



CONGRESSO
BRASILEIRO
**CIÊNCIA
E
SOCIEDADE**

Inovação, Diversidade e Sustentabilidade



Trabalhos Premiados | 2019



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SANTO AGOSTINHO



CENTRO UNIVERSITÁRIO SANTO AGOSTINHO – UNIFSA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO
NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO - NUAPE

Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA

Publicado por UNIFSA em associação com Lestu Publishing Company

Núcleo de Comunicação - NUCOM

Design Gráfico, Editoração e Organização: Ana Kelma Cunha Gallas

Preparação de originais: Edson Rodrigues Cavalcante

Diagramação: Kleber Antônio e Ana Camilla Gallas

TI publicações OMP Books: Eliezyo Silva

Arte Gráfica: Odrânio Rocha

Lestu Publishing Company: editora@lestu.org

Esta obra possui uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).

© 2019 UNIFSA

Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade

E-mail: cics@unifsa.com.br

Todos os capítulos deste livro foram submetidos, aprovados e apresentados na Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade - CBCS 2019, sendo selecionados como os melhores trabalhos apresentados em Grupos Temáticos do evento.

FICHA CATALOGRÁFICA

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

U58 GALLAS, Ana Kelma Cunha; GOMES, Alisson Dias; CRONEMBERGER; Izabel Herika Gomes Matias.

Inovação, Diversidade e Sustentabilidade: trabalhos premiados no Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade - CBCS 2019 | Centro Universitário Santo Agostinho / Ana Kelma Cunha Gallas; Alisson Dias Gomes; Izabel Herika Gomes Matias Cronemberger (Orgs.). Teresina: UNIFSA, 2019/ São Paulo: Lestu, 2019.

216p.; il.; online

ISBN: 978-65-996314-3-6

DOI: 10.51205/lestu.978-65-996314-3-6

Disponível em: lestu.org/books

1. Pesquisa. 2. Inovação. 3. Sustentabilidade. 4. Ciência. I.

I. GALLAS, A. K. C. (Org.). II. GOMES, A. D. (Org.). III. CRONEMBERGER, I. H. G. M. (Org.). IV. Título. V. UNIFSA. VI. CBCS

CDD: 904.

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação, Pesquisa, Temas Relacionados: Ciência. Trabalhos acadêmicos. Anais.



LESTU PUBLISHING COMPANY
Editora, Gráfica e Consultoria Ltda
Avenida Paulista, 2300, andar Pilotis
Bela Vista, São Paulo, 01310-300, Brasil.
editora@lestu.org www.lestu.com.br



CONGRESSO BRASILEIRO CIÊNCIA E SOCIEDADE

Inovação, Diversidade e Sustentabilidade

Trabalhos Premiados | 2019



A humanização da assistência ao parto como processo de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres¹

Nayara Gisele Rodrigues Beserra Lopes²

INTRODUÇÃO

Com a apropriação do parto à prática médica, houve a transformação de sua cena, anteriormente protagonizada pela mulher e seu bebê, para um evento dirigido por outros personagens que figuram como agentes centrais no processo da parturição e nascimento. Dos partos domiciliares e familiares aos atuais partos institucionalizados, observa-se no Brasil um modelo de atenção ao parto caracterizado por elevados índices de intervenção, em desacordo com as recomendações mundiais quanto às práticas obstétricas.

É preocupante a posição do Brasil enquanto campeão mundial em cesárea, apresentando 52% da taxa média nacional, conforme revela a pesquisa Nascer no Brasil (2012), valor bem diferente dos 15% indicado pela Organização Mundial de Saúde. Tem ocorrido um movimento social mundial em prol da humanização do parto e nascimento, e no Brasil, no final da década de 1980, foi iniciado como forma de rejeição ao modelo hegemônico hospitalocêntrico de assistência ao parto e ao nascimento. Considera-se aqui a noção

¹ Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade (CBCS 2019), promovido pelo Centro Universitário Santo Agostinho, de 03 a 05 de outubro de 2019, em Teresina-PI.

² Especialista em Direitos Humanos pela Faculdade Ademar Rosado.
E-mail: nayaragiselerbl1234@gmail.com

da humanização do parto como sendo a adoção das recomendações da Organização Mundial de Saúde, norteadas pelo movimento da Medicina Baseada em Evidências, e o respeito aos direitos das mulheres.

