

Direitos reprodutivos, violência e humanização do parto:

implicações em projetos para a educação em sexualidade na juventude

Maria de Fátima Salum Moreira

Taluana Laiz Martins Torres

Danielle Berbel Leme de Almeida

Como citar: MOREIRA, M. D. F. S.; TORRES, T. L. M.; ALMEIDA, D. B. L. D. Direitos reprodutivos, violência e humanização do parto: implicações em projetos para a educação em sexualidade na juventude. *In* : BRABO, T. S. A. M. (org.). **Mulheres, gênero e violência**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. p.99-121. DOI: <https://doi.org/10.36311/2015.978-85-7983-636-7.p99-121>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

CAPÍTULO 5

DIREITOS REPRODUTIVOS, VIOLÊNCIA E HUMANIZAÇÃO DO PARTO: IMPLICAÇÕES EM PROJETOS PARA A EDUCAÇÃO EM SEXUALIDADE NA JUVENTUDE¹

Maria de Fátima Salum Moreira

Taluana Laiz Martins Torres

Danielle Berbel Leme de Almeida

A educação em sexualidade para jovens tem envolvido, tradicionalmente, a discussão da reprodução humana e dos problemas da gravidez nessa fase da vida das mulheres. Costumeiramente, isso é feito através do ensino de conteúdos vinculados ao funcionamento do corpo biológico e reprodutivo, cujas bases teóricas são relacionadas ao determinismo ou ao fundacionismo biológico. Constituem abordagens que recebem várias e procedentes críticas, às quais se soma o tratamento específico do tema em função da norma heterossexual. Dentre os questionamentos, iremos salienta, neste artigo, um aspecto que consideramos ser extremamente negligenciado em análises sociológicas e políticas no tema dos direitos reprodutivos.

Trata-se das condições oferecidas para que os jovens possam exercer, de forma autônoma, esclarecida e responsável, o direito de tomar decisões quanto ao exercício ou não da maternidade ou paternidade, bem como sobre as demais questões associadas a tais escolhas. Diz respeito, mais especificamente, às ações necessárias a uma formação fundamentada

¹ Artigo decorrente de pesquisa trienal desenvolvida pela docente, junto ao Programa de Mestrado em Educação, na UNOESTE (Universidade do Oeste Paulista), em Presidente Prudente – SP.

no conhecimento dos elementos históricos, sociológicos e culturais, que produzem os saberes e as práticas de violência ligadas à gravidez, ao parto e ao pós-parto.

Aludimos, portanto, a questões que comparecem de modo marginal em estudos e políticas da educação e saúde. Também não se observam estudos acadêmicos que resultem na produção de outros olhares e propostas educativas os quais considerem os jovens como agentes capazes de elaborar projetos de vida ou de agir com responsabilidade. E, fundamentalmente, que proporcionem ações pedagógicas úteis para lhes proporcionar as condições para reconhecer a violação de seus direitos em práticas envolvidas com discriminação ou coerção, reveladoras das diversas formas de violência física, psíquica e emocional (TORRES; MOREIRA, 2014).

Notadamente, trata-se de pensar o campo ético e as relações de poder que permeiam a construção de práticas que estabelecem as condições para a autonomia e/ou heteronomia no campo dos direitos reprodutivos dos jovens. Cabe destacar, ainda, que tal discussão interessa não apenas aos jovens, visto que diz respeito às circunstâncias de vida postas também para outras gerações. Porém, os jovens são colocados sob forte restrição, quando se discute sobre quem tem ou não condições, capacidades e direitos em tomar decisões sobre o número de filhos, os intervalos entre os nascimentos e o acesso aos meios necessários para o exercício dos compromissos abarcados pela vida reprodutiva. Em função disso, eles se tornam os principais alvos de ações políticas que visam à “prevenção de problemas sociais e de saúde”, no âmbito da sexualidade, e seus vínculos com a reprodução.

Mesmo considerando os avanços na produção de pesquisas e propostas educativas na educação em sexualidade, atualmente se observa um avanço maior naquelas dirigidas para o enfrentamento da violência e dos direitos, no âmbito da homofobia e diversidade sexual. O mesmo, todavia, não é notado em estudos e propostas para o tratamento educacional dos direitos reprodutivos, seja do ponto de vista hetero, seja homossexual. É bem recente a ocorrência de denúncias, críticas e propostas de novos encaminhamentos para enfrentar de forma mais ampla as questões dos direitos reprodutivos envolvidos na maternidade, não os restringindo apenas ao âmbito de sua prevenção.

