episiotomia abre portas para outras intervenções. É uma laceração de terceiro grau, porque ela corta músculos, pele, mucosa. Ela mede, mais ou menos, de cinco centímetros a mais. É preciso pensar assim: a gente [os profissionais de saúde] pôs as nossas mulheres deitadas, falando para elas o que elas devem fazer, de uma forma mal educada e violenta. Então é claro que o trabalho de parto vai ser dificultado. A passagem do bebê vai ser diminuída. Então aí vem a episiotomia para justificar. Não! Se você dá liberdade de posição para ela, se favorece um ambiente tranquilo, agradável, que tenha muita ocitocina, endorfina e todos os outros hormônios naturais que facilitem o trabalho de parto, não existe justificativa para fazer uma episiotomia porque ela não vai precisar. É um trabalho de parto natural. Vai acontecer. Todos os bebês passam pela pelve da mãe.”

Após a episiotomia, é comum a realização de mais um ato de desrespeito à mulher: é o *ponto do*

marido, em que, ao suturar a laceração, o médico dá o último ponto de forma a estreitar o canal vaginal. A intenção é que a vagina pareça “virgem”, em vez de “frouxa”, o que supostamente acontece após um parto normal. O ponto do marido pode causar muita dor nas relações sexuais, além de ser completamente desnecessário.

Há casos em que a episiotomia é necessária para a sobrevivência do bebê. Segundo a enfermeira Adelita, a principal justificativa para a realização desse procedimento é se houver sofrimento fetal agudo e a forma mais rápida de realizar o parto é através da via vaginal. Porém, esse tipo de caso é uma exceção, acontecendo em poucos partos – a enfermeira garante que, nos últimos dez anos de atendimento ao parto, não viu a necessidade de episiotomia nenhuma vez.

O hormônio artificial

O corpo humano é regido pelos hormônios. Em todos os períodos da vida, da infância à maturidade, as mudanças e o funcionamento do organismo dependem da quantidade dessas substâncias. Durante a gravidez e o parto os hormônios são essenciais para que o bebê cresça saudável no útero, e depois saia dele de forma natural. Os principais hormônios ativos durante o parto são a ocitocina, a prolactina e as endorfinas.

A ocitocina é um dos hormônios mais importantes desse processo. Sua principal função é provocar as contrações uterinas que expulsam o bebê. Sua liberação no organismo acontece de forma gradual

durante o trabalho de parto, atingindo o nível máximo na hora do nascimento. Nessa hora, o excesso de ocitocina cria uma sensação de euforia que é responsável pela parte fisiológica da formação do vínculo da mãe com o bebê, facilitando a formação do laço emocional entre eles.

No momento do parto, essa substância tem outra função importante: através da placenta, a ocitocina materna chega ao cérebro do bebê, “desligando-o”. Isso protege as células cerebrais e diminui o consumo de oxigênio, o que é essencial – nesse momento do trabalho de parto, a oferta de oxigênio é pouca, e um consumo menor garante que o bebê nasça bem.

Em um parto natural, que respeite o processo fisiológico, a ocitocina materna normalmente é suficiente para conduzir o nascimento. Conhecida como o “hormônio do amor”, a ocitocina é liberada em situações de relaxamento e prazer – em ambientes em que a mulher se sente acolhida e segura. Sua liberação no sangue é bloqueada pela adrenalina, hormônio ligado a situações de risco e medo. Logo, se a parturiente se sente ameaçada ou intimidada (talvez por não sentir confiança na equipe médica, sofrer violência verbal ou física), o trabalho de parto não evolui ou evolui mais lentamente.

E é nesses momentos em que ocorre a aplicação de ocitocina sintética, substância feita em laboratório para induzir o parto quando este não se desenvolve sozinho e precisa de intervenção. Esse seria o uso correto da droga – ajudar no parto quando este não está evoluindo na velocidade necessária – porém nas maternidades do Brasil é um procedimento de rotina. É comum que, assim que a parturiente

chegue no hospital, ela seja colocada no “sorinho”, ou seja: aplicação intravenosa da ocitocina sintética.

Realizada em 36,4% das mulheres (segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*), a aplicação da ocitocina sintética pode ser prejudicial em um parto se feita sem necessidade. O motivo é simples: o hormônio sintético estimula as contrações, mas não desempenha as outras funções que a mãe e o bebê precisam, além de bloquear a produção da ocitocina natural. Adelita Gonzales explica:

“A grande diferença entre a ocitocina sintética e a ocitocina fisiológica é que a fisiológica é produzida no nosso cérebro, na hipófise. Ela passa pelo centro das emoções. Então é um hormônio que, quando é produzido naturalmente, está ligado ao amor, às relações de vínculo, de afeto, enfim, de prazer. E a ocitocina sintética tem a única e exclusiva ação na musculatura. Então o hormônio que é liberado para contrair o útero faz essa expulsão. Ela não passa pelo cérebro. A grande diferença é essa: a ocitocina sintética não vai gerar a relação e a sensação de vínculo, amor e bem-estar entre a mãe e o bebê”.

As contrações induzidas de forma artificial costumam ser muito mais fortes e dolorosas, tornando o parto desconfortável para a mãe e para o bebê. O risco da realização dessa intervenção é grande: rotura do útero, deslocamento de placenta e sofrimento fetal são os problemas mais graves que podem ser causados pelo uso da ocitocina sintética sem indicação. Kalu Brum, colunista do site *Vila Mamífera*, explica em artigo publicado em 13 de abril de 2015⁷:

7 Trecho retirado do texto **Ocitocina natural x sintética**, publicado no site *Vila Mamífera*.

“Com a ocitocina sintética as contrações que eram doloridas, mas suportáveis, aumentam de intensidade consideravelmente e se tornam insuportáveis, levando a mulher a dilatar mais rápido, mas necessitar de anestesia. Essas contrações excessivas e não naturais podem levar o bebê a ter uma alteração de batimento cardíaco ou aumentar a chance de uma ruptura uterina.”

Karen Estevam, a enfermeira que ministrou a palestra no Museu da Vida, usa uma metáfora brutal para explicar a diferença entre parir com ou sem o uso da ocitocina sintética.

“Quando você está constipada, por exemplo, e toma um laxante, a sua dor de barriga não vai ser a dor de barriga que você teria naturalmente para evacuar. Ela vai doer muito mais. Por quê? Porque o laxante imita o movimento do intestino para poder eliminar as fezes. Ele imita só o movimento mecânico. Não vem de forma natural. A ocitocina nada mais é do que isso.”

A ocitocina sintética é indicada quando há a necessidade de induzir o trabalho de parto. Também pode ser usada quando há parada ou diminuição do trabalho de parto ou para controlar uma hemorragia pós-parto. É indicada também quando o trabalho de parto está na fase final, mas as contrações são curtas demais para permitir a saída do bebê, ou se a parturiente estiver cansada demais para fazer força.

O estopim da cascata

O trabalho de parto é um evento doloroso. As contrações são fortes e as mulheres sentem a

necessidade de procurar formas de aliviar a dor. Essas formas podem ser naturais ou farmacológicas – em um parto humanizado, as primeiras são sempre preferíveis. Mas em uma situação de parto violento ou desrespeitoso, é comum que os médicos ou enfermeiras priorizem o uso de medicamentos antes de tentar minimizar a dor de outras formas.

Há muitas e boas maneiras de diminuir a dor da parturiente durante o trabalho de parto: massagens, banhos, caminhadas leves, posições específicas, aplicação de bolsas de água quente, técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios, entre outras. O correto seria que, se após a tentativa de aliviar a dor por um ou mais desses métodos, se a dor persistisse a parturiente pudesse pedir por analgesia farmacológica. O que acontece normalmente (em 33,9% dos partos, segundo a *Nascer no Brasil*), é a aplicação da anestesia epidural.

A anestesia normalmente é aplicada quando a parturiente pede, sendo menos frequentemente imposta sobre a mulher do que as outras intervenções aqui descritas. Porém, o alto índice de ocorrência da aplicação da anestesia indica que as gestantes não são informadas corretamente sobre as consequências e riscos dessa intervenção.

O principal problema na aplicação da anestesia peridural no trabalho de parto é que, mais do que tirar a dor da mulher, ela impede que a parturiente tenha sensibilidade em toda a parte inferior do corpo. Por isso, ela não tem condições de andar ou se movimentar durante o parto, ficando presa à cama, normalmente em posição de litotomia (aquela em que a mulher está deitada de barriga para cima, com

os joelhos apoiados, expondo a região genital). Essa posição é uma das piores para o parto, já que não há a ação da gravidade ajudando o bebê a nascer e a mãe precisa fazer mais força do que o normal – mas é a mais cômoda para a equipe médica, que tem uma visualização melhor do canal vaginal.

Manter a mulher anestesiada em posição de litotomia costuma desencadear o quadro que enfermeiras obstétricas definem como “cascata de intervenções”. A realização da intervenção da anestesia resulta em situações em que é necessária a realização de outra e outra intervenção, saindo de um parto até então natural para um completamente artificial. Adelita Gonzales explica bem esse fenômeno com exemplos:

“O problema é que, se a mulher fica imobilizada, porque ela não pode se movimentar por causa da anestesia, o parto fica prejudicado. E aí começam as intervenções. Ela tem que ficar deitada, o bebê não desce no canal de parto, daí tem que colocar ocitocina, porque pararam as contrações. Aí, de qualquer forma o bebê ainda assim não vai descer no canal de parto, ou ele vai ter um sofrimento fetal, por conta da ocitocina e da posição da mulher, deitada de barriga para cima, e vão ter que usar o fórceps. Usando o fórceps, normalmente vão ter que fazer uma episiotomia. Então o que acontece: quando é feito uma anestesia de parto, a gente costuma dizer que vem a cascata de intervenções. É a anestesia, a ocitocina, o fórceps e a episiotomia.”

Outras consequências são decorrentes do uso da anestesia. Como o bebê ainda está ligado com a mãe pela placenta, a anestesia passa para ele também. O resultado é ser comum o recém-nascido

sair do útero sonolento, entorpecido. Por consequência, é também comum que haja a necessidade de administrar remédios no bebê para cortar o efeito da anestesia.

Outro problema da anestesia é que, com a perda de sensibilidade, a mulher não sente o puxo – a vontade de fazer força na hora da contração. Então o puxo acaba sendo direcionado. Uma enfermeira observa quando há a contração e orienta a parturiente a fazer força naquele momento. Por não sentir vontade de empurrar, a mulher acaba fazendo menos força do que deveria e o parto se prolonga – o que também favorece a necessidade de outros procedimentos, desencadeando a cascata de intervenções.

A manobra proibida

Se a lei 7.633/14 for aprovada, o Brasil entrará na lista de países onde a Manobra de Kristeller é proibida. Essa manobra já é desencorajada por livros de medicina e pela Organização Mundial de Saúde, e é proibida pelo regulamento interno de vários hospitais e maternidades. No Brasil, o Ministério da Saúde e Conselhos Regionais de Medicina se posicionam contra a prática. Mas ela ainda ocorre, e as consequências são graves.

A Manobra de Kristeller consiste em empurrar o fundo do útero a fim de acelerar a expulsão do feto. É quando alguém (uma enfermeira ou um anestesista, por exemplo) sobe na barriga da parturiente para empurrar o bebê para fora. Segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*, 36,1% das mães brasileiras passaram por essa situação.

As possíveis consequências desse procedimento são muitas e graves. Para a parturiente, pode ocorrer fratura de ossos (principalmente costelas), descolamento da placenta, hematomas, contusões, lesão no esfíncter anal e rotura do útero, que pode levar à morte materna e fetal. No bebê, também há o risco de fraturas nas costelas, clavícula ou braços, hematomas e, o mais grave: danos cerebrais.

A Manobra de Kristeller é utilizada até em cesarianas, para posicionar o bebê melhor para a equipe médica. O fragmento de depoimento a seguir foi retirado do site *Vila Mamífera*, administrado por Gisele Leal – autora do relato⁸.

“Entre aos prantos no centro cirúrgico. Perguntei pelo meu médico e não tive resposta. Eu não conhecia aqueles rostos que estavam me operando. Mas foi meu médico do pré-natal quem me recebeu, me internou e decretou a cesárea. Passei mal a cirurgia inteira. Não deixaram meu marido entrar para a cirurgia. Sofri uma baita pressão de fundo de útero para que meu bebê pudesse sair. Tive hematomas na região da costela por uma semana ou mais. (...) Tive dores horríveis ainda no hospital, fui medicada com um remédio fortíssimo a base de morfina e mesmo assim a dor não me deixava curtir meu bebê, amamentar com prazer. Sofri horrores com uma dor insuportável na barriga devido à manobra de Kristeller durante a cesárea. (...) Eu me sentia impotente e responsável por aquilo, mas não sabia o por que. Eu só sei que a única certeza que eu

8 Depoimento retirado do texto **Relato de Violência Obstétrica – o relato da minha 2ª cesárea – o nascimento de Arthur**, publicado em 6 mar 2013 no site *Vila Mamífera*.

tinha naquele momento, era de que não teria outro filho jamais.”

Ao contrário das outras intervenções citadas nesse capítulo, a Manobra de Kristeller não tem nenhuma indicação válida e não há situações em que ela seja necessária a ponto de compensar os riscos. Esse procedimento é uma violência obstétrica por si só.

Consentimento esclarecido

Com a exceção da Manobra de Kristeller, todas as intervenções citadas (além de outras que não serão aprofundadas nesse livro) têm indicações e podem ser necessárias para salvar uma vida ou garantir a saúde do bebê e da mãe. O motivo pelo qual elas caracterizam violência obstétrica não é pelo procedimento em si, ainda que este possa ser muitas vezes agressivo e perigoso, mas o fato de serem realizados rotineiramente e muitas vezes sem necessidade pelos centros de obstetrícia e maternidades.

Segundo a pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*, de 2010, 9% das mulheres afirmam que não foram informadas sobre o que estava sendo feito com seus corpos durante o parto, mas esse número pode ser bem maior. A pesquisa perguntou às mulheres apenas se elas sabiam que procedimentos haviam sido realizados – não se elas foram informadas corretamente de todos os riscos e alternativas a cada uma das intervenções. Considerando os altos índices de ocorrência de episiotomia, aplicação de ocitocina sintética, de anestesia e da Manobra de Kristeller detectados pela

pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, é provável que não.

A chave para diminuir tanto os altos índices de cesariana retratados no capítulo anterior quanto a ocorrência exagerada de intervenções é o conhecimento. Uma mulher bem informada tem consciência de seus direitos e pode aceitar ou não se submeter a uma intervenção com base nas informações obtidas. Todos e todas têm o direito à informação quando se trata de questões médicas: é o chamado *consentimento esclarecido*.

O termo foi criado em 1957 nos Estados Unidos, e é a confirmação de que o paciente (no caso, a parturiente) foi bem informado sobre os procedimentos que estão sendo realizados, compreende a sua necessidade, conhece os possíveis efeitos ou sequelas e autoriza a sua realização. Desde que a pessoa seja autônoma e em plena capacidade de decidir, ela deve ter a sua opinião preservada a respeito do que pode ou não ser feito em seu corpo.

Na maior parte dos casos, é redigido um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo médico e pelo paciente, confirmando que o último está ciente e concorda com o que será feito e tem conhecimento das possíveis sequelas para a sua integridade física ou psicológica. No caso de situações emergenciais em que não seja possível redigir esse termo, o consentimento pode ser dado verbalmente – é o que deveria acontecer durante o parto. Porém, não são raros os casos em que a parturiente é submetida a algum procedimento que não lhe foi devidamente informado e consentido.

Idealmente, todas as mulheres deveriam ser consultadas antes de cada procedimento.

Justamente por isso não acontecer, os índices de intervenções são tão altos – é difícil acreditar que 36% das mães brasileiras foram devidamente informadas sobre a Manobra de Kristeller, por exemplo, e mesmo assim aceitaram se submeter a esse procedimento tão perigoso.

“Não grita, mãezinha!”

Até agora, esse capítulo tratou das diversas intervenções obstétricas que podem ser realizadas durante o parto normal. Porém, há outro tipo de violência obstétrica, muito mais explícita, que afeta as mulheres que optam por esse tipo de parto: a violência verbal.

Considera-se violência verbal qualquer frase dita à parturiente que possa ser rude, grosseira, humilhante, preconceituosa, cause medo, culpa ou alienação, ou fira de qualquer forma a dignidade e integridade da mulher.

Segundo a pesquisa da *Fundação Perseu Abramo*, 9% das parturientes ouviram gritos dos profissionais de saúde, e 7% foram xingadas ou humilhadas. Em outro momento da mesma pesquisa, perguntou-se às mulheres se elas ouviram algum despropósito durante o procedimento: 23% afirmaram que sim.

O resultado da pesquisa é que as quatro frases impróprias mais ditas pelos profissionais de saúde na hora do parto e a respectiva porcentagem de mulheres que afirmam as terem ouvido são: “Não chora não, que ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe,

porque está chorando agora?” (14%); “se gritar eu paro agora o que estou fazendo, não vou atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal para o seu neném, seu neném vai nascer surdo” (5%).

É visível que as frases mais ditas têm como objetivo fazer as parturientes pararem de gritar. Mas é importante lembrar que o parto é um momento de dor, principalmente se a mulher for impedida de se movimentar ou receber ocitocina artificial (que, como explicado anteriormente, faz as contrações serem muito mais fortes e dolorosas). A vocalização dessa sensação, os gritos, ajuda a mulher a suportar melhor o que está acontecendo e canalizar a energia durante os puxos longos.

A violência verbal, além de degradante, pode prejudicar o andamento natural do parto. Ao se sentir ameaçada ou prejudicada, a reação normal do corpo feminino é produzir adrenalina, o que corta o funcionamento da ocitocina natural. Dessa forma, acabam sendo necessárias mais intervenções para a realização do parto – intervenções que não seriam necessárias se houvesse respeito da parte dos profissionais de saúde.

A linguagem é parte essencial da comunicação humana e as palavras escolhidas têm peso e sentido positivos ou negativos. Mesmo termos aparentemente inofensivos podem ser prejudiciais, ainda que não constituam violência obstétrica. É o que defendem muitas ativistas da humanização do parto ao se posicionarem contra o uso de diminutivos na hora de se referir à mulher, como “mãezinha” ou “gravadinha”, por considerarem que esses termos tiram o protagonismo materno do parto.

Leila Katz, médica obstetra, diz em sua publicação “Gravidinha? Mãezinha? Oi?”, publicada em setembro de 2012 no portal *Vila Mamífera*:

“Chamar de qualquer coisa ‘inha’, é infantilizar. Isso é algo que vem sendo estudado pela antropologia, faz parte das coisas que foram introduzidas na assistência do parto para tirar o parto da mulher, diminuí-la e infantilizá-la, assim como a tricotomia. Repito: Não que isso seja feito de forma intencional de jeito nenhum, mas é algo que nos foi passado e que perpetuamos, mas que faz mal!”

Os apelidos genéricos no diminutivo ainda criam a sensação de que a mulher é apenas mais uma mãe, sem personalidade ou histórias próprias. Essa desapropriação da identidade contribui para a dificuldade de relaxar na hora do parto, que, como explicado, pode acarretar diversas intervenções.

A violência obstétrica no parto normal é uma realidade frequente e invisível nas maternidades. O conhecimento é a defesa: seja para impedir que intervenções desnecessárias sejam realizadas, seja para se posicionar contra a violência verbal. Ainda que um grande número de mães sofra ao ter os seus filhos, é possível reverter esse quadro. É o chamado *parto humanizado*.

Wanessa perdeu as contas de quantas vezes pediu ao seu obstetra para examiná-la. Sempre com desculpas como a falta de tempo e dizendo não haver necessidade de escutar o coração do bebê, afinal “ela parecia saudável”, o médico ignorou o histórico da gestante: infarto fulminante por parte de mãe, casos de eclampsia na família por parte de pai, e ela própria já sofria de hipertensão. Wanessa tinha pesadelos com o que podia acontecer durante o parto. Quando começaram as contrações, na 41ª semana, ela se dirigiu ao hospital em Linhares, Espírito Santo, com medo de morrer.

No hospital, sugeriram que ela tentasse o parto normal. O trabalho de parto se estendeu por doze horas madrugada adentro. De tempos em tempos, um enfermeiro diferente aparecia, fazia um exame de toque e ia embora. Os exames foram tão sucessivos e dolorosos que Wanessa chorava, tendo certeza de que não ia sobreviver para ver seu bebê crescer.

Por fim, um médico chegou – até então, ela estava sendo atendida apenas por enfermeiros – e a levou para o centro cirúrgico, para realizar uma cesárea. Wanessa sentia tanta dor por causa dos exames de toque que não conseguia abrir as pernas. Foi xingada e humilhada pelos enfermeiros por conta disso. Ainda que estivesse machucada e assustada, sobrava forças nela para revidar, o que alimentou uma acalorada discussão verbal entre parturiente e equipe médica.

A cesárea foi realizada, o médico deixou a sala e pediu para os enfermeiros – aqueles que haviam humilhado e machucado tanto Wanessa – dessem os pontos. Esses foram dados de má vontade, de forma desleixada. Infeccionaram.

O corte levou seis meses para cicatrizar. Wanessa tem uma cicatriz enorme, torta, feia para lembrá-la todos os dias do terror que passou. Hoje, tem certeza: nunca mais passará por parto nenhum.

O TEMPO DAS LEIS

Esse é tempo de partido,
tempo de homens partidos.
Em vão percorremos volumes,
viajamos e nos colorimos.
A hora pressentida esmigalha-se em pó na rua.
Os homens pedem carne. Fogo. Sapatos.
As leis não bastam. **Os lírios não nascem
da lei.** Meu nome é tumulto, e escreve-se
na pedra.

Nosso Tempo
– Carlos Drummond de Andrade

Xênia Mello é mãe, advogada e feminista. Já foi candidata à deputada estadual do Paraná, pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) e uma de suas bandeiras é a defesa do parto humanizado e a luta contra a violência obstétrica. Quando se pergunta a ela sobre a força da lei contra a violência obstétrica, Xênia prontamente cita Carlos Drummond de Andrade: “Os lírios não nascem das leis”. Para a jovem advogada, as leis não dão conta de resolver os problemas culturais e complexos enraizados na sociedade, que apresentam mais de uma origem, mais de um desdobramento.

O posicionamento é controverso. Para muita gente, ainda está no poder legislativo a tarefa de encontrar soluções que coíbam a violência antes, durante e imediatamente após o parto, reduzam os casos de violência obstétrica e incentivem as vítimas a não se manterem caladas diante das agressões. A força da legislação ainda é necessária para uma regulamentação formal e jurídica do que pode ou não

ser feito a uma mulher neste momento tão especial quanto delicado. Se não para punir, para educar.

Primeiros passos

Os primeiros esforços governamentais para reduzir a ocorrência de violência obstétrica estão no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990. O Estatuto determina que todas as crianças têm direito a um nascimento sadio e harmonioso (artigo 7º) e as gestantes têm direito a atendimento pré-natal (artigo 8º). O artigo 10º ainda determina que os recém-nascidos devem ser submetidos a exames diagnósticos (tais como o exame do pezinho e tipagem sanguínea), qualquer intercorrência no parto ou no desenvolvimento deve ser registrada e o alojamento no hospital deve ser conjunto, possibilitando que as mães se recuperem do parto na companhia dos filhos. O ECA, como seu próprio nome diz, prioriza o cuidado dos bebês, não mencionando os direitos das mães.

Nos anos seguintes, algumas portarias – documentos de ato jurídico que oferecem recomendações, ordens ou instruções vindas de determinada autoridade – foram divulgadas sobre o tema. A principal é a Portaria nº 1.057/2005, chamada “Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal”. Ao observar a necessidade de melhorar o atendimento às mães e aos bebês durante o parto, o texto estabelece princípios e diretrizes no cuidado do parto no país.

A Portaria, divulgada em julho de 2005, estabelece vários itens que devem ser cumpridos para oferecer às parturientes as melhores condições para pré-natal, parto e pós-parto. O texto aborda vários

itens que, desrespeitados, caracterizam violência obstétrica. Os mais gerais reforçam a necessidade de atendimento com dignidade, assistência ao parto e puerpério humanizada e cuidados ao recém-nascido de forma segura, mas há também alguns itens mais específicos — a necessidade de oferecer água à mulher em trabalho de parto, respeitar a decisão da mulher sobre o local e posição do parto e permitir a liberdade de movimentação da parturiente. Ainda há a indicação para oferecer formas não invasivas e não farmacológicas de alívio para a dor, como por exemplo, massagens ou banhos; bem como o uso restrito da episiotomia; e mesmo promover o contato pele com pele entre mãe e recém-nascido logo após o nascimento. Este é essencial para a formação do vínculo entre mãe e filho, conforme descreve M.L., jornalista e professora universitária.

“Me lembro até hoje, e isto foi há quase vinte anos, quando o médico colocou minha bebezinha sobre os meus seios, ainda na mesa de parto, e a boquinha já encostou no mamilo para sugar. Este foi um momento íntimo e delicado, um primeiro contato de mãe e bebê fora da barriga, marcado pela sensação da pele”.

Pouco antes, no mesmo ano, em abril, foi aprovada a Lei Federal nº 11.108, que garante que (texto integral do artigo 19-J) “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”.⁹ A lei não permite distinção em re-

9 A lei citada altera a lei nº 8.080, de 1990, no título II, “Do Sistema Único de Saúde”.

lação ao sexo desse acompanhante, de forma que os pais tem o direito de acompanhar o nascimento de seus filhos independente da orientação do hospital.

Leis municipais – o exemplo de Curitiba

Ainda é tímido o movimento contra a violência obstétrica no Brasil no âmbito legislativo. O assunto está nas conversas, blogs, jornais e ONGs há tempos, mas só em 2013 foi aprovada a primeira lei brasileira que trata exclusivamente desse tipo de violência. Foi um passo pequeno, mas abriu outros caminhos para que novas leis fossem, pouco a pouco, redigidas, votadas e aprovadas.

Em setembro de 2013, Diadema – cidade da região metropolitana de São Paulo – tornou-se pioneira na luta contra abusos na hora do parto ao aprovar a Lei Municipal nº 077/2013. Redigida pelo vereador João Gomes, do PRB (Partido Republicano Brasileiro), o texto não propõe punições a profissionais de saúde que cometem atos de violência obstétrica. Esse tipo de proposta não cabe a leis municipais ou estaduais, podendo ser aplicadas apenas pelo governo federal.

O que uma lei municipal pode fazer para tentar combater essa prática é propor campanhas de conscientização acerca do tema. É o que determina a lei de Diadema, assim como projetos em capitais como João Pessoa, Curitiba, Porto Alegre, Vitória, São Paulo e mesmo cidades menores como Arapoti e Campo Mourão, ambas no interior do Paraná. Como estratégia de divulgação, cada município propõe, à sua maneira, semanas especiais para

conscientização, panfletos, murais, cartilhas, palestras e outras formas de repassar informações.

Em Curitiba, a Lei nº 14.598 prevê a elaboração e distribuição de cartilhas que informem sobre o que é violência obstétrica. Redigida pelo vereador Edmar Colpani, do PSB (Partido Socialista Brasileiro), a lei foi aprovada em 16 de janeiro de 2015 e, até o momento da escrita desse livro¹⁰, ainda não foi posta em prática, apesar dos constantes apelos do vereador à prefeitura.

Colpani, além de vereador, atua como radiologista na estação Banda B, onde apresenta um programa diário às tardes. O primeiro contato com a violência obstétrica veio através das inúmeras ligações de mulheres que recebia em seu programa, afirmando terem sido mal atendidas durante o parto. Conversando com as ouvintes, com colegas de trabalho e com a própria filha, o vereador percebeu que não se tratavam de casos isolados: a violência no parto, nos mais diversos níveis, era um problema de saúde pública e como tal, deveria ser combatido pelo poder legislativo. Compilou as ações que poderiam ser consideradas violentas e redigiu a lei com base em outras já existentes, bem como nas portarias já mencionadas. Para defender o projeto, o vereador e sua equipe redigiram um texto que me foi entregue durante nossa conversa. Leia um trecho:

“A lei tem por objetivo a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados, nas Unidades de Saúde, e nos consultórios médicos especializados, visando, principalmente, a proteção

10 Agosto de 2015.

das gestantes e das parturientes contra a violência obstétrica, no Município de Curitiba”¹¹.

Nem todos foram favoráveis ao projeto de lei quando este foi apresentado. Médicos obstetras da cidade não gostaram da proposta e foi necessário um ano e meio de negociações e debates até que as partes chegassem a um consenso. Segundo Colpani, o medo da classe, bem conhecida por seu corporativismo, era de que, com acesso mais fácil à informação, as mulheres soubessem melhor sobre seus direitos e processassem os obstetras com base na lei quando acontecessem casos de violência. Também houve muita discordância em relação ao termo *violência obstétrica*, que, para os médicos, seria “muito agressivo” e “ultrapassado”. Segundo o vereador, os profissionais preferiam que o termo fosse trocado por outros mais suaves, para que a lei promovesse, ao invés do *fim da violência obstétrica*, o *parto humanizado* ou *respeito no parto*. O vereador se recusou, alegando que não foi ele quem cunhou o termo, mas que ele era utilizado em várias literaturas e abordagens sobre o assunto.

Para conseguir aprovar o projeto, foi necessário que os dois lados cedessem. O termo *violência obstétrica* ficou, mas alguns trechos do projeto original tiveram que sair. Por exemplo: mulheres com mais de 25 anos tem direito a realizarem laqueadura, e o primeiro texto da lei determinava que elas fossem informadas dessa possibilidade. Porém foi decidido que essa parte não ficaria no texto final por ter pouca relação com o assunto. Colpani diz

11 Esse texto foi ligeiramente alterado para correção de erros de digitação e gramática, preservando o sentido.

que foi necessário priorizar, no projeto de lei, violências mais explícitas, como a realização da episiotomia ou violência verbal realizada por profissionais da saúde.

O apoio que faltou de um lado, sobrou de outro. Enquanto os médicos obstetras torciam o nariz para a lei, outro grupo de profissionais ligadas ao parto comemorava: as doulas. Dezenas de e-mails chegaram ao gabinete do vereador Colpani vindos do Brasil inteiro, manifestando o apoio dessas profissionais. Um abaixo-assinado virtual foi promovido por esse grupo, com a intenção de pedir ao prefeito de Curitiba, Gustavo Fruet (PDT), para não vetar a lei. Foram 1.772 assinaturas em três dias, encaminhadas ao prefeito pelo vereador.

A parceria das doulas com Colpani tem dado mais frutos. Em maio de 2015, entrou em tramitação na Câmara de Curitiba outro projeto de lei do vereador, que dessa vez pretende garantir que as parturientes tenham o direito de serem acompanhadas por uma doula durante o trabalho de parto, se assim desejarem, em hospitais públicos ou privados.

Apesar dos protestos, houve um veto no projeto de lei que trata sobre a violência obstétrica. A parte que especificava o que é violência obstétrica e listava práticas que podiam ser consideradas violentas foi retirada do texto final. Para Colpani, porém, isso não prejudicou a lei. A descrição do que é essa agressão já está na Portaria nas quais a lei foi baseada, explica o vereador. A lei que ele redigiu, portanto, não tem como objetivo definir o que é ou o que não é violência obstétrica: seu objetivo é unicamente criar uma cartilha informativa sobre o tema

para ser distribuída nos hospitais, maternidades e unidades de saúde.

Mas, apesar do projeto ter sido aprovado em janeiro de 2015, dez meses depois nenhuma cartilha ainda havia sido impressa. A lei deveria estar em vigor em abril e em novembro ainda não havia sinais da produção do material. O vereador Colpani destinou 50 mil reais do orçamento da Câmara dos Vereadores para esse projeto.

Para Colpani, entretanto, o grande ganho do projeto de lei foi a significativa repercussão que o assunto teve na mídia. “A lei foi divulgada na imprensa, muita gente ficou sabendo. Por si só, ela já cumpriu o seu papel”, afirma o vereador. Se o objetivo foi chamar atenção para o tema, certamente ele foi bem-sucedido. As mais de 1.700 assinaturas no abaixo-assinado pedindo para o prefeito não vetar o projeto de lei que o digam.

Militância da humanização

Um tema tão marcante quanto a violência obstétrica não poderia ficar fora dos movimentos militantes por direitos humanos. A bandeira da humanização, levantada junto com a do feminismo e a do fim da violência contra a mulher, está presente nos debates em todo o país. Em Curitiba, um dos principais nomes nessa militância é o Movimento Pelo Bem Nascer, um grupo que objetiva informar sobre a humanização no parto e contribuir na construção de um modelo de atenção do parto não violento. O movimento ganhou espaço no Conselho Municipal dos Direitos da Mulher – conselho instalado em

fevereiro de 2015 para deliberar sobre as políticas públicas para mulheres na cidade.

Xênia Mello conheceu o Movimento Pelo Bem Nascer em 2012. Quando candidata à vereadora de Curitiba pelo PSOL, foi convidada a participar de uma reunião entre os candidatos a prefeito e o Movimento – que na época tentava firmar com os políticos um compromisso para incluir propostas a favor da humanização do parto em seus planos. Conhecida já em seu partido por Bruno Meirinho, candidato do PSOL à prefeitura na época, como defensora de pautas feministas, Xênia foi ao encontro e se deparou com um tema que a sensibilizou muito. Convencida na reunião da importância desse debate, ela incluiu o enfrentamento da violência obstétrica nas suas propostas.

Em 2013, com o nascimento de seu filho, Lourenço, a importância do parto humanizado se mostrou de forma mais clara. O nascimento de Lourenço foi marcado pelo respeito da equipe médica às decisões de Xênia, mas saber que era parte de um grupo privilegiado de mulheres que não sofreram violência deu à militante ainda mais vontade de reverter o jogo. Em 2014, voltou a se candidatar, dessa vez para deputada estadual, e novamente entre as propostas estava o enfrentamento da violência obstétrica. Xênia diz, inclusive, que chegou a sofrer ameaças de morte por seu engajamento nesse e em outros debates polêmicos pelos direitos das mulheres e do grupo LGBTs.

Mesmo sem conseguir se eleger (ela obteve 2.399 votos), Xênia não parou com a militância. Porém, participar do Movimento Pelo Bem Nascer

provou-se ser um desafio. Além da dificuldade óbvia de enfrentar os interesses de uma classe unida e poderosa – os médicos – há outro obstáculo ainda maior: a falta de tempo.

Ainda que a ambição do grupo seja grande, organizar as reuniões nem sempre é fácil – a maioria dos membros do movimento são mães com filhos pequenos, e encontrar dias e horários em que os encontros podem ser realizados sem prejuízo é complicado. Isso dificulta o andamento das demandas e a organização fica prejudicada. Xênia, por exemplo, se comprometeu a participar ao menos das reuniões do Conselho Municipal, a fim de ver como está o panorama local de assistência ao parto, ainda que as reuniões do movimento fiquem mais esparsas. Assim, a pauta não é esquecida pela política municipal – o Conselho Municipal se reúne a cada dois meses para discutir assuntos voltados ao direito das mulheres.

Os lírios não nascem das leis

Pela sua experiência tanto na militância quanto na política, Xênia Mello vê as leis com certa desconfiança quando se refere à humanização do parto. Seu posicionamento é o de que as leis não dão conta de resolver todas as complexidades na sociedade que levam à ocorrência da violência obstétrica.

Não que ela tenha um posicionamento contrário às leis. Longe disso: ações positivas podem e devem ser criadas por intermédio da legislação a fim de proteger os direitos das mulheres. É o caso da Lei do Acompanhante, citada anteriormente, e das leis da doula, que estão sendo votadas em várias cidades

(inclusive Curitiba) e permitem a presença de uma doula, além do acompanhante, na sala de parto.

O que Xênia não concorda é com o advento de leis punitivas, cujo objetivo seria estabelecer penas legais a quem cometer esse tipo de violência, como prisão ou pagamento de multa. Segundo a militante, o Código Penal brasileiro já dá conta dos casos mais graves de violência no parto. É possível, por exemplo, acusar um profissional da saúde que fez uma episiotomia desnecessária por lesão corporal. Uma mulher pode processar a enfermeira que a xingou durante o trabalho de parto por injúria. Não seria necessária a existência de uma lei específica para isso, já se considera crime qualquer tipo de agressão física ou verbal.

Se punir não é a solução, educar pode se mostrar bem mais efetivo. Mais do que se impor pelo medo de cadeia ou multa, o Estado e a sociedade devem incentivar uma educação que priorize a informação – se todos souberem de seus direitos, esses serão cobrados. É importante saber que esse posicionamento é controverso mesmo dentro da organização dos movimentos pela humanização. Militantes mais radicais podem defender que a punição é a melhor forma de lidar com o problema da violência. Xênia Mello acredita, porém, que a educação voltada para o parto humanizado é o caminho para naturalizar os nascimentos e fazer com que o parto deixe de ser um tabu. E para isso, entende que o processo deve começar bem cedo:

“Eu acho necessário um agir pedagógico para o bem nascer. Que as crianças nas escolas discutam a forma como elas nasceram, se apropriem da vivência

do parto, que é algo da nossa realidade. Eu entendo que não é através de mecanismos punitivos que a gente tem a mudança de um paradigma de violência para um paradigma de humanização. Eu acho que é através de formas pedagógicas, é pensar em novas formas de sociabilidade, de formas positivas, que a gente consegue garantir um atendimento, o respeito humanizado às mulheres. Claro que com isso, eu não quero dizer que uma negligência, um erro médico não deva ser punido.”

Nesse ponto de vista, a lei municipal do vereador Colpani seria ideal, por informar às mulheres dentro das maternidades e unidades de saúde sobre seus direitos. Com esse conhecimento em mãos, as famílias têm como se defender de possíveis abusos com amparo legal. É uma lei voltada para educar as mães, e não para punir os médicos. Xênia Mello também ficou agradavelmente surpresa com a iniciativa de Edmar Colpani em redigir um projeto de lei sobre violência obstétrica.

“Colpani é de um partido que não tem uma história de defesa dos movimentos. Mas a proposta legislativa dele é realmente interessante. Ela é propositiva, é positiva, e tem um aspecto que respeita a autonomia das mulheres. Então eu faço uma leitura muito positiva. Ainda que a gente divirja no aspecto político partidário, a proposta legislativa de fato é muito boa.”

E no Brasil?

Como já foi dito, existe no Código Penal brasileiro crimes e penas que são aplicáveis a casos de

violência obstétrica. Este tipo de violência, em suas diversas manifestações, pode ser levada à Justiça, conforme explica a advogada Ana Júlia Schlichting:

“De forma geral, comportamentos ofensivos à honra, à integridade física e à liberdade individual da mulher parturiente podem, conforme o caso concreto, serem enquadradas como crime de injúria (artigo 140), lesão corporal (artigo 129) e até mesmo configurar constrangimento ilegal (artigo 146), todos previstos no Código Penal. Porém, no Brasil, ainda não temos norma específica em relação à violência obstétrica. Em que pese não haver recursos específicos em âmbito penal, é plenamente cabível a reparação dos danos sofridos pela mulher e pelo nascituro, tanto morais quanto materiais, na seara cível e até mesmo responsabilização administrativa, para profissionais da saúde ligados a funções públicas.”

Como afirma a advogada, não há no país uma lei que cuide exclusivamente dos casos de violência no parto. Porém, não por muito tempo. O projeto de lei nº 7.633/14, do deputado federal Jean Wyllys (PSOL-RJ) pretende cobrir os casos de violência obstétrica no Brasil. O projeto foi apresentado pela primeira vez em maio de 2014 e, em novembro de 2015, permanecia em tramitação no Congresso Nacional. A lei foi redigida junto com a militância da humanização do parto, como o coletivo Artemis (organização não-governamental de apoio às mulheres), com colaboração da Associação Brasileira de Enfermagem, do Conselho Regional de Enfermagem, do Fórum Cearense das Mulheres e da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras e Neonatais. O

projeto “dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”.

O projeto de lei é bem completo no sentido que aborda várias questões relativas à humanização do parto. Além de garantir um atendimento seguro e digno no pré parto, parto, puerpério e mesmo situações de abortamento, reforça leis e regulamentações já existentes (direito à acompanhante, validade da vontade da mulher, direito à informação...).

A lei ainda prevê o direito da mulher à elaboração de um plano individual de parto (a ser detalhado no capítulo 5). Todas as informações necessárias para a realização do parto devem ser passadas pelos profissionais da saúde à gestante de forma clara e precisa, a fim de que ela possa decidir sobre os procedimentos com os quais concorda ou discorda que sejam realizados em seu corpo.

Será obrigatória a justificativa clínica para a realização de alguns procedimentos, tais como enemas, aplicação de ocitocina sintética, amniotomia, episiotomia, tração ou remoção manual da placenta, proibição de se alimentar durante o trabalho de parto e o puxo prolongado e dirigido durante o período expulsivo. Será vedado aos profissionais de saúde realizar procedimentos desnecessários ou prejudiciais, bem como tratar a mulher de forma agressiva, preconceituosa, ofensiva, irônica ou ignorá-la em suas queixas e solicitações.

O título I do projeto de lei é dedicado a descrever esses e outros tipos de violência obstétrica, incluindo muitos dos que já foram tratados nesse livro e ainda serão nos capítulos posteriores, declarando-s como proibidos ou a serem evitados.

O título II trata da erradicação da violência obstétrica, propondo ações a serem realizadas a fim de fiscalizar e reportar as ocorrências. Os casos de violência deverão ser relatados às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas, a serem criadas a partir de portarias. Os profissionais de saúde que praticarem violência obstétrica estarão sujeitos à responsabilização civil e criminal.

Como medidas educativas, é previsto, tal qual as leis municipais, a exposição de cartazes informativos em estabelecimentos de saúde que prestem atendimento ao parto e ao nascimento. Escolas e faculdades que ministrem curso superior ou técnico nas áreas de saúde deverão incluir em seus currículos conteúdos referentes ao atendimento ao parto nas diretrizes dessa lei.

O título III trata sobre o controle da quantidade de cesarianas em relação ao parto normal, estabelecendo que a opção pelo tipo de parto deve ser escolhida pela mulher, que deve ter acesso a todas as informações a fim de tomar a melhor decisão. Comissões serão criadas a fim de fiscalizar e orientar os estabelecimentos de saúde a fim de reduzir a proporção de cesáreas.

Por ser um projeto de lei completo, que aborda a violência obstétrica em vários aspectos e propõe um enfrentamento baseado na educação e fiscalização, a Lei nº 7633/14 é muito bem recebida dentro dos movimentos pela humanização.

Houve resistência, porém. O artigo 24, parágrafo 2º, em que o deputado Willys defende que a decisão da mulher deve ser respeitada ainda que

ela opte por um parto domiciliar, foi alvo de uma campanha do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (Simers). O sindicato publicou textos que opõe o parto domiciliar ao parto seguro, o que gerou reação de vários grupos, alimentando a polêmica. Gustavo Steibel, representante do Simers em uma audiência pública na Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, declarou seu desagrado com a lei e com as divergências de opinião.

“Essa polarização nas redes sociais e até mesmo aqui nessa sala - parece que eu estou contra ou a favor de alguém - só fragiliza a gestante. Eu gostaria que, juntos, construíssemos um projeto de lei, mas que seja adequado para a nossa realidade. Porque do jeito que está, não vai ajudar muito”.¹²

Em entrevista ao site da revista *Brasileiros* em janeiro de 2015, Wyllys disse que a iniciativa para o projeto de lei foi do coletivo Artemis, que se identificou com ele quando o deputado foi abertamente contra o Estatuto do Nascituro – projeto que dá mais direitos aos fetos ainda não nascidos.

“Como fui o grande opositor desse projeto [o Estatuto do Nascituro], a Artemis identificou que eu seria a pessoa a vocalizar a reivindicação do parto humanizado. Em uma sociedade como a nossa, que associa sexo à procriação e não reconhece a autonomia da mulher sobre o seu corpo, tem um custo trabalhar com essa pauta. As integrantes da Artemis queriam alguém que não transigisse diante

12 Citação retirada da notícia “Contra parto humanizado a segurança é desonesto, diz Jean”, publicada no portal de notícias Terra em 30 de junho de 2015. Não há créditos a quem escreveu o texto.

da pressão do eleitorado. Elas me escolheram e eu abracei a causa.”¹³

Enquanto o projeto não é aprovado, as mães devem se amparar nas outras leis, regulamentações e portarias existentes. Não são poucas, e há jurisprudência em casos de violência. Porém, resta ainda ao Estado uma atenção especial para esse tipo de violência para que, mais do que punida, ela seja evitada.

13 Citação e informações retiradas da entrevista “ ‘A gente está vivendo uma espécie de império da burrice nas redes sociais’, diz Jean Wyllys”, de Luiza Villaméa, publicada no portal online da revista Brasileiros em 19 de janeiro de 2015

Ariana estava feliz. A gravidez havia sido uma surpresa, e ela não esperava ter filhos tão cedo – tinha 22 anos, e estava casada há menos de seis meses – mas sentia com orgulho o pequeno David crescer dentro dela. O parto normal foi uma escolha conjunta: tanto ela quanto o marido desejavam ao menos tentar um nascimento natural.

Naquela manhã de abril de 2013, ela acordou com os primeiros sinais do trabalho de parto. Acordou o marido, chamou a mãe e a doula e juntos, esperaram até as contrações estarem ritmadas. Foram para a maternidade, ansiosos para conhecer o novo membro da pequena família.

Oito horas se passaram. Nesse tempo, Ariana tomou banho de banheira e recebeu massagens, se alimentou com sucos e chás, e passeou pelos corredores. Quando a dor se intensificou, ela voltou para a sala de parto e, de cócoras, apoiada na doula, pariu. Não aconteceu nenhum problema, e seu filho nasceu saudável. Ariana teve uma pequena laceração natural, que cicatrizou sem precisar de pontos.

David saiu do ventre direto para o colo da mãe, e juntos eles choraram – não de tristeza, não de dor. De alegria.

POR UM PARTO MAIS HUMANO

“Depois que um corpo comporta outro corpo, nenhum coração suporta o pouco.”

Alice Ruiz

Katya Bleninger não sabia muito sobre parto até o momento de passar por um. Uruguaia criada no Brasil, ela morava na Alemanha quando engravidou pela primeira vez. Ficou impressionada com o modelo de atendimento ao parto europeu: pouco intervencionista, com muita atenção à gestante e pouca participação médica. Durante a gestação, são ofertados cursos que preparam a mulher para o nascimento. O parto é assistido por uma obstetritz plantonista (também chamada de parteira), e o médico só é chamado caso haja a necessidade real de uma intervenção ou cirurgia. Nas duas semanas seguintes ao nascimento, todos os dias a parteira visita a mulher para oferecer auxílio em questões como amamentação e cuidados com o bebê, além de realizar exames e pesagens. Tudo coberto pelo plano de saúde.

Encantada com as boas práticas no trabalho de parto, parto e puerpério da Alemanha, Katya decidiu se especializar na área depois do nascimento da segunda filha. Conheceu a profissão de doula e procurou cursos profissionalizantes na Alemanha mesmo, mas teve dificuldades para ingressar nas escolas. Como a família já planejava voltar para o Brasil, resolveu então pesquisar cursos de doula no país. Em 2010, conheceu um curso em São Paulo e se apaixonou pela profissão: a arte de apoiar as mães.

A mulher que serve

A palavra *doula* vem do grego e significa “mulher que serve”. A doula é responsável por oferecer suporte afetivo e emocional para as gestantes. Diferente das enfermeiras obstetras, obstetrizes, parteiras ou médicos obstetras, essa profissional não trabalha na parte da saúde física da mulher, e não atua efetivamente realizando o parto. Uma doula não faz, por exemplo, exames de toque, intervenções ou procedimentos médicos. O que ela faz é oferecer suporte, carinho e informação para as gestantes.

Há várias possibilidades do que uma doula pode fazer para uma mulher na gestação, no trabalho de parto e pós-parto. Durante a gravidez, por exemplo, algumas oferecem atividades físicas leves e dirigidas, como yoga ou pilates. Outras fazem atendimento psicológico, oferecem cursos de shantala (massagem em bebês) ou fazem algum tipo de vivência voltada à espiritualidade. A gama de atividades ofertadas é grande, e cada gestante pode escolher qual profissional tem mais a ver com a sua personalidade. Katya Bleninger, por exemplo, se inspirou na experiência que teve na Alemanha para criar uma vivência parecida: oferece às gestantes que a procuram um curso de dez horas durante a gestação para preparar as futuras mães e os futuros pais para o momento do nascimento.

Durante o parto, também não há uma única conduta para as doulas – depende do que a parturiente precisa. Katya explica:

“Eu nunca sei o que eu vou ter que fazer no trabalho de parto. Claro, a gente aprende nos cursos de formação técnicas formas de lidar com a mulher. Que é o trabalho da doula em si. Por exemplo, a gente aprende a fazer a massagem nas costas, no finalzinho da lombar, que isso é agradável para a mulher. (...) Às vezes só o fato da minha presença lá já é o suficiente para aquela mulher, para aquele casal. Às vezes a gente tem que dar esse apoio físico, seja em posições, ou em sugerir posições. (...) Mas eu sempre me guio pela mulher. O que a mulher está precisando naquele momento. De repente agora ela está precisando de massagem, mas daqui a dez minutos não precisa mais, não está mais doendo as costas. Então é oferecer líquido, alguma coisa para ela comer, Lembrar ela de descansar um pouco. É no momento, na hora, e cada parto é diferente.”

Depois do nascimento, a profissional ainda pode ajudar com questões como cuidados com o recém nascido e amamentação. Katya, por exemplo, costuma fazer duas visitas de pós-parto para tratar desses assuntos.

O que as doulas têm a ver com violência obstétrica? Nada – e esse é o motivo dela estarem nesse capítulo. Pois existe violência no parto, isso é inegável e visível após todos os dados levantados. Mas é possível parir sem violência, sem dor ou humilhação. As doulas são profissionais especialistas em garantir o bem estar da mulher durante o parto, empoderando-a e garantindo o seu protagonismo. Oferecendo as informações necessárias, a doula ainda impede que intervenções desnecessárias e indesejadas ocorram.

Porém, ainda é um serviço que beneficia apenas parte da população. O acompanhamento de uma doula é sempre de forma particular no Brasil, custando entre 500 e 1.500 reais. Esse valor não é coberto pelo plano de saúde e não há doulas que atendam pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, em alguns locais, como a Maternidade Bairro Novo em Curitiba, doulas voluntárias assistem os partos sem custo nenhum.

Parto humanizado

Um parto sem violência, baseado nos desejos da mulher e no que é melhor para ela e para o bebê se chama *parto humanizado*. É o parto ideal, o que deveria ser a regra em hospitais e maternidades – intervenções apenas se necessárias, sem violência verbal, física ou sexual, sem discriminação de qualquer natureza, com todos os direitos garantidos, com informação e consentimento esclarecido em cada etapa do processo.

O parto humanizado está se popularizando entre as mulheres por oferecer uma alternativa mais segura, no qual a mulher é protagonista, e não mera espectadora passiva do próprio parto. A proposta é tornar o parto menos submisso aos procedimentos sintéticos e mais baseado na natureza do corpo humano.

Os primeiros passos no caminho da humanização do parto foram dados na década de 1950, a partir do movimento *Parto sem dor*, na Europa. Na década de 1970, a contracultura e o movimento hippie norte-americano reforçam essa tendência do parto

como um momento natural e sem a necessidade exagerada de intervenções.

Em 1994, surge no Brasil a primeira maternidade autodefinida como humanizada no Rio de Janeiro: a Maternidade Leila Diniz. Nos anos seguintes, várias maternidades foram criadas por todo o país com a premissa de realizar partos humanizados – equipadas, por exemplo, com salas de parto diferenciadas para que a parturiente possa se movimentar durante o trabalho de parto e com profissionais instruídos a não praticar violência. Outra iniciativa significativa para a implementação do parto humanizado no Brasil é a ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), criada em 1993 para informar e impulsionar o parto sem intervenções médicas desnecessárias.

É importante observar que o parto humanizado não impede ou “proíbe” intervenções, cirurgias ou medicamentos. Estes podem e devem ser realizados, mas apenas se a parturiente estiver devidamente informada dos riscos e possíveis consequências, e concordar explicitamente com o procedimento.

Apesar de ser normalmente associado com partos tidos como alternativos, como em posição de cócoras, em casa ou na água, qualquer tipo de nascimento pode ser humanizado – até mesmo uma cesariana. A enfermeira obstétrica Karen Estevam explica:

“Pode ter uma cesárea que seja humanizada, desde que seja a vontade da mulher. A vontade muito bem informada, é claro. Ela tem que saber os prós e os contras de tudo. Seja uma cesárea que ela escolheu, seja uma cesárea que precisou, mas que

seja de uma forma humanizada. Por exemplo, na Inglaterra, fiquei sabendo essa semana. Os médicos, ao invés do campo azul¹⁴, põem um campo transparente, um plástico. E a mulher vê todo o processo do nascimento, eles vão contando para ela o que está acontecendo. As mãos não ficam amarradas, ela fica livre. E assim que o bebê nasce, ainda no cordão umbilical, ele vai direto para o colo da mãe. Então esse processo é respeitado. O bebê nasceu de uma forma tecnológica, nasceu porque ele precisava ter nascido daquela cesariana, mas ele foi direto para o colo da mãe. (...) Você vai informar a mulher do que está acontecendo, vai explicar para ela, vai sentar ao lado e entrar em comum acordo com ela, isso já é humanizado.”

Ainda que tenha avançado muito nos últimos anos, o parto humanizado ainda é uma realidade distante da maioria das brasileiras. Ainda são minoria as maternidades que oferecem o serviço, e, destas, poucas são as que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Plano de parto

Se o parto humanizado parece ser uma boa ideia, é necessário tomar certas providências para garantir que ele aconteça da forma que a mulher desejar. Infelizmente, ocorrem com frequência situações em que o médico parece concordar com um tipo de parto (natural e sem intervenções, por exemplo), mas na última hora induz a parturiente a

14 Tecido usado na cesariana de modo a impedir que a mãe veja ou toque na própria barriga durante o procedimento.

uma cesárea ou realiza procedimentos com os quais ela não concordou. Para garantir que o parto aconteça da maneira desejada, além de uma relação de confiança com a equipe médica escolhida, é desejável a elaboração de um plano de parto.

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante, assinado por ela e pelo médico obstetra, em que está explicitado previamente como a mulher deseja que seu parto seja conduzido. Pode ser uma simples carta ou lista de procedimentos desejados ou não. É interessante elaborar o texto do plano de parto com o auxílio de um profissional de saúde ou uma doula, para tirar as dúvidas e entender melhor o que é cada procedimento e quando ele é necessário.

Também é importante lembrar, e incluir no texto, que partos nem sempre ocorrem da forma desejada e que as preferências listadas devem ser seguidas em caso de um parto tranquilo, sem intercorrências. Qualquer situação que divirja disso deve ser debatida com a parturiente para avaliar as possibilidades.

Em um plano de parto, pode ser incluído o desejo da mulher de ter a presença de pessoas de sua confiança na sala do parto (o marido e uma doula, por exemplo), a liberdade para caminhar e se alimentar enquanto for possível, a recusa da aplicação de ocitocina sintética, soro ou anestesia, ou realização de rompimento artificial da bolsa, enema ou tricotomia, entre outras intervenções.

Outro tipo de pedido comum a ser incluído no plano de parto é o desejo de que o bebê nasça em um ambiente calmo e silencioso. A mulher pode pedir

para que as luzes sejam apagadas (deixando o quarto na penumbra) e o ar condicionado desligado, formando um ambiente acolhedor para o recém-nascido. Também pode ser incluído o desejo de amamentar na primeira hora de vida e ter contato pele a pele com o bebê assim que ele nascer.

O plano de parto não é exclusivo do parto normal, podendo ser elaborado quando há a possibilidade de realização de cesárea ou quando esta já está marcada. A gestante pode mostrar seu interesse que a cirurgia só seja realizada após os primeiros sinais de trabalho de parto, indicando que o bebê está pronto para nascer. Também pode exigir ambiente calmo e tranquilo, assim como no parto normal, e o contato pele a pele e amamentação. Também pode pedir para não ter as mãos amarradas durante o processo.

A importância da elaboração do plano de parto é grande. Além de deixar claro os desejos da mãe e permitir o debate sobre diferentes procedimentos em uma situação não-emergencial (enquanto o trabalho de parto ainda não começou), o plano ainda pode ser usado em um eventual processo judicial caso ele seja desrespeitado. É uma forma de se proteger da violência obstétrica e garantir seus direitos – se a gestante escrever no documento que não deseja ser submetida à Manobra de Kristeller, por exemplo, e isso ocorrer, o papel assinado pela mulher e pelo médico é suficiente para provar a má-fé do obstetra. Além disso, é de fácil elaboração, em forma de lista, e há modelos pré-prontos disponíveis na internet em caso de dúvidas.

Como denunciar

A informação e o diálogo aberto com a equipe médica são as melhores formas de evitar passar por uma situação de violência obstétrica. Porém, mesmo com todos os cuidados, ainda é possível que você seja uma daquelas em cada quatro mulheres que sofreram esse tipo de violência durante o parto. Como proceder, então?

Denunciar é a chave para punir a equipe médica agressora e mesmo ajudar outras mulheres que passam pela mesma situação: o direito brasileiro dá muito peso para a jurisprudência – o resultado do julgamento de um caso costuma se replicar nos julgamentos semelhantes posteriores. A denúncia ainda fornece aos órgãos competentes uma estatística mais precisa da ocorrência da violência obstétrica, possibilitando o planejamento de ações mais pontuais em hospitais, cidades ou estados com maior ocorrência.

É importante juntar todos os tipos de provas e documentos que possam ser relevantes: prontuários, exames, guias de internação, plano de parto, laudos, e qualquer outro papel que possa ser usado como evidência. Depois, a mulher deve escrever um relato do que aconteceu, incluindo todos os detalhes que consiga se lembrar: nomes, horários, falas, sensações.

A seguir, a mulher deve enviar uma cópia desse conjunto de documentos mais o relato para a ouvidoria do hospital e para a Diretoria Clínica. Cópias do relato podem ser enviadas para a Secretaria Municipal de Saúde da sua cidade, Secretaria

Estadual de Saúde, Agência Nacional de Saúde ou para Ministério da Saúde. Qualquer um desses órgãos deve aceitar a denúncia ou a encaminhar para o órgão mais apropriado, dependendo do tipo de caso. Se o parto for realizado pelo plano de saúde, também pode ser encaminhado o relato para a diretoria do plano.

A mulher que sofreu violência ainda pode fazer uma denúncia no 180 (central da Secretaria de Políticas para as Mulheres, que atende casos de violências contra a mulher). É importante ter em mente que violência obstétrica é uma violência de gênero e essa secretaria tem o dever de ajudar.

Caso a violência tenha sido muito grave, ainda é possível mover uma ação judicial contra o médico obstetra, a equipe e o hospital. Também pode ser movida uma representação administrativa junto ao Conselho Regional de Medicina do seu estado. Para essas ações, é aconselhável o apoio de um advogado.

É possível reverter os danos da violência obstétrica, no âmbito pessoal ou na sociedade como um todo. Não é um caminho fácil: *a base da violência é o desconhecimento e o medo, e é necessário desconstruir esses fatores para construir o parto seguro e respeitado*. Um momento tão importante na vida das mães não deve ser marcado pela dor e pelo sofrimento, mas sim pela alegria de receber uma nova vida. Para isso, precisamos mudar a realidade. *Não mais com dor daremos à luz, mas com respeito e informação.*

GLOSSÁRIO

Amniotomia: ruptura artificial da bolsa, a fim de acelerar o parto.

Cesárea: nascimento que ocorre através de cirurgia. Também chamado de cesariana. Não é considerado parto, por não ser fisiológico.

Cesárea eletiva: cesárea marcada antecipadamente pelo obstetra, sem indicação de necessidade da cirurgia.

Decúbito dorsal: posição em que a pessoa fica deitada de barriga para cima.

Doula: profissional semelhante a uma parteira. Oferece apoio emocional durante o parto, ensina técnicas de relaxamento e dá dicas à parturiente, mas não tem autoridade para assistir a um nascimento como profissional da saúde.

Enema: aplicação de medicamentos através da via retal.

Episiotomia: corte no períneo (espaço entre vagina e ânus) realizado em partos normais a fim de alargar a passagem do bebê.

Exame de toque: exame que avalia a evolução do trabalho de parto para verificar a dilatação, textura e posicionamento do colo do útero. Para isso, o profissional insere dois dedos no canal vaginal da mulher.

Feto: estágio intrauterino que se inicia oito semanas após a concepção e vai até o nascimento. Antes disso, se chama 'embrião'.

Fórceps: instrumento de formato semelhante a um tenaz, utilizado para puxar o bebê para fora do útero. Indicado apenas em casos específicos, como fadiga da mãe e sofrimento fetal. Pode causar danos temporários e permanentes tanto na parturiente quanto na criança.

Gestação gemelar: gravidez de gêmeos.

Litotomia: posição em que a mulher está deitada de barriga para cima, com as pernas elevadas, expondo a região genital.

Manobra de Kristeller: manobra que consiste em uma pessoa (normalmente um enfermeiro ou auxiliar de enfermagem) empurra a barriga da parturiente, expulsando o bebê.

Ocitocina: hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher durante o trabalho de parto para controlar as contrações. A ocitocina sintética, produzida artificialmente e administrada via intravenosa, tem a mesma função, porém apresenta resultados mais intensos, provocando dor e expulsão rápida do bebê.

Parto natural: parto normal que ocorre sem nenhuma intervenção médica ou farmacológica, como anestésias, cortes ou medicamentos.

Parto normal: parto fisiológico, em que o bebê nasce através do canal vaginal. Também chamado de parto vaginal.

Parturiente: mulher em trabalho de parto.

Primípara: mulher que está grávida pela primeira vez.

Puerpério: período entre o parto e o momento em que o corpo da mulher volta ao estado pré-gestação. Inicia após a saída da placenta e pode durar de seis a oito semanas.

Rotura uterina: uma das complicações mais graves do parto. Ocorre quando o útero se rompe total ou parcialmente devido a vários fatores, como cesariana prévia ou parto obstruído. Oferece risco de morte para parturiente e feto.

Tricotomia: raspagem dos pelos antes do parto ou cirurgia.

Vácuo extrator: alternativa moderna ao fórceps. Consiste em uma ventosa encaixada na cabeça do bebê. Durante a contração, essa ventosa é puxada, facilitando o nascimento.

REFERÊNCIAS

BALOGH, G. Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade. *Site Folha de S. Paulo*. <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>> Acesso em 2 abr 2014

BRASIL. Projeto de lei 7633/14. Sobre a humanização da assistência à mulher parturiente e ao neonato. 2014.

BRUM, K. **Ocitocina natural x sintética**. *Vila Mamífera*. Disponível em <<http://vilamamifera.com/olharmamifero/ocitocina-natural-x-sintetica/>>. Acesso em 28 set 2015.

CANÇÃO NOVA. **São Raimundo Nonato, modelo de santidade**. Disponível em <<http://santo.cancaonova.com/santo/sao-raimundo-nonato-modelo-de-santidade/>>. Acesso em 27 ago 2015

CLARK, S., BELFORT, M., DILDY, G., HERBST, M., MEYERS, J., HANKINS, G. **Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery**. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2008.

Contrapor parto humanizado a segurança é desonesto, diz Jean. Disponível em <<http://noticias.terra.com.br/brasil/contrapor-parto-humanizado-a-seguranca-e-desonesto-diz-jean-wyllys,e4b103d827f06cd91ff6e4b84a327dee68qaRCRD.html>>. Acesso em 17 set 2015.

CUNHA, Eliane. **Violência no parto em Minas Gerais: denúncia à Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em <<https://violencianoparto.wordpress.com/>>. Acesso em 13 abr 2015

CURITIBA. Projeto de lei 14.598, 2015. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra violência obstétrica no Município de Curitiba

DAILY MAIL. **Opera singer, 33, ‘suffered botched episiotomy that led to excessive flatulence and left her unable to perform’**. Disponível em <<http://www.dailymail.com>>

co.uk/news/article-2544206/Opera-singer-suffered-botched-episiotomy-led-excessive-flatulence-left-unable-perform.html>. Acesso em 21 set 2015.

Defensoria pública do Estado de São Paulo. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo, 2013. Disponível em <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>>. Acesso em 13 abr 2015

DIADEMA. Projeto de lei 077/2013. 2013. Dispões sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, visando, principalmente, a proteção destas contra a violência obstétrica no Município de Diadema

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, p. 627-637, 2005.

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

FERRAZ, S. **7 passos para denunciar a violência obstétrica. Mãezíssima.** Disponível em <<http://www.maezissima.com.br/depoimentos/7-passos-para-denunciar-violencia-obstetrica/>>. Acesso em 8 out 2015.

FRANZON, A. C. A. e SENA, L. M, **Teste da Violência Obstétrica.** Cientista Que Virou Mãe, 2012. Disponível em <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br>>

GALINDO, Rogério. **Câmara aprova ação contra violência obstétrica em Curitiba.** Gazeta do Povo. Disponível em <<http://www.gazetadopovo.com.br/blogs/caixa-zero/camara-aprova-acao-contra-violencia-obstetrica-em-curitiba/>> Acesso em 28 abr 2015

GALINDO, Rogério. **Médicos pedirão a prefeito que vete divulgação de itens de violência obstétrica.** Gazeta do Povo. Disponível em <<http://www.gazetadopovo.com.br/blogs/caixa-zero/medicos-pedirao-a-prefeito-que-vete-divulgacao-de-itens-de-violencia-obstetrica/>> Acesso em 17 abr 2015

GIBBONS, L., BELIZÁN, J. LAUER, J. BRETRÁN, A. Merialdi, M. e Althabe, F. **The Global Numbers and Costs od Additionally Needed and Unnecessary**

Caerarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. Genebra. 2010

KATZ, L. **Gravadinha? Mãezinha? Oi?** *Vila Mamífera*. Disponível em <<http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/gravadinha-maezinha-oi/>>. Acesso em 05 out 2015.

KOEHLER, L. **Sistema hormonal do parto.** *Guia do bebê*. Disponível em <<http://guiadobebe.uol.com.br/sistema-hormonal-do-parto/>>. Acesso em 24 set 2015

LAFRATTA, C. **Cesárea: entenda quais são os riscos desse tipo de parto.** M de Mulher. Disponível em <<http://mdemulher.abril.com.br/saude/bebe/entenda-quais-sao-os-riscos-do-parto-cesarea>>. Acesso em 09 set 2015.

LEAL, G. **Relato de Violência Obstétrica - o relato da minha 2a cesárea - o nascimento de Arthur.** *Vila Mamífera*. Disponível em <<http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/relato-de-violencia-obstetrica-o-relato-da-minha-2a-cesarea-o-nascimento-de-arthur/>>. Acesso em 24 set 2015.

MARTINS-COSTA, S., HAMMES, L., RAMOS, J., ARKADER, J., CORRÊA, M., CAMANO, L. **Cesariana - indicações.** Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. 2002

MORAES, Eleonora. **A saga de Eva e o nascimento humano.** Disponível em <<http://www.despertardoparto.com.br/a-saga-de-eva-e-o-nascimento-humano.html>>. Acesso em 25 ago 2015

MORAES, Paula Louredo. **Cesariana na História;** Brasil Escola. Disponível em <<http://www.brasilecola.com/biologia/cesariana.htm>>. Acesso em 27 de agosto de 2015.

Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, Fundação Perseu Abramo e Sesc, 2010

MUÑOZ D. R., FORTES P. A. C. **O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido.** In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V., coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998

Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento, Fundação Oswaldo Cruz e Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2014

OLIVEIRA, S., MIQUILINI, E. **Frequência e critérios para indicar a episiotomia**. São Paulo. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>

PARTO DO PRINCÍPIO - MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. **Dossiê da Violência Obstétrica: parirás com dor**. 2012.

POMPEO, C. **Cobrança para parto é alvo de polêmica**. Gazeta do Povo. Disponível em <<http://www.gazetadopovo.com.br/economia/cobranca-para-parto-e-alvo-de-polemica-e-eb158rinjm1m5934h2lzbe4u>>. Acesso em 3 set 2015.

REZENDE, J.M. **A Primeira operação cesariana em parturiente viva**. In: *À sambra do plátano: crônica de história da medicina*. São Paulo: Editora UNIFESP, 2009. p. 172.

RODRIGUES, Sérgio. **Júlio César nasceu de cesariana?** Sobre Palavras. Disponível em <<http://veja.abril.com.br/blog/sobre-palavras/curiosidades-etimologicas/julio-cesar-nasceu-de-cesariana/>>. Acesso em 27 ago 2015

SENA, L. **Uma conversa com Adelir e Emerson: “-Eu quero dizer às mulheres que estudem, estudem muito. Às ativistas, quero dizer que ‘obrigada’ é pouco”**. Cientista que virou mãe. Disponível em <<http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2014/04/uma-conversa-com-adelir-e-emerson-eu.html>>. Acesso em 10 set 2015.

TORNQUIST, C. S. **Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto**. Estudos feministas. Santa Catarina. v. 10. n. 2. p. 482-492. 2002.

VILLAMÉA, L. **‘A gente está vivendo uma espécie de império da burrice nas redes sociais’, diz Jean Wyllys**. Disponível em <<http://brasileiros.com.br/2015/01/o-deputado-que-mexe-em-vespeiros/>>. Acesso em 17 set 2015.