Nesse sentido, algumas medidas têm sido executadas com o intuito de ressignificar o parto enquanto evento não unicamente fisiológico, mas que também compreende a complexidade do processo de gestar, parir e nascer, proporcionando a retomada de controle da mulher sobre seu corpo e o seu processo de parturição. Dessa forma, o presente trabalho objetiva analisar de que maneira a humanização da assistência ao parto e ao nascimento pode contribuir para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

METODOLOGIA

É realizada uma revisão de literatura sobre o movimento da humanização do parto. O banco de dados Lilacs/Scielo foi consultado à procura de artigos nacionais, utilizando o descritor “parto humanizado”. Como filtro de pesquisa, foram utilizadas as datas de janeiro de 2000 a janeiro de 2018. A busca se restringiu ao idioma português. A seleção inicial dos artigos foi realizada com base em seus títulos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto completo. Foram encontrados 101 artigos e destes foram selecionados 7 para a presente revisão. Realizou-se, também, as referências cruzadas destes artigos selecionados.

O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO E A CRISE DO MODELO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

De acordo com SENA (2016), até a metade do século XVI, nas sociedades ocidentais europeias, o parto e o nascimento, assim como todos os outros eventos concernentes às experiências fisiológicas

femininas, constituíam-se como saber do âmbito exclusivo das mulheres. Nesse período, tal evento era, por séculos, tradicionalmente acompanhado unicamente por mulheres (curandeiras, parteiras, comadres) tidas como as únicas conhecedoras das manobras indispensáveis à facilitação do trabalho de parto, assim como também da gestação e do puerpério.

Elas eram reconhecidas tanto pelo conhecimento técnico que usufruíam como por sua atuação perante as gestantes e parturientes, na qual compreendia o elemento subjetivo do cuidado e da afetividade, sendo responsáveis por confortar a parturiente, alimentá-la e incentivá-la ao longo do trabalho de parto. Por conseguinte, o parto e o nascimento correspondiam a eventos familiares íntimos, preferencialmente femininos e realizados na casa familiar.

Em meados do século XVI, entretanto, começou a ser exigido das parteiras a “comprovação” das suas habilidades e conhecimentos através de exames e provas diante de comissões municipais e eclesiástica para que fossem consideradas aptas a realizar partos. A decadência da arte de partejar como sendo um saber exclusivamente feminino ao longo dos séculos XVII e XVIII foi fundamental para a dominação da medicina sobre a gestação e o parto. Para que fosse possível o treinamento das técnicas exigidas para o atendimento do trabalho de parto foi determinante a restrição ou até mesmo a proibição do ofício das parteiras, o que implicaria na transferência do parto do domínio das mulheres para o controle dos homens. (SENA, 2016)

Segundo Simone Diniz et al. (2015), embora o tema da violência obstétrica possa ser visto como um “novo” campo de estudo, o sofrimento vivenciado pelas mulheres com a assistência ao parto é abordado em momentos históricos distintos, mesmo apresentando uma variedade de denominações, e contando com propostas para a alteração das práticas de cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

Reportando-se para o final da década de 1950, nos EUA, por exemplo, narrativas de violência no parto foram tornadas públicas na matéria “Crueldade nas Maternidades”, veiculada na revista para donas de casa, Ladies Home Journal.

Foi relatado como tortura o tratamento destinado às parturientes, às quais ficavam sujeitas ao sono crepuscular (twilight sleep, uma combinação de morfina e escopolamina) que ocasionava sedação profunda, além de uma agitação psicomotora e possíveis alucinações. Em razão disso, as gestantes tinham suas mãos e pés algemados e amarrados para evitar que caíssem do leito e constantemente eram observados hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos das mulheres no pós-parto. A matéria tratava também das lesões resultantes do uso rotineiro do fórceps nos primeiros partos em mulheres desacordadas.

Tal notícia causou enorme impacto, instigando as pessoas a contar seus relatos semelhantes e enviá-los por carta à revista e a outros meios, impulsionando transformações nas rotinas de assistência e a posterior criação da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia. (DINIZ, 2015). Cabe aqui ressaltar que a prática de intervenção física com manipulação da dor através da consciência é apontado por Anne Marie Moulin, no texto “O corpo diante da medicina”³, como uma das práticas de intervenção oriundas do surgimento dos fármacos anestésicos e de seus usos sociais.

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, empregam o termo “violência obstétrica” para se referir sobre as variadas formas de violência praticadas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Tem sido apontado um conjunto de definições de violência obstétrica, sendo a Venezuela o primeiro país a tipificar essa forma de violência, estabelecendo na Lei

Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência em seu artigo 15 que:

entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (2007, p.30)

Segundo DINIZ (2001), na segunda metade do século XX, no mundo inteiro, as propostas de aperfeiçoamento da qualidade da assistência ao parto refletiram a utilização acrítica de intervenções inapropriadas, desnecessárias e, por vezes, arriscadas, sem o devido monitoramento quanto à sua efetividade ou segurança. Em 1979 é registrado na Europa, durante o Ano Internacional da Criança, o estudo crítico que busca a segurança e a eficácia nas práticas que integram a assistência a gravidez, ao parto e pós-parto. Assim, o modelo de assistência passou a ser sistematizado, contando com o suporte da Organização Mundial de Saúde (OMS), e tal movimento foi denominado de “Medicina baseada na evidência” e foi coordenado sob as orientações do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane.

Na década de 90, a OMS expandiu suas normativas, conhecidas como “recomendações da OMS”, as quais apresentam a classificação dos procedimentos de rotina em quatro categorias: a) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; b) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; c) Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto; e d) Condutas

³ COURTINE, Jean-Jacques; CORBIN, Alain; VIGARELLO, Georges. História do corpo: As mutações do olhar: o século XX. Tradução e revisão de Ephrain Ferreira Alves. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.

frequentemente utilizadas de forma inapropriadas, provocando mais dano que benefício. (DINIZ, 2001; RATTNER, 2009; MAIA e GOLDETE PRISZKULNIK, 2009; SENA, 2016)

À vista disso, o cenário ganhou novos posicionamentos onde por um lado temos a parturiente que se torna um sujeito com direito a voz e a movimento, possibilitando sua participação de forma ativa e, por outro, a inaplicabilidade das normas prescritivas de condutas da OMS, tanto no Brasil como no plano internacional. Em 2012, a pesquisa “Nascer no Brasil” revelou que 52% dos nascimentos tiveram a cesárea como a via de parto. O dado é ainda mais preocupante quando observado no setor privado, cujo procedimento é registrado em 88% dos partos. Esse percentual tão elevado para as cirurgias cesarianas não apresenta justificativas clínicas que o fundamente. Nesse sentido, verifica-se o registro da lógica medicalizante, sendo que no cenário do parto vaginal constatou-se também a predominância de assistências em desacordo com as indicações das melhores evidências científicas.

Outro dado revelado pela mesma pesquisa é de mulheres negras ou pardas, de baixa renda e baixa escolaridade, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) como público mais vulnerável a diversos tipos de maus tratos em seus processos de parturição. O Dossiê “A situação dos Direitos Humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações” (CRIOLA; GELEDES, 2016) afirma que as mulheres negras são 62% das vítimas de morte maternas no Brasil. Verifica-se que as taxas de mortalidade materna e as possibilidades de sua redução estão diretamente relacionadas ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde ofertados, implicando, assim, que a maioria das mortes pode ser evitada através de políticas públicas que promovam a aplicabilidade das normas prescritivas de condutas que tem como finalidade a promoção da saúde coletiva.

O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

O movimento pela humanização do parto é fomentado por experiências em diversos estados brasileiros (DINIZ, 2005). Na década de 1970, despontam profissionais influenciados por práticas tradicionais de parteiras e de populações indígenas, como Galba de Araújo, no Ceará, e Moisés Paciornick (1979), no Paraná. Já em 1980, numerosos grupos trabalham com assistência humanizada à gravidez e parto e apresentam alterações nas práticas, tais como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul, em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto, em Pernambuco. No ano de 1993, ocorre a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna).

Diante disso, o direito à maternidade segura no ordenamento jurídico brasileiro compreende o acesso universal e gratuito a serviços de saúde de boa qualidade e que atendam às necessidades da população (VENTURA, 2009). Os serviços abrangem planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto e pós-parto, e emergência obstétrica, até mesmo em situações que envolvam complicações no caso de abortos, sejam esses espontâneos ou provocados. O princípio da não-discriminação no acesso dispõe que todas as mulheres devem ser acolhidas sem preconceitos de origem, raça, sexo, religião ou quaisquer outras formas de discriminação ou privilégios.

A Lei Federal n.º 9.263/96, do Planejamento Familiar, e a Lei Federal n.º 8.069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garantem direitos atinentes à assistência à saúde materna. Dentre os direitos assegurados pelo ECA, salienta-se a garantia de que a mulher seja atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal (art. 8º, §2). A Lei Federal n.º 11.634/2007, estabelece que quando a gestante for incluída no

programa de assistência pré-natal, deve ser informada sobre qual maternidade realizará seu parto e onde será atendida caso tenha intercorrências. (VENTURA, 2009)

O direito da parturiente de indicar seu acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto está determinado na Lei Federal n.º 11.108/2005. Tal direito consiste em uma reivindicação antiga do movimento de mulheres, sendo este apoio emocional à mulher apontado como fundamental para o aperfeiçoamento da assistência ao parto (VENTURA, 2009). Nesse caso, a parturiente pode ser acompanhada tanto pelo companheiro ou por outra pessoa indicada por ela, de sua confiança, como também pela figura da profissional doula, a qual atua dando suporte físico, emocional, social e espiritual ao longo da gravidez e no momento do parto, bem como fornecendo informações às parturientes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. (SILVA et al, 2012; LEÃO e OLIVEIRA, 2006)

No contexto piauiense, esse direito é assegurado; em Teresina, por meio da lei nº 001/2016, de autoria do vereador Edvaldo Marques (PSB) e subscrito pela vereadora Rosário Bezerra (PT). É importante salientar que a lei que normatiza o direito ao acompanhamento por doula não exclui a possibilidade da parturiente indicar outra pessoa para lhe acompanhar durante o parto, direito este garantido pela lei do acompanhante. A veracidade dessa situação é atestada retomando a Pesquisa “Nascer no Brasil” (2012) quando revela 75% das mulheres contando com acompanhante em algum momento do seu parto, mesmo não sendo implementada em todas as instituições, essa alteração. Fato este que evidencia a força de uma política pública para a mudança da cultura do nascimento, reinserindo uma pessoa de vínculo afetivo da gestante nesse momento tão importante. Ressalta-se, não obstante, que transcorridos 10 anos após a promulgação da lei, menos de 20% das mulheres foram beneficiadas com a presença

contínua do acompanhante durante todo o período da internação, consistindo em um privilégio das mulheres que figurem com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que realizaram cesariana.

O Ministério da Saúde, em 1992, iniciou um conjunto de ações voltadas para a atenção ao parto e ao nascimento e o principal programa foi intitulado Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, com o propósito de desenvolver e ampliar o acesso às ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, destacando-se o acompanhamento do pré-natal articulado com a assistência ao parto e ao puerpério (VENTURA, 2009). Trata, ainda, sobre o acolhimento da gestante pela equipe de saúde e o uso de técnicas seguras, além de salientar a necessidade de diminuir o uso abusivo do parto cesáreo e como alternativa incentiva a prática do parto normal, propondo um aumento gradativo dos valores pagos pelo SUS com o procedimento.

HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A temática do descumprimento dos direitos humanos na assistência à saúde reprodutiva em geral, e, notadamente, na assistência ao parto é extensamente documentado pelo Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem). Na sua pesquisa “*Silencio y Cumplicidad – Violencia Contra la Mujer em los Servicios Públicos de Salud en el Perú*” (1998), afirma-se que:

Nas narrações das usuárias, há uma constante menção a maus-tratos, ofensas, humilhações, indiferença, negligência e ao risco iminente de sofrer abusos no âmbito dos estabelecimentos públicos de saúde. Os testemunhos colhidos também dão conta de uma série de intervenções sobre o corpo da mulher, sem que a ela se dê qualquer informação nem se peça consentimento; exposição a sofrimentos desnecessários a

parturientes e a aquelas a quem se suspeita que provocaram um aborto.

Conforme o Cladem, nestas situações, deve-se recorrer aos instrumentos que garantem os direitos à integridade pessoal e à autonomia nas decisões sobre a sexualidade e a reprodução, destacando-se, em especial, os documentos decorrentes da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), entendidos como orientações interpretativas das normas estabelecidas nos tratados de direitos humanos.

No que concerne às situações de transgressão dos direitos humanos, enquadram-se vários artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, principalmente o que determina que “todo indivíduo tem o direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa” e que “ninguém será submetido a torturas nem a castigos ou a tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos”. Na convenção contra a tortura e outras penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, esses conceitos são concernentes às pessoas que estão colocadas em instituições, tratando-se de prisões ou serviços de saúde.

Consoante a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2002), as condutas tidas como desnecessárias e arriscadas são analisadas como violações ao direito da mulher no que se refere à sua integridade corporal. A exigência autoritária e não informada de tais procedimentos ofende o direito à condição de pessoa. Outro assunto que merece ser discutido trata sobre o “procedimento didático” (uso das mulheres como material de ensino, sem indicação médica do procedimento), o qual corresponde a uma questão recorrente apontada como queixa pelas mulheres. As mulheres que quando procuram os serviços de saúde e

são submetidas a intervenções com o propósito de treinamento dos profissionais, apresentam maior probabilidade de incorrerem em procedimentos invasivos e cortantes sem indicação de necessidade.

De acordo com a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2002), as referências à sexualidade são observadas na organização da assistência ao parto, tanto sutilmente como de formas mais evidentes. Encontram-se nos procedimentos técnicos e nos motivos declarados para a sua realização, por exemplo, da episiotomia (corte da vulva e vagina) e da cesárea, e na ocorrência de piadas e brincadeiras no decorrer dos plantões nos hospitais. Abrange desde comentários amigáveis (“vou costurar a senhora de maneira que fique igual uma mocinha), como também acusações e agressões verbais de teor sexual, especialmente quando a mulher reclama de sentir dor (“na hora de fazer achou bom, agora cale a boca e aguente”).

O uso incorreto da episiotomia e da posterior costura (episiorrafia) constitui um exemplo do descumprimento do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes. A episiotomia é recomendada para favorecer a saída do bebê, evitar a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal acarretado pela passagem do feto pelos genitais no parto normal. (Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002)

Todavia, é sabido que essa indicação não tem fundamento na evidência científica; decorre, na verdade, da ideia (enraizada na cultura sexual e reprodutiva) do “afrouxamento vaginal”, resultante do “uso” da vagina, tanto pelo uso sexual como pelo reprodutivo. Essa concepção é a causa da excessiva desvalorização das mulheres e se fundamenta igualmente, na cultura popular e na literatura médica elaborada por reconhecidos autores brasileiros e internacionais.

Levando-se em consideração que, consoante evidências científicas, a episiotomia é recomendada em torno de 10% a 15% dos casos, não obstante, verifica-se o seu emprego em mais de 90% dos partos hospitalares na América Latina, o que demonstra que anualmente milhões de mulheres são submetidas ao corte e à costura de sua vulva e vagina sem nenhuma razão médica. Um estudo constatou que o uso rotineiro e desnecessário da episiotomia na América Latina é responsável pelo gasto de US\$134 milhões apenas com o procedimento, sem incluir suas costumeiras complicações. (Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002).

Desde a metade da década de 80, as evidências científicas recomendam a extinção da episiotomia de rotina. Porém, é necessário progredir na promoção de mudanças institucionais para estar em consonância com esses avanços. Essas alterações requerem a mobilização das mulheres, intensa mudança na formação dos profissionais de saúde, bem como coragem e firmeza dos responsáveis pelas políticas públicas.

Assegurar a assistência humanizada ao parto, nordea pelos direitos e baseada na evidência, corresponde a uma relevante estratégia para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na pesquisa foi abordado de que forma o parto, um evento natural e concernente à vida, passou de um saber reservado às mulheres para um evento medicalizado nas sociedades ocidentais. Com o processo de institucionalização e medicalização do parto, houve a desqualificação da atuação das parteiras e a alteração da percepção do parto, de eventos saudáveis, normais e naturais, para uma concepção de um evento patológico e anormal, demandando

controle constante e a conseqüente intervenção médica sobre o corpo da mulher. Formou-se uma relação de dependência e perda de autonomia da parturiente, a qual se tornou um objeto de intervenção da obstetrícia.

O modelo medicalizado de atenção ao parto consolidado no Brasil tem sofrido críticas e denúncias por parte de profissionais e movimentos sociais, que defendem um conjunto de valores e práticas norteadas pelas propostas de humanização da assistência ao parto. Foi discutido que as propostas de humanização demonstram possibilidades para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sendo que elas se relacionam com as mudanças nas rotinas da assistência. Para tanto é necessário mudar o paradigma que estrutura as práticas, as rotinas hospitalares e a própria formação médica. Ademais, é fundamental reforçar a necessidade de uma mudança que promova a retomada da autonomia da mulher a partir do respeito e da garantia dos seus direitos.

A humanização da assistência ao parto ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde, para as instituições e para a sociedade, o que representa a necessidade de pesquisas científicas com diversos enfoques sobre essa temática para contribuir na mudança efetiva e melhoria da atenção ao parto por parte de instituições e profissionais. Percebe-se que somente a divulgação das evidências científicas não é satisfatória para a mudança da prática da assistência. Sendo assim, propõem-se como questões para pesquisas o estudo de como propiciar as mudanças que as evidências recomendam e quais os fatores que permitiriam ou inibiriam as mudanças de fato.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. 2010.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Inquérito Nacional sobre o parto e nascimento. **Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa**, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em 12 jun. 2018.

CECATTI JG, LAGO TDG, SERRUYA SJ. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (3): 269-279, jul/set., 2004.

CIDADEVERDE.COM. **Aprovado projeto que dá direito à doulas na maternidade**. Disponível em: <https://cidadeverde.com/noticias/216976/aprovado-projeto-que-da-direito-a-doulas-nas-maternidades>. Acesso em 26 jul. 2018.

Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer - Cladem. Centro Legal para Derechos Reproductivos Y Políticas Públicas - CRLP. **Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú**. Lima: CLADEM/CRLP, 1998.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico- conceitual e sistema de indicadores. *In: CAVENAGHI, S. (Org.). Indicadores Municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: Abep; Brasília, DF: UNFPA, 2006.

COURTINE, Jean-Jacques; CORBIN, Alain; VIGARELLO, Georges. **História do corpo: As mutações do olhar - o século XX**. Tradução e revisão de Ephrain Ferreira Alves. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.

DINIZ SG, SALGADO HO, ANDREZZO HFA, CARVALHO PGC, CARVALHO PCA, AGUIAR CA, NIY DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos

sobre a saúde materna e propostas para a sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, vol.25 no.3 São Paulo, 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Set 2005, vol.10, no.3, p.627-637.

DINIZ, S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001.264 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

DOMINGUES R.M.S.M., LEAL M.C., SANTOS E.M. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005.

IRACI, N.; WERNECK, J. A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações. *In: Dossiê Mulher Negra*. Geledés: Instituto da Mulher Negra/ Criola – Organização de Mulheres Negras. 2016. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/situacao-dos-direitos-humanos-das-mulheres-negras-no-brasil-violencias-e-violacoes/>. Acesso em 15. jun. 2018

LEÃO VM, OLIVEIRA SMJV. O papel da doula na assistência à parturiente. **REME – Rev. Min. Enf.**; 10(1): 24-29, jan./mar., 2006.

MAIA AC, PRISZKULNIK G. **Parto humanizado: influências no segmento da saúde**. O Mundo da Saúde. São Paulo: 2009.

MAIA M.B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte**. Tese (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2008.

PETRUCCE LF, OLIVEIRA LR, OLIVEIRA VR, OLIVEIRA SR. Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. **Femina**; 45 (4): 212 -222, 2017.

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl. 1, p. 595-602, 2009.

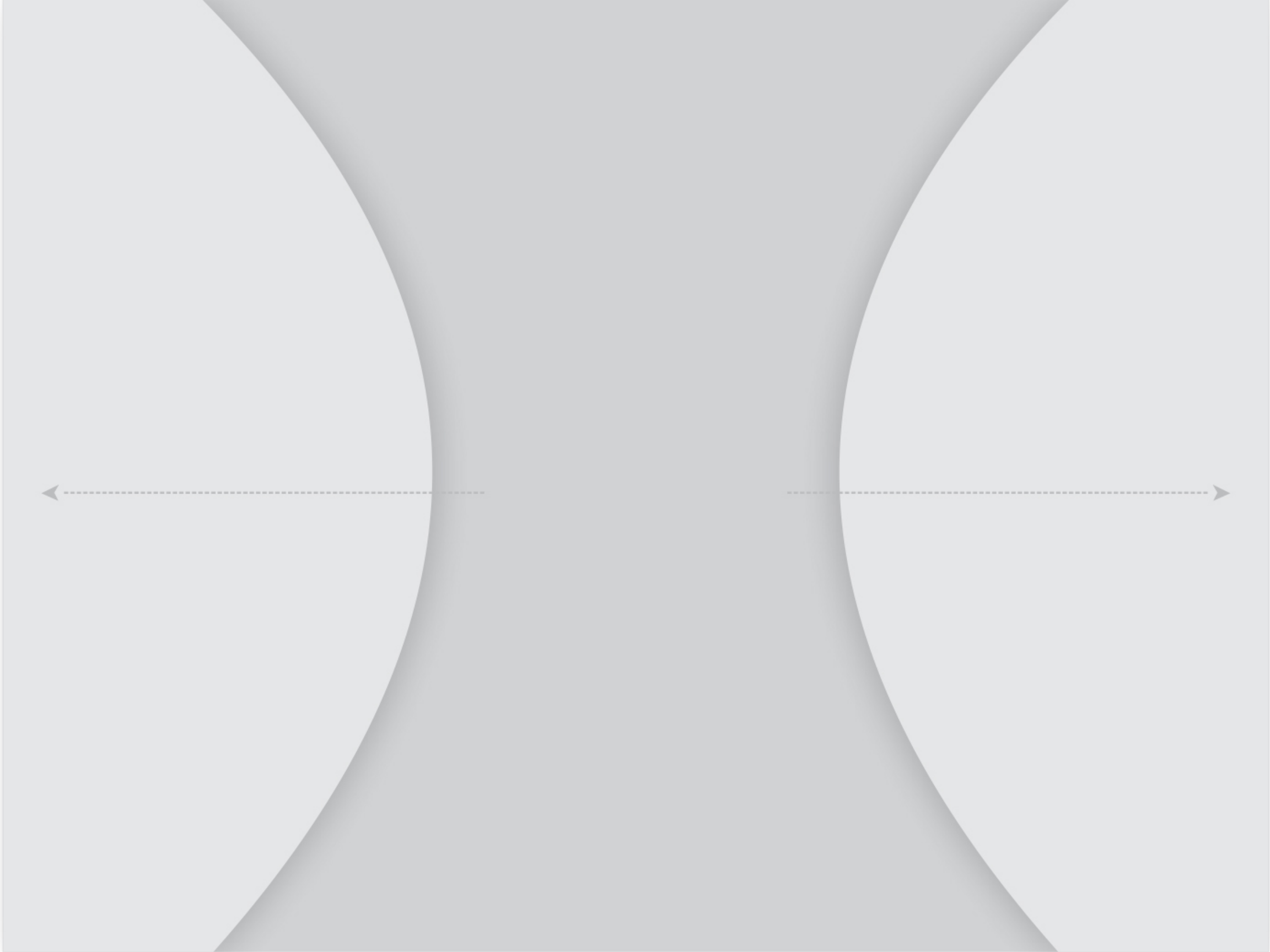
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS (RNFSDR). **Dossiê Humanização do parto**. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>. Acesso em: 10 jun. REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (REHUNA). Carta de Campinas. Mimeo. 1993.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**, 2007. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em 26 jun. 2018.

SENA L. M. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”**. A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. 2016.

SILVA, R. M. *et al.* Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, 2012.

VENTURA M. Direitos reprodutivos no Brasil. 3. ed. UNFPA. Brasília. 2009. ZAGO A. **Parto humanizado, doulas e legislação**. 2018. Disponível em: <<https://diariodeuberlandia.com.br/coluna/1585/-parto-humanizado-doulas-e-legislacao>>. Acesso em 27. jul. 2018.





LESTU
Publishing Company



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SANTO AGOSTINHO

ISBN: 978-65-996314-3-6

CD



9 786599 631436