É evidente que ainda é frágil a realização de ações efetivas para validar e colocar em prática os direitos, não apenas de jovens, mas de adultos em geral, ressaltando-se que, no caso dos primeiros, tal fato apresenta nuances mais agravantes, tendo em vista as representações e significados culturais referidos a essa fase da vida. É diante disso que, neste artigo, pretendemos discutir a violência obstétrica e o parto humanizado enquanto dimensões importantes da vida reprodutiva e dos direitos a ela relacionados, evidenciando a relevância de tal tema em projetos educativos.

Na primeira parte do texto, apresentamos os principais marcos dos direitos reprodutivos, além do destaque para a importância da inserção desse tema em projetos educacionais voltados à sexualidade dos jovens. Em seguida, são explicitadas as discussões sobre a violência obstétrica e, em contrapartida, aquelas sobre o parto humanizado, para, finalmente, tematizar e problematizar as implicações de sua ausência nos projetos de ensino e conteúdos escolares, assim como as contradições e lacunas que se encontram na educação direcionada à sexualidade dos jovens.

DIREITOS REPRODUTIVOS E EDUCAÇÃO ESCOLAR

Os direitos reprodutivos são concebidos como parte integral e também como uma ampliação da noção dos direitos humanos (SCAVONE, 2004, p.55).

Compreendemos, portanto, que os direitos reprodutivos são constituídos por “princípios e normas de Direitos Humanos que garantem o exercício individual, livre e responsável da sexualidade e da reprodução humana.” (VENTURA, 2009, p.19). Trata-se do direito de toda pessoa decidir sobre o número de filhos e os intervalos entre os nascimentos, além de ter acesso aos meios necessários para o exercício livre de sua autonomia reprodutiva, sem sofrer discriminação, coerção ou restrição, de qualquer natureza, que impliquem violência física e emocional.

Dois marcos internacionais são fundantes na definição dos direitos reprodutivos: a Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento, de 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Desenvolvimento e Paz, realizada em Pequim, no ano de 1995. Em tais momentos, produziram-se documentos os quais estabelecem diretrizes de direitos na esfera da

reprodução, além de ações e recomendações que devem ser incorporadas e aplicadas por seus membros.

Em relação a essas conferências, Vianna e Lacerda (2004, p.32) destacam que, para além de transformações no âmbito legal, os programas de ações, diretrizes e recomendações buscam construir “caminhos éticos e normativos mais amplos, envolvendo ações em certa medida bastante capilares (como a educação de crianças e jovens, a construção da autoestima etc.)”. Assim, nas duas Conferências, a educação aparece como uma das diretrizes fundamentais, uma vez que ela faz parte dos processos que permitem aos indivíduos se capacitar para decidirem livremente “sobre as condições em que a reprodução pode (ou não) se realizar”. Visou-se a promover e contribuir para o “processo de conversão de crianças e adolescentes em adultos responsáveis”, a partir do ideário da responsabilidade que pressupõe a ideia da liberdade individual, entendida como a possibilidade de que os indivíduos façam escolhas “de acordo com um ideário de responsabilidade para consigo mesmos e para com os demais.” (VIANNA; LACERDA, 2004, p.33).

Numa perspectiva dos direitos humanos, as decisões referentes à sexualidade e à reprodução são tomadas como direito fundamental dos indivíduos, cabendo ao Estado garanti-las e promover as condições para que os segmentos mais vulneráveis da população possam tomar decisões sobre sua vida sexual e reprodutiva de forma mais autônoma (HEILBORN et al., 2006).

A esse respeito, Tonelli (2004) ressalta que, nas duas últimas décadas, houve um avanço considerável nas políticas públicas voltadas para a infância e a juventude, no Brasil. Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei n.8.069/1990) tornou-se um marco importante na legislação brasileira, afirmando que crianças e jovens são sujeitos de direitos, em suas mais diferentes condições sociais e individuais e, portanto, a condição de pessoa em desenvolvimento não deve ser um impeditivo para o exercício desses direitos (BRASIL, 1990).

O ECA, embora represente um ganho significativo em termos de políticas voltadas para as crianças e adolescentes, não especifica os direitos em relação ao exercício da sexualidade dos jovens, de modo que não garante a possibilidade de esses sujeitos decidirem sobre sua vida sexual e reprodutiva (BARBOSA, 2008). De maneira pulverizada e apenas em

alguns artigos do Estatuto, aparecem referências a questões correlatas a tais direitos.

Em contrapartida, um elemento positivo que deve ser enfatizado no Estatuto da Criança e do Adolescente é o reconhecimento ao direito à privacidade e à preservação do sigilo no acesso de jovens aos serviços de saúde, posto que essa população tem o direito de ser atendida independentemente da autorização da família ou de responsáveis. Adiante, a lei garante que toda criança e adolescente tenha sua opinião ouvida e considerada, na perspectiva de seu melhor interesse na decisão sobre os aspectos de sua vida (VENTURA, 2009, p.276).

Ainda com respeito ao ECA, não encontramos referências a aspectos mais amplos da sexualidade, como a discussão do prazer, aspectos relacionados ao corpo erótico, a gravidez e o parto, os quais envolvem igualmente a discussão das desigualdades de gênero e aspectos afetivos, tais como os ideais românticos e amorosos.

Por outro lado, as garantias de autonomia não passam apenas pelas leis, mas se estendem às condições postas para que elas se efetivem, isto é, para que os jovens possam dispor de maior liberdade na condução de sua saúde sexual e reprodutiva, é preciso garantir-lhes uma formação que vá além de estritos “programas de aconselhamentos” ou “campanhas de educação sanitária” promovidas pelo SUS – Sistema Único de Saúde – ou por meio da escola, em curtos projetos educacionais promovidos pelas Secretarias de Educação. É necessário envolvimento efetivo por parte dos educadores e trabalho pautado em estudo mais aprofundado na formação pretendida, de sorte que ela envolva informações e conhecimentos críticos em relação aos saberes médicos e biológicos, à ordem sociocultural da qual fazem parte os jovens e as suas associações com valores e princípios éticos os quais incluam o exercício da sexualidade.

No caso dos jovens brasileiros, observamos que os documentos considerados marcos dos direitos reprodutivos no âmbito internacional trouxeram algumas propostas inovadoras restritas aos direitos sexuais e reprodutivos de pessoas adultas. Os jovens, contudo, ainda estão presos ao discurso pautado na “ilegitimidade” de sua sexualidade, concepção que

ignora seus direitos de viverem a sexualidade de forma plena. Por tudo isso, pouco se avança no estabelecimento de propostas para essa população.

Quando nos reportamos ao nosso contexto, notamos que também o ECA tem como foco a prevenção, seja da gravidez “não planejada”, seja das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Parte-se da visão de uma sexualidade que deve ser “regulada”, “cerceada”, por intermédio de um discurso prescritivo e normativo que desqualifica as possibilidades de exercício da sexualidade desse grupo.

Comprendemos, dessa maneira,

que as problemáticas que envolvem a temática da sexualidade devem ser abordadas pela via dos direitos reprodutivos os quais, enquanto constituintes dos direitos humanos, implicam nos direitos de formação, informação, diálogo, contextualização, reivindicação e organização para elaborar projetos e estratégias de luta. Ou seja, não se trata de produzir e difundir ‘verdades’ ou estabelecer algum padrão ideal de conduta para ser vivido, como se esses realmente existissem. A ideia é a de que se propicie a todos e todas as condições e possibilidades para fazerem suas escolhas de forma livre e autônoma. Mais ainda, como se tratam de jovens, enquanto sujeitos de direitos, suas decisões devem ser consideradas, empregando-se os meios necessários para resguardá-las de riscos ou perigos em relação à sua integridade física, emocional e social. (MOREIRA; TORRES; COLETO, 2013, p.62).

Por conseguinte, as instituições educativas têm um papel fundamental para a garantia de efetivação dos direitos reprodutivos dos jovens, pois podem participar ativamente em sua formação para a vivência de uma sexualidade fundamentada no ideário de autonomia, responsabilidade e compromisso. Suas ações devem ter em vista a promoção do enfrentamento para a redução das violações à autonomia pessoal, à integridade física e psicológica de que são alvo indivíduos e coletividades.

Podemos traçar algumas alternativas, levando em conta as diretrizes da Carta do Cairo e Pequim, as quais estimulam a participação dos próprios jovens na proposição e formulação de políticas e ações que lhes sejam direcionadas. Assim, ouvi-los é uma das chaves para se respeitar a sua autonomia pessoal, ou seja, é preciso tratá-los como atores e não como meros objetos de políticas de saúde e educação, considerando sua capacidade

de tomar decisões sobre assuntos de reprodução e sexualidade e levando a sério os desejos, experiências e valores que orientam essas decisões.

Segundo Cabral e Heilborn (2010), a perspectiva de Educação em Sexualidade revela a preocupação de inserir, no trabalho pedagógico com jovens, discussões que envolvem temas polêmicos, ainda considerados tabus e que não têm recebido a devida atenção, como o aborto, o planejamento reprodutivo e a contracepção, a partir da perspectiva de gênero e diversidade sexual. Acrescentamos, ainda, os temas que envolvem o parto, uma vez que esses podem atuar como forma de problematizar as mais diversas práticas de violência que muitas mulheres sofrem, desde o momento da gestação.

Além disso, dar destaque a esses temas permite evidenciar o nascimento, que é um evento que diz respeito a todas as pessoas, mas cercado de mitos e desconhecimento, posto que o parto foi transformado em um modelo centrado na figura do médico e da patologia, circunscrito a um saber da Medicina, sendo pouco problematizado nos programas de educação voltados para a sexualidade.

Portanto, indicamos pensar a educação em sexualidade a partir de princípios éticos que possibilitem aos sujeitos pensarem e decidirem sobre seus projetos de vida, com base em necessidades e projetos não limitados aos modelos que lhes são impostos de fora. Trata-se ainda de uma possibilidade de questionar os efeitos da dominação e subordinação que se fazem presentes na esfera da vida cotidiana.

Uma formação que considere o princípio da liberdade, tendo em vista as noções de igualdade, bem como de diversidade, teria implicações profundas nos saberes e nas práticas educativas ligadas à juventude.

VIOLÊNCIA E HUMANIZAÇÃO DO PARTO: DE “ASSUNTO DE MULHERES” À CIÊNCIA OBSTÉTRICA

O nascimento é um acontecimento fisiológico cujo caráter é social, cultural e histórico. Representa a continuidade da vida, sendo a ideia do nascer comemorada em várias sociedades com algum ritual de início. Em consonância, o parto e sua assistência são compreendidos enquanto um ato cultural, pois refletem os valores sociais prevaletentes historica-

mente em cada sociedade e costumam ser regulados por normas sociais determinadas. Deve ser compreendido como processo e produto de uma determinada sociedade e cultura. Tais relações e práticas culturais envolvem mulheres muito distintas que, além das relações de gênero, experimentam específicas determinações de classe, nacionalidade, étnico-raciais, geracionais e outras (GAMA et al., 2009).

Neste ponto, portanto, queremos esclarecer que aqui abordamos questões que afetam um público amplo, embora referido a uma parcela particular de mulheres brasileiras. Parte-se de uma compreensão de que a experiência do parto tem sido vivida diferentemente pelas mulheres brasileiras. Em primeiro lugar, em função da diversidade social e cultural existente em um país de grande amplitude territorial, em que os marcadores sociais, como classe, etnia, gênero, sexualidade e geração, demandam políticas diversas e específicas, em conformidade com os valores e práticas de parto praticadas em coletividades compostas por mulheres com diferentes experiências no exercício da parturição.

O Grupo Curumim, que atua junto às parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, em algumas partes da região Sudeste e da região Sul, esclarece que a maioria da média anual de 41 mil partos domiciliares, realizados no Brasil, é assistida por parteiras tradicionais, defendendo que “seus trabalhos deveriam estar dentre as preocupações de gestores e profissionais de saúde” das regiões do país onde elas mais se encontram. Além disso, faz notar que

o parto domiciliar assistido por parteira tradicional é um direito reprodutivo reconhecido por autoridades nacionais e internacionais de saúde, porém a existência de Marcos Legais no Brasil que respaldam a implantação de políticas de inclusão do trabalho desenvolvido por parteiras tradicionais, não tem, no entanto, se revertido em mudanças significativas na qualidade de vida dessas mulheres guerreiras. (VIANA, 2014).

Tudo isso informa a historicidade de tal acontecimento que, ao ser abordado em pesquisas arqueológicas e etnográficas, devem ser situados em tempos e espaços históricos e sociais específicos. Os estudos revelam ser o ato da parturição, em “sociedades não ocidentais, agrícolas e pré-industriais”, um evento que é vivido solitariamente ou, enquanto responsabili-

dade e atribuição femininas, realizado por um pequeno grupo de mulheres (MARTINS, 2004, p. 67). Tradicionalmente, portanto, o parto era um “assunto de mulheres” e cabia a elas ampararem a gestante na sua hora de parir, dando suporte emocional no momento pré e pós-parto e exercendo um “papel muito mais complexo do que simplesmente aparar o recém-nascido e cortar o cordão umbilical”:

As parteiras não só atuavam no momento do parto, mas providenciavam os preparativos, organizavam o local, cuidavam da alimentação e do vestuário da parturiente, participavam, junto com as outras mulheres, dos preparativos ritualistas, com seus amuletos, ervas e encantamentos, preces, enfim, todos os recursos mágico-religiosos que pudessem auxiliar o parto e afastar os malefícios. Após o parto, as mulheres continuavam prestando seus serviços até que a mulher estivesse em condições de retomar as suas atividades cotidianas. (MARTINS, 2004, p. 69).

A participação dos homens – e dos pais – nos nascimentos é pouco reconhecida ou mencionada na literatura, indicando-se que, a partir da revolução industrial, acentuou-se o seu afastamento da estrutura familiar, prevalecendo os laços econômicos aos emocionais (GARCÊS, 2011).

A questão que se tem, conseqüentemente, é sobre como e por que os homens se tornaram as pessoas autorizadas para atuar, escrever e estabelecer regras para o exercício do parto. As respostas precisam ser contextualizadas em diferentes tempos e espaços históricos. Sabe-se que, no mundo greco-romano, foram as mulheres “mais experientes e qualificadas nas doenças femininas e nos assuntos obstétricos que forneceram informações aos médicos”, de modo que seus conhecimentos práticos foram incorporados por suas teorias. Martins relata que, “ao longo do tempo e pela falta de contato entre médicos e mulheres”, os saberes médicos foram “perdendo o caráter prático, transformando-se num conhecimento teórico e especulativo” (MARTINS, 2004, p.68).

O interesse médico pela reprodução e parto, na sociedade grega e romana, obedecia a uma razão política, visto que “a importância da mulher era medida por sua capacidade em gerar herdeiros saudáveis.” (MARTINS, 2004, p.68). Já no século XIX, a forma explicativa do processo e significado do parto foi substituída pelo modelo médico de assistência. Na perspectiva religiosa, o sofrimento era concebido como penalização pelo pecado original e não se

aceitava qualquer ideia de alívio para a dor. No século XIX, as ciências médicas e biológicas se estabelecem solidamente, em função de sua identificação com os ideais do pensamento científico que são considerados expressões da racionalidade e verdade sobre a evolução humana, social e histórica.

Em tal contexto, o gerenciamento do corpo das mulheres, pela ciência obstétrica, irá oferecer os elementos explicativos para o que é “ser mulher”, com base nos ditames da natureza. Essa estaria revelada em seu corpo, que deveria ser esquadrinhado e conhecido milimetricamente. Nele, os médicos encontraram “explicações” não apenas para a primeira forma como as mulheres devem ser definidas, isto é, como “reprodutoras”, mas também os indícios que explicitariam desvios em sua conduta, moralidade, psiquê, sentimentos e emoções (MARTINS, 2004, p.14-16). Segundo Martins, a ginecologia teve como efeito “racionalizar a sexualidade feminina e transformar seu corpo em um objeto analisável, mensurável e sujeito a diversas práticas de objetivação”. O corpo da mulher foi associado a sua identidade e esta ao desempenho das “funções sagradas de esposa e mãe como um dever sagrado e natural” (MARTINS, 2004, p.68). A obstetrícia, por sua vez,

[...] se constituiu como um saber anatômico, lançando um olhar em profundidade para o interior da pélvis feminina, dissecando o útero, os ovários, as trompas, os músculos, os ossos. Esse conhecimento em profundidade teve um duplo significado, por um lado, definiu a feminilidade como algo visível e localizado na pélvis; por outro, tornou-se uma espécie de conhecimento projetivo a ser utilizado pelo médico no exame clínico. (MARTINS, 2004, p.88-89).

Reivindicando sua competência e supremacia para falar sobre o ofício de partejar, em detrimento das experiências e saberes femininos, a obstetrícia se apresenta com um caráter humanitário e apaziguador do sofrimento e da dor, em um evento que ela classifica como “medonho” e que, conforme afirma, não deveria se subordinar às ideias inverídicas sobre o paraíso (DINIZ, 2005, p. 635).

Diniz (2005) esclarece que o parto foi tratado como patologia, sendo intrínseco a ele o sofrimento, os danos e riscos. Com o uso do armamentário obstétrico (vários tipos de fórceps e outros instrumentos) e da sedação, as mulheres de classe média e elite deram à luz inconscientes,

ainda durante várias décadas do século XX. Todavia, o alto número de morbimortalidade materna e perinatal levou ao abandono de tais práticas. Martins (1987 apud DINIZ, 2005, p.638) explica que, “com o advento de formas mais seguras de anestesia, persistiu o modelo de assistência com a mulher sendo “processada” em várias estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), como em uma linha de montagem.”

Esse cenário desencadeou estratégias facilitadoras para o universo médico. A mulher em trabalho de parto passou a se deitar, para que o médico tivesse uma visão do canal vaginal por onde o bebê sairia. Essa posição, boa para o médico observar, mas ruim e dolorida para a mãe e o bebê, foram automaticamente necessitando de outros procedimentos, como uso de fórceps e corte da vulva e vagina, como rotina e desnecessariamente (episiotomia e a episiorrafia), medicações e tantas outras práticas hoje reconhecidas como desnecessárias e violentas.

Tais procedimentos costumam ser ensinados nos próprios cursos de graduação em Medicina, de modo que muitos estudantes acreditam ser o único caminho possível para realização de um parto normal. Anos após anos de condutas enraizadas, somadas à ideia de dor do parto enquanto sofrimento inevitável e necessário, levaram médicos e gestantes a acreditarem que estariam se “livrando” de algum problema, se marcassem a hora e o dia para o bebê nascer, utilizando anestésias para a mãe não sentir dor. Assim, muitos partos vaginais podem sofrer tantas ou mais interferências desnecessárias quanto as grandes cirurgias abdominais agendadas.

Ao se marcar a hora e o dia do parto, os médicos não são interrompidos em seus compromissos particulares, nem sofrem perdas econômicas diante das inúmeras horas que o trabalho de parto solicita. Nem os hospitais gastam com gazes, toalhas e a ocupação de um quarto ou sala por longas horas. Em contraposição, numa cirurgia com hora marcada, o centro hospitalar movimenta anestésistas, enfermeiras, medicamentos, disponibilizando o centro cirúrgico em meia hora para a próxima gestante. Tudo cronometrado, organizado e sem surpresas. Desse modo, as próprias gestantes acreditam ser esta a melhor opção.

O Brasil é um dos países recordistas no número de partos através de cirurgias abdominais, de maneira que Diniz (2005, p.635) afirma:

a obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática. Nossos obstetras seriam mais humanos que os obstetras das outras: se o parto é um evento medonho, um agravo à saúde, por que não simplesmente *preveni-lo*, através da cesárea de rotina? Um parto moderno, indolor, conveniente em horários e datas, racional, sem gemidos, genitais expostos ou destroçados.

As transformações nas práticas do parto envolvem relações de poder que, sob o ponto de vista aqui defendido, não são via de mão única e também não deveriam ser vistas unicamente pelo prisma da “vitimização” das mulheres. As práticas de controle, dominação e resistência atravessam, em múltiplas direções, o relacionamento entre médicos, parturientes e demais profissionais envolvidos, apesar da posição desigual que cada um ocupa. Os relatos de mulheres sobre suas vivências no momento do parto fazem perceber tanto o controle, domínio e desautorização de seus desejos e saberes, exercido por médicos e equipe hospitalar, que, lembremos, é composta por homens e mulheres, como suas próprias ações e resistências, apresentando obstáculos, teimosias, reclamações, relutâncias e empecilhos ao tratamento recebido.

Nesse sentido, tratamos de uma prática social em que as mulheres se encontram em “situação de violência”, e isso nos leva a destacar dois aspectos que são afirmados por Santos e Izumino (2005). O primeiro é sobre a importância em relacionar cada caso e contexto, não apenas a questões de gênero, como também de classe social, raça/etnia e orientação sexual, entre outras categorias socialmente construídas. As autoras lembram que, ao serem atendidas pelas mais diversas instituições, inclusive as da saúde, não é do mesmo modo que são tratadas prostitutas, mulheres negras, mulheres pobres, travestis, brancas de classe média etc. As violências de gênero, portanto, se somam à muitas outras e se manifestam de múltiplas formas. (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Além disso, sublinham a necessidade de observar com mais atenção o conceito de gênero, tal como é proposto por Joan Scott (1990), sublinhando que gênero é um campo relacional, onde o poder é articulado, de sorte que defendem uma abordagem da violência contra as mulheres

como uma relação de poder, entendendo-se o poder não de forma absoluta e estática, exercido via de regra pelo homem sobre a mulher, como quer-nos fazer crer a abordagem da dominação patriarcal, senão de forma dinâmica e relacional, exercido tanto por homens como mulheres, ainda que de forma desigual. (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Tudo isso nos faz observar que as relações aqui discutidas são sempre atravessadas por tensões e contradições. É relevante destacar os avanços científicos e tecnológicos utilizados nos procedimentos médicos e cirúrgicos se desenvolvem cada vez mais, ocasionando benefícios no âmbito da saúde reprodutiva das mulheres. Por outro lado, porém, essas mesmas práticas têm sido adotadas indiscriminadamente e produzido agressões à integridade das mulheres e à sua liberdade de ação e decisão naquilo que diz respeito ao seu corpo, sentimentos, saberes e desejos, em um momento extremamente importante de suas vidas, o qual, segundo Peterson, “não é um evento neutro - ele tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa e, por sua intensidade, pode ajudar na reformulação da identidade da mulher.” (SANTOS; IZUMINO, 1996, apud LOPES et al., 2005, p. 247).

Critica-se a atribuição de legitimidade apenas aos saberes e práticas médicas e da enfermagem, em detrimento dos saberes e das escolhas das mulheres em torno do parto. Essas são sutilmente induzidas a “optarem” por determinadas práticas e procedimentos da Medicina (desnecessários, na maioria das vezes), impossibilitando que seus corpos vivenciem em toda a sua plenitude o nascimento de seu filho (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

Apesar do crescimento das organizações de mulheres pelo direito a um parto mais humano, poucas são as que conseguem, de fato, lutar por seus corpos e ter seus filhos de maneira natural. O longo percurso de parto vaginal hospitalar, recheado de invasões físicas desnecessárias, além dos danos morais e emocionais, as desencorajam. Além disso, costumam estar à mercê de mitos ou ideias bastante discutíveis em torno do mesmo: alargamento da vagina, dor insuportável etc.

Tal violência, a qual pode ocorrer durante o período de gestação, no parto ou no atendimento em situações de abortamento, está identificada, na maioria das vezes,

na apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade. (SÃO PAULO, 2013).

Muitas mulheres relatam a escuta de piadas quanto ao barulho do trabalho de parto, em relação ao cheiro e aos líquidos; que permaneceram amarradas, abandonadas, sem a presença de seu parceiro; de sofrerem cortes, de lhes serem administrados medicamentos sem a sua compreensão sobre a necessidade e sobre os seus efeitos. Essas interferências provocam traumas irreversíveis e são comparadas por muitas mulheres às violências de abusos sexuais. Os relatos afirmam que esse cenário propiciou o grande aumento de cesáreas eletivas, agendadas com muita antecedência. São citadas as práticas de violência verbal, física e emocional, desde negligências até abusos sexuais, de modo que as mais recorrentes são: toques abusivos, exposição física, banalização da dor, violência verbais e humilhação, corte da vulva e vagina, uso abusivo de ocitócitos para induzir o parto, a manobra de Kristeller, entre outras. Na forma de agressões verbais, as parturientes ouvem expressões como: “na hora de fazer não doeu, não gritou”; “grita agora, mas no ano que vem está aqui de novo”, “se gritar, seu filho vai nascer com o problema ‘X’”.

É na tentativa de se resguardar a integridade física, o direito ao próprio corpo, o nascer com respeito e o caráter fisiológico do nascimento, que o conceito de “parto humanizado” é retomado, na atualidade.² De modo geral, ele pode ser entendido como aquele que

a partir de uma série de procedimentos e atitudes, procura garantir à mulher a preservação de seus direitos para um nascimento o mais natural possível. Essa busca pela humanização do parto exige das mulheres um entendimento do parto como sendo um evento natural da vida reprodutiva, um processo fisiológico onde o corpo, na quase totalidade das vezes, responde ao momento adequado para o nascimento. Os direitos e desejos da mulher são respeitados e acontece um amparo emocional, encorajamento e estratégias de diminuição da dor. (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002, p. 133).

² Segundo Diniz (2005, p. 628), o termo “humanização” na assistência ao parto já era empregado no início do século XX, no Brasil, no sentido do emprego do uso de fórceps e da narcose.

Diniz (2005), entretanto, esclarece que as recentes configurações do termo “humanização”, na assistência ao parto, congregam múltiplas interpretações, as quais foram antecedidas por experiências sócio-históricas diversas, que, a partir da segunda metade do século XX, apontavam nessa direção. Em tal contexto, o papel das mulheres e do movimento feminista foi de notável importância, pois, conforme relata:

[o] feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma, no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos. (CLADEM, 1998; RNFSDR, 2002 apud DINIZ, 2005, p. 329).

Atualmente, as propostas de assistência humanizada ao parto têm se caracterizado enquanto

propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens *baseadas em evidências* científicas e as *baseadas em direitos*, entre outras, são utilizadas como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. *Humanização* é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. (DINIZ, 2005, p.635).

Para que o parto humanizado aconteça dentro do atual cenário hospitalar, faz-se necessária a ação de uma equipe que, através de uma formação ética e em saúde bem informada, se posicione em relação ao seu valor, ao sentido que lhe atribui e o viabilize. No Brasil, e em diferentes partes do mundo, persiste a cultura do médico obstetra como principal figura do momento do parto, de sorte que grande parte das mulheres acredita que é imprescindível fazer todo o acompanhamento da gravidez com o mesmo profissional que fará o parto. A falta de um obstetra, no momento do nascimento, causa extrema insegurança ou pânico. Tal assistência nem sempre é possível no sistema público de saúde e nem garantida no sistema da maioria dos planos de saúde particulares, visto que não ofertam condições financeiras para que o médico abandone seu consultório repleto de pacientes para dispor das horas que demandam um trabalho de parto. Esse

fato é corroborado pelos índices de cesarianas nas redes privadas brasileiras, que, segundo dados oficiais, são superiores a 80%, taxa sem precedentes em qualquer outro lugar do mundo (DIAS, 2011).

Com tal funcionamento do sistema médico-hospitalar do nascimento, a cada dia mais se evidencia como fundamental a presença das doulas, a fim de garantir e preservar os direitos da mulher. Estas são mulheres que estudaram sobre nascimento, parto e sociedade e fazem o acompanhamento desde o pré-parto, atuando no suporte emocional à gestante e oferecendo uma garantia, frente à instituição hospitalar, de que seus direitos e vontade serão respeitados. Elas não são autorizadas a administrar nenhum tipo de medicamento, e várias delas trabalham em parceria com obstetras, servindo até mesmo como uma espécie de triagem para saber a hora de chamar o médico e garantir que o hospital irá respeitar a privacidade da gestante.

Muitas casas de parto já contam, igualmente, com a presença de “obstettrizes”, pessoas habilitadas para acompanhar o parto, sendo apenas solicitado o médico obstetra em caso de alguma intercorrência no caso. Em tais situações, preconiza-se o papel de protagonista para a mulher, a qual também se responsabiliza pelo nascimento de seu filho, sem que o importante papel do médico seja desconsiderado. Certamente, ele deve participar ativamente, sempre que sua intervenção se fizer necessária. Temos, portanto, que, para se garantir o papel de sujeito de seu corpo e de seu parto, é preciso que sejam garantidos os devidos direitos às mulheres: que elas possam ter acesso a todos os tipos de saberes que envolvem o seu corpo e fisiologia, a gestação e o parto. Trata-se de uma significativa inversão dos papéis, em que passam de coadjuvantes a protagonistas, nesse processo.

Indubitavelmente, o exercício da cidadania em tal âmbito da vida tem como base o conhecimento, formação e informação sobre os aspectos biológicos, sócio-históricos e culturais envolvidos na reprodução humana, bem como sobre os direitos reprodutivos daí decorrentes. Médico e gestante precisam dialogar, para que se estabeleçam, com clareza, quais critérios serão utilizados para a tomada de decisão por um ou outro tipo de parto, baseando-se nos benefícios e prejuízos possíveis que cada um pode comportar. Isso corresponde a um exercício digno da Medicina e dos profissionais da saúde que se percebem envolvidos com uma pessoa que merece ser tratada com respeito e cuidado, quanto a intervenções em seu próprio corpo e suas consequências.

Para tomar decisões, as mulheres devem elaborar seus saberes, entrando em contato com os conhecimentos históricos e culturais sobre a questão, assim como com os de pessoas especializadas no assunto, tais como os médicos e demais profissionais que as acolhem e acompanham no parto.

O parto humanizado também envolve o direito de o recém-nascido sofrer o mínimo de interferências possíveis. Assim como as violências sofridas pelas mulheres no momento do trabalho de parto, os bebês, logo que nascem, são submetidos a uma série de procedimentos que, na maioria das vezes, são inúteis ou passíveis de espera. As providências devem ser observadas em tal situação são: o direito à amamentação na primeira hora de vida, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, tendo em vista diminuir as chances de desmame precoce; a espera que o cordão umbilical pare de pulsar antes de ser cortado, a não separação do recém-nascido de sua mãe, possibilitando que se aqueça no calor de seu colo. Apesar de haver um debate que se avança no tratamento da humanização referida ao tratamento do bebê, durante e após o parto, aqui foram mencionados apenas alguns recursos simples, mas pouco reconhecidos como fundamentais.

Uma visão humanizada da equipe que atende o parto garante procedimentos razoáveis, inclusive em uma real possibilidade de cesárea de emergência. Essa busca da mulher pelo reconhecimento e respeito de seus direitos permite que, mesmo quando surge a necessidade de uma intervenção cirúrgica, a gestante e o bebê possam ser amparados.

Como o Brasil se tornou um país recordista em número de cesáreas, no que chegou a ser considerado um quadro de epidemia, não apenas mães, mas todos os órgãos responsáveis pelo atendimento à saúde da população passaram a se mobilizar. Casas de parto começam a ser instaladas, especialmente em São Paulo e grandes cidades, mesmo que ