



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Sexualidades.

Sub-eixo: Ênfase em Gênero.

### **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: OS IMPACTOS DESSA PRÁTICA NA SAÚDE DAS MULHERES**

**Caroline Rosa Oliveira<sup>1</sup>**  
**Tatianne da Costa Silva<sup>2</sup>**

**Resumo:** Este artigo tem o objetivo de apresentar uma reflexão sobre o impacto que a violência obstétrica pode causar na saúde das mulheres, visto a quantidade significativa de intervenções realizadas durante a parturição. Para compreender estes impactos, realizamos uma revisão bibliográfica simultaneamente a uma pesquisa de campo elaborada em um grupo de mães na cidade de Juiz de Fora (MG).

**Palavras-chave:** Intervenções. Violência Obstétrica. Humanização. Saúde.

**Abstract:** This article has the objective to present a reflection on the impact that the obstetrical violence can cause in the health of the women, seen the significant amount of interventions carried through during the parturition. To understand these impacts, we simultaneously carry through a bibliographical revision to a research of field elaborated in a group of mothers in the city of Juiz De Fora (MG).

**Keyword:** Interventions. Obstetrical violence. Humanization. Health.

#### **INTRODUÇÃO**

Este trabalho foi desenvolvido na disciplina de Pesquisa Social do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, com a finalidade de compreender o impacto que a violência obstétrica<sup>3</sup> promove na saúde da mulher se tratando de um problema de Saúde Pública no Brasil, devido a quantidade significativa de violências e de intervenções inadequadas utilizadas durante a parturição. Ademais, não há uma lei ainda que associe a violência obstétrica à violação dos direitos das mulheres.

Em vista disso, nosso estudo parte do princípio que as mulheres estão perdendo a autonomia em suas escolhas sendo desrespeitadas e desvalorizadas durante a gestação, em que perpassam também pelos traumas físicos e psicológicos, que muitas vezes são

<sup>1</sup> Estudante de Graduação. Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: tatiannedacosta@gmail.com.

<sup>2</sup> Estudante de Graduação. Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: tatiannedacosta@gmail.com.

<sup>3</sup>No dia 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu um despacho abolindo o uso do termo violência obstétrica alegando ter “uma conotação inadequada” sob um “viés ideológico”, sendo apoiado pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, que divulgou uma nota de apoio no dia 13 de maio de 2019.

carregados durante toda a vida da mulher. Por isso temos a intenção de agregar informações necessárias para elucidar as mulheres sobre a violência obstétrica, para que estas possam buscar seus direitos, através de um atendimento seguro, humanizado e fundamentado em evidências cientificamente comprovadas.

Procuramos também trazer esse debate para o cotidiano, principalmente da Faculdade de Serviço Social, considerando seu grau de importância enquanto uma das expressões da questão social, além de ser um curso majoritariamente feminino e por grande parte dos seus usuários serem mulheres. A violência contra a mulher “Pode ocorrer em qualquer instituição onde atuemos, por isso a necessidade de entender sobre esse tema” (CISNE; SANTOS, 2018, p.75).

Em uma perspectiva de totalidade, buscamos estudar o patriarcado na sociabilidade burguesa e seus fundamentos para o processo de hierarquização/opressão de gênero. Relacionaremos isso as particularidades da violência contra a mulher, dando destaque central para a violência obstétrica enquanto agressão física, psicológica e social.

A discussão sobre gênero e patriarcado também ajudará na compreensão dos fundamentos estruturais que explicam a violência obstétrica, para além de uma percepção imediata enquanto fenômenos particulares. Além disso, buscamos expor a humanização da saúde enquanto processo de resposta às relações mercadológicas no âmbito da saúde, principalmente, em relação às expressões da violência obstétrica.

A partir da relação gênero e patriarcado, relacionamos o material teórico e a pesquisa de campo, tendo assim reflexões teóricas que nortearam as análises, interpretações e conclusões do estudo. Sendo assim, visando ampliar nossa compreensão acerca da violência obstétrica, realizamos entrevistas semiestruturadas com onze mulheres que já passaram pela experiência de uma gestação. O público alvo das entrevistas, foram pessoas que apresentassem alguma relação, sendo direta ou indireta, com o grupo Aliança de Mulheres pela Maternidade Ativa (AMMA)<sup>4</sup> em Juiz de Fora. Dessa forma, elaboramos uma nota, a ser divulgada no grupo do *Facebook* do AMMA, informando sobre o tema e a finalidade da pesquisa, com o propósito de convidar as mulheres a participarem de forma voluntária, dessa forma, o contato partiu das mesmas onde agendamos as entrevistas.

---

<sup>4</sup> O grupo AMMA foi criado em 2010 na cidade de Juiz de Fora com o objetivo de trocar informações sobre a maternidade.

Em outro momento, analisamos as entrevistas e relacionamos com o material teórico estudado, de modo a compreender os fundamentos, causas e consequências da violência obstétrica para a saúde da mulher.

Essa pesquisa possui caráter exploratório, bem como é caracterizada como qualitativa, preocupando-se com o entendimento acerca da violência obstétrica e suas expressões.

## **DESENVOLVIMENTO**

Considerando que o gênero no patriarcado tem grandes influências nas violências praticadas contra a mulher, sendo assim, iniciamos a discussão sobre gênero entendendo que se constituiu conforme a vida orgânica foi se tornando mais complexa, a partir da centralidade ontológica do trabalho, com o desenvolvimento da cultura. De acordo com Saffioti (2004, p. 133), “a diferença sexual, antes apenas existente na esfera ontológica orgânica, passa a ganhar um significado, passa a constituir uma importante referência para a articulação das relações de poder”, pois o gênero tem uma carga ideológica, a ideologia patriarcal, por isso muitas vezes são tidos como iguais.

Essa carga ideológica, segundo a autora, serve para escamotear uma estrutura de poder que coloca a mulher em uma posição inferior ao homem em todas as esferas de convívio humano. Essa estrutura de poder é relacionada diretamente com o patriarcado, uma vez que é regido pela “dinâmica entre controle e medo” (SAFFIOTI, 2004, p.136), e “é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens” (Idem, 2004, p.44), ou seja, é um determinante comum em todas as violências contra a mulher. “Todas as formas de violência estão relacionadas à desvalorização da mulher nessa sociedade patriarcal, que nos concebe como coisas a serviço dos outros, como objeto de satisfação [...]” (CISNE e SANTOS, 2018, p.78)

A partir disso, a violência contra a mulher (VCM), de acordo com o Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, é “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. (1996, p. 6).

A VCM ocorre em âmbito interpessoal porque as mulheres não possuem autonomia sobre o corpo e a vida, porque não são valorizadas e respeitadas socialmente. Logo, essa violência é o reflexo das relações patriarcais, as mesmas que provocam violações e explorações em âmbito estrutural, como trabalharmos mais e ganharmos menos e termos nossos corpos mercantilizados (CISNE e SANTOS, 2018, p.70).

Portanto, consideramos que a violência contra as mulheres é uma das muitas expressões da questão social que ganhou visibilidade através das lutas feministas pautado no reconhecimento das mulheres enquanto detentoras de direitos.

Dentre as várias violências praticadas contra a mulher, a física, a sexual, a patrimonial, a moral, a psicológica, a social, destacamos a violência obstétrica. A Venezuela foi o primeiro país da América Latina a utilizar este termo, partindo de movimentos feministas locais, reconhecendo-a como uma questão de cunho político, público e social (SENA e TESSER, 2011, p. 211). De acordo com a lei orgânica venezuelana, a violência obstétrica se caracteriza por

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. (VENEZUELA, 1999).

Assim, este tipo de violência se expressa de diversas formas, desde tratamentos rudes, negligência da equipe médica, discriminações de todas as naturezas, intervenções cirúrgicas desnecessárias sem qualquer evidência científica, e a realização destes procedimentos não obtendo o consentimento da parturiente, desrespeitando a sua autonomia; caracterizando a violência psicológica, física e sexual. A violência obstétrica, também se expressa durante o pré-natal quando a mulher não recebe as informações e orientações necessárias quanto a sua parturição. Conforme Dias e Domingues (2005), é direito da parturiente a informação de todos os procedimentos a que ela poderá ser submetida, respeitando seus direitos de cidadania, ou seja, a omissão de informações sobre a evolução da gestação, que são fundamentais, ocasiona mais um fator desrespeitoso no que tange as usuárias.

A Rede Parto do Princípio<sup>5</sup> especifica várias condutas que demonstram esta violência de maneira direta ou indireta. Dessa forma, conforme cita Pereira et al. (2016, p.2)

Segundo um dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres (2012), existem alguns tipos de ações configurativas da violência obstétrica: 1) VO física: quando são realizadas práticas invasivas, administra-se medicações não justificadas pelo estado de saúde da parturiente ou de quem irá nascer, ou quando não se respeita o tempo ou as possibilidades de parto biológico; 2) VO psíquica: refere-se ao tratamento desumanizado, grosseiro, humilhação e discriminação. Além disso, cabe nesta classe a omissão de informações sobre a evolução do parto; 3) VO sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.

---

<sup>5</sup>É uma Rede de Mulheres pela Maternidade Ativa, que atua na promoção da autonomia e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, se articulando através de redes sociais e e-mails.

Assim, como citado acima, a VO ocorre de diversas maneiras, causando constrangimentos de forma a violar os direitos e intimidades da mulher. Dessa forma, citaremos a seguir alguns exemplos que ilustram essa prática:

1) Episiotomia: mais popularmente conhecida como “pique” ou “episio”, segundo o Dossiê da Violência Obstétrica elaborado pela Rede Parto do Princípio, “é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos [...]” (2014, p.80).

Ainda conforme o mesmo Dossiê, “quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro. Isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro, sem qualquer tipo de lesão” (2014, p.81). Neste documento é citado algumas lacerações que podem se ocasionar de forma natural durante a passagem do bebê, não obtendo assim, qualquer evidência científica sobre a necessidade da episiotomia.

De acordo com a pesquisa de campo realizada, uma das entrevistadas relatou ter sofrido esse procedimento, sem o seu consentimento, o qual foi realizado por um residente. Esta intervenção gerou muitas consequências, dentre elas: dores, demora na cicatrização e rompimento dos pontos. Os efeitos desta episiotomia, segundo a entrevistada, só não se tornaram piores devido ao fato de não “precisar” ter relações sexuais.

2) Manobra de Kristeller: é uma intervenção médica que consiste no ato de forçar a saída do bebê fazendo pressão sobre a barriga da mulher. De acordo com o Dossiê da Violência Obstétrica (2014) diversos estudos, este procedimento além de ser desenvolvido sem fundamentação científica, ainda pode trazer várias complicações a parturiente e ao bebê.

Embora as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017) expõe que essa manobra não é indicada para o segundo período do trabalho de parto, foi realizada em duas entrevistadas, uma delas ficou com hematomas na barriga após o parto e a outra, resultou em uma fratura óssea craniana no bebê causando diversos problemas psicológicos e motores na criança.

3) Posição do parto: deve ser de livre escolha da mulher sem imposições ou restrições médicas, entretanto, de acordo com o Dossiê de Violência Obstétrica (2014),

muitas mulheres são obrigadas a ficar em posição de litotomia<sup>6</sup>, que além de ser desconfortável, prejudica a dinâmica do parto.

Em alguns casos, apesar da parturiente ter escolhido a posição do parto, a equipe profissional que estava acompanhando indicava a posição da litotomia como sendo a melhor. Observamos também um caso que o hospital não oferecia estrutura suficiente para que a mulher pudesse ficar na posição desejada.

4) Ocitocina: é um hormônio artificial utilizado para acelerar contrações e consequentemente o trabalho de parto, sendo necessário, de acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), que o profissional da saúde repasse esta informação para a parturiente. É importante destacar que é contraindicado pela OMS que a ocitocina seja utilizada de forma rotineira e de modo que não tenha controle sobre o efeito.

A ocitocina esteve presente em cinco dos casos apresentados, de acordo com os relatos muitas dessas mulheres aceitaram este procedimento devido à falta de conhecimento e a vulnerabilidade em que se encontravam. Em uma das narrativas, a ocitocina foi apresentada pela enfermeira como um “sorinho”.

5) Exame de toque: usado no parto vaginal com o objetivo de medir a dilatação, podendo ocasionar a ruptura artificial da bolsa amniótica, conhecido por Amniotomia, acelerando o processo do parto.

O excesso de toque foi relatado por duas mulheres que explicitaram que este procedimento, além de tornar as contrações mais fortes e dolorosas, se sentiram invadidas. Uma delas ainda relata ter sofrido uma laceração na vagina.

Além das violências apresentadas outras situações foram expostas durante as entrevistas, como, por exemplo, a falta de informação desde o pré ao pós-natal, incluindo a amamentação, onde a maioria revela ter passado por dificuldades, necessitando a busca por outros profissionais. Foi demonstrado em quase todos os casos o pouco contato com o bebê logo após o nascimento, tantos nos partos vaginais como nos cesarianos, onde algumas demonstraram um abalo emocional. Em um caso específico, a entrevistada relata ter sido privada de se alimentar enquanto se encontrava em trabalho de parto. Ademais, foi constatado também violências verbais durante o parto, através de piadas e comentários machistas.

---

<sup>6</sup>Posição ginecológica, na qual a paciente é colocada em decúbito dorsal, com as coxas afastadas uma da outra e flexionadas sobre o abdômen.

Tais procedimentos utilizados rotineiramente podem aumentar as complicações, não considerando a fisiologia do parto, expondo a mulher e o bebê a riscos desnecessários (DOSSIÊ DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2014), bem como as atitudes que constroem e desrespeitam a mulher, desconsiderando-a como um ser humano passível de dor e sofrimento, destituindo todo o seu protagonismo durante a sua parturição.

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016 o número de cesáreas realizadas no país, eram de 55,5% dos partos, sendo que nos anos 2000, essa porcentagem era de 40%, ou seja, de acordo com os dados, podemos constatar que metade dos partos no Brasil são realizados por cesárea, e essa prática vem se tornando comum com o passar dos anos.

Entretanto, a Rede Parto do Princípio cita em documento elaborado em 2006, alguns malefícios que podem ser causados pelo parto cesariano: doenças e morte materna, complicação em gestações futuras, prematuridade e problemas respiratórios ao recém-nascido, cáries em bebês, prejuízo na amamentação e interação mãe-bebê; além do alto custo da cirurgia. De acordo com Pereira et al. (2016)

[...]No entanto, pesquisas mostram que a maioria das mulheres que realizam cesáreas não participam do processo de decisão de qual procedimento será utilizado, e ainda afirmam ter preferência pelo parto normal. Muitas são as queixas relatadas sobre os efeitos desse procedimento cirúrgico e sua inadequada realização, e esse fato o torna uma violência contra as mulheres quando os recém nascidos são afastados de suas mães após o procedimento, impossibilitando o estabelecimento de um vínculo mãe-filho após o parto, além de que a anestesia é insuficiente em alguns casos, o que torna o processo em algo traumático para a mulher. Vale lembrar a existência de outras complicações que podem levar a morte tanto da mulher quando da criança.

Dentre estes fatores que levam as mulheres a buscarem pela intervenção cirúrgica, o medo em se submeterem ao parto normal, pela dor, pela insegurança do procedimento ou pelo receio de equívocos, o que afirma a importância dessas gestantes em obterem acesso a todas as informações pertinentes à parturição, para que possam fazer sua escolha de maneira totalmente autônoma. Há uma série de pré-concepções sobre o parto normal, que enfatizam a busca por cesáreas.

Estes fatores devem ser levados em consideração quando a Organização Mundial da Saúde aponta 82% dos partos cesarianos em 2010 no Brasil, quando a sua recomendação é de 15%, conforme apresentado ainda no Dossiê (2014).

Observamos esses dados na pesquisa devido ao alto índice de mulheres que se submeteram a cesárea, sendo nove das onze entrevistadas. Além disso, a maioria destes partos ocorreram por influência médica, seja no pré-natal ou até mesmo durante o trabalho de parto. Também foi possível constatar que a falta de informação sobre o parto vaginal foi

determinante para esta escolha, diante do receio de muitas dessas mulheres, conforme já havia sido mencionado.

O modelo hierárquico ainda está enraizado culturalmente no Brasil, onde o médico é colocado como o detentor do saber, exercendo o seu poder sobre as escolhas da gestante, retirando o protagonismo da mulher na sua parturição.

Nas relações de poder, pode-se perceber que, dentro dessa hierarquia, os profissionais de saúde assumem bastante espaço, porém, devido às questões culturais que enfrentamos, o médico se enquadra no topo dessa pirâmide e obtém não só uma autoridade em função do conhecimento científico e tecnológico, mas também em relação à cultura e à moral, dominando muitas vezes a conduta, os valores e as crenças de cada pessoa. (QUEIROZ et al., 2017, p.4)

Tendo em vista as diversas expressões de violência que ocorrem no campo da saúde, e a fim de amenizar tantas ocorrências que por vezes levam os usuários a situações constrangedoras e/ou até desumanas, tornou-se fundamental uma discussão acerca de um atendimento humanizado na saúde, e a criação de políticas públicas que embasassem uma “nova” prática profissional.

De acordo com a Constituição de 1988 e com a implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) em 2000, a mulher em inúmeras situações é privada de seus direitos enquanto gestante e mãe, vista de forma objetificada não sendo respeitada pelos profissionais responsáveis em oferecer conforto, segurança e qualidade no serviço prestado a essas mulheres que encontram-se em estado de fragilidade, principalmente emocional, durante todo o processo gestacional.

Dessa forma, de acordo com CARNEIRO (2015), o parto humanizado consiste em um mínimo de intervenções cirúrgicas e farmacológicas, respeitando o tempo da mulher, garantindo acolhimento e consentimento sobre os procedimentos realizados.

Podemos citar a Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério Público em 2003, com a finalidade de mudar o cenário atual de atenção no campo da saúde (Brasil, 2006 apud Castro p.127), no qual a autora menciona que

É necessário, portanto, estar atento aos limites da política de humanização e solidificar uma ação que tenha como prisma os direitos e a cidadania e que esteja cotidianamente respaldada nos preceitos do projeto de reforma sanitária, construídos nos anos de 1970, e na determinação social do processo saúde-doença. Deve-se efetivar também uma visão de subjetividade ligada aos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos, intervindo a queixa da psicologização das relações sociais. (CASTRO, 2018, p.167).

Apesar de toda essa discussão da humanização em saúde e especificamente do parto, observamos que ela não ocorre efetivamente, visto que dentre os casos

apresentados, apenas um deles houve um atendimento de fato humanizado, onde a mulher foi respeitada em sua amplitude, obtendo o parto exatamente como desejava. Vale ressaltar que, ainda que o hospital seja reconhecido como humanizado, nem sempre o atendimento acontece desta maneira, uma vez que depende especificamente da equipe profissional que atenderá estas mulheres.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A violência obstétrica é praticada no Brasil, apesar dos debates estarem se iniciando, ainda é pouco discutido e muito ocultado, acarretando um desconhecimento da população acerca deste tema, incluindo as mulheres que sofreram este tipo de violência. Essa falta de conhecimento ocorre principalmente por vivermos em uma sociedade patriarcal, onde a mulher ainda é vista como “objeto” de dominação, assim, a violência obstétrica se mostra diretamente ligada a questão gênero e desta forma, a ideologia do patriarcado, na qual a autonomia da mulher ainda é relativa.

Outro dado evidenciado durante esta pesquisa, foi a relação dos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento da mulher em sua gestação. A postura profissional diante da mulher, se mostra na maioria dos casos como uma relação de poder, onde a hierarquia se sobressai e a gestante se torna a coadjuvante no processo. O parto por sua vez, é visto por estes profissionais como um fenômeno fisiológico onde a mulher é apenas o corpo que pari e o bebê um feto que precisa nascer, desconsiderando as vivências dessa mãe e seu filho, demonstrando apenas uma visão científica e desumanizada. Diante desta perspectiva, a parturiente é submetida a situações constrangedoras e principalmente opressivas e desrespeitosas.

Assim sendo, nos relatos das entrevistas, é notório a ênfase deste poder profissional mediante as decisões da mulher em todas as dimensões da sua gestação, desconsiderando a sua autonomia, seu protagonismo, bem como seus direitos enquanto mulher e mãe.

Os procedimentos cirúrgicos realizados nestes casos, a “episiotomia”, a “manobra de Kristeller”, a “amniotomia” e o “excesso de toque” dentre outros, sendo efetuado sem o consentimento, na maioria das vezes, ou sobre pressão, além de não obter evidências científicas sobre a necessidade da realização destes – conforme os estudos bibliográficos mostraram – quando sucedido, causaram danos à saúde física e psicológica da mulher,

impactando diretamente em suas vidas, bem como a do bebê. Comprovando, portanto, ser desnecessário e completamente invasivo.

Observamos também que a violência obstétrica ocorre muitas vezes de maneira sutil passando despercebido por mulheres que não tem informações suficientes, sendo considerada uma prática não só física, mas também psíquica, geralmente implicando em consequências as vezes imperceptíveis.

Diante dos estudos e das referências citadas aqui, é notório que o quadro de violência obstétrica, ainda que pouco discutido, ocorrem de forma silenciosa no Brasil, onde a mulher é submetida a situações constrangedoras ou desumanas, onde sua intimidade em diversas situações não é preservada, afetando seu bem estar físico e psicológico, além de se submeterem a procedimentos cirúrgicos desnecessários, sem qualquer conhecimento ou consentimento. Os profissionais da saúde por sua vez, principalmente médicos e enfermeiros, precisam rever suas práticas e posturas em relação a essas mulheres, que não podem ser vistas apenas como um corpo, mas um indivíduo com vivências e inúmeras questões pessoais que devem ser respeitadas, sendo tratada como o sujeito principal do processo. Assim, é necessário e urgente que o direito de acesso a saúde se estenda ao direito a um atendimento digno, onde a política de humanização seja não só implementada mas executada, e as relações de hierarquia, que ainda ocorrem no campo da saúde – onde o médico é visto como o detentor do saber – sejam sanadas.

É fundamental ainda, que os estudos sobre a violência contra a gestante, sejam ampliados e discutidos, para que essas mulheres, tenham a compreensão da opressão ao qual são subjugadas, buscando por seus direitos enquanto usuária do sistema de saúde e mãe, bem como as demais, sejam sujeitos conscientes no processo, afim de zelar pela sua saúde e bem-estar, sua integridade física e moral e pela sua autonomia. Consideramos também importante ressaltar que esta pesquisa não é conclusiva, visto a necessidade do aprofundamento e a continuidade nas discussões acerca deste tema, dado a sua relevância e a gravidade desta recorrente prática.

Por fim, compreendemos a importância deste tema para o Serviço Social, pois tem grande relevância para os profissionais da área, visto ser fundamental o combate das opressões de gênero, sendo estas fruto de uma sociedade patriarcal onde as mulheres são submetidas a diversas violências.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Brenda P.; AGGIO, Cristiane de M., **Violência Obstétrica: a dor que cala**. Londrina - PR, 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida**. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.df](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.df) Acesso: 01 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN)**. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

CARNEIRO, R.G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

CASTRO, Marina M.C.; **Humanização em saúde: intencionalidade política e fundamentação teórica**. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2018.

CIELLO; Cariny et. al. **Dossiê da Violência Obstétrica**. Produção: Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. 2012.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2018.

DIAS M.A.B, DOMINGUES R.M.S.M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. Saúde Coletiva, 2005; 10(3): 669-706.

FUCKS, Ingrid dos Santos et al. **A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê**. Rio Grande do Sul- RS, 2014. Acesso em: 05 nov. 2018.

PEREIRA, Jéssica S.; SILVA, Jordana C.; BORGES, Natália A. et al. Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brasilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.15, n.1, 2016.

PIRES; Patrícia F. G.; **Maternidade Segura: Humanização do Parto e Nascimento**. Juiz de Fora - MG, 1999.

QUEIROZ, Thayná C.; FÓFANO, Gisele A.; ANDRADE, Filipe M. et al. Violência obstétrica e suas perspectivas na relação de gênero. **Revista Científica Fagoc.**, v.2, 2017. Disponível em: <http://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/194/252> Acesso: 6 nov. 2018.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **A mulher na sociedade de classes**. 3 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora fundação Perseu Abramo, 2004.

SILVA, Marlise Vinagre. **Violência contra a mulher: quem mete a colher?**. São Paulo: Cortez, 1992.

Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais. **Ginecologia e Obstetrícia: Manual para o TEGO (Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia)**; 1ª edição: Editora Medsi, Minas Gerais, 1997.

Venezuela. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2006)** Código Orgánico Procesal Penal Código Civil Código de procedimiento Civil Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999).

Sites: [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)

Acesso em: 1 jun. 2019.

<http://portalms.saude.gov.br/>

Documentário: Violência Obstétrica: A voz das brasileiras – You Tube

Acesso em: 6 nov. 2018.

<https://saude.ig.com.br/2019-05-07/ministerio-da-saude-proibe-termo-violencia-obstetrica-por-ter-vies-socialista.html>

<https://www.febrasgo.org.br/es/component/k2/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>

Acesso em: 3 jun. 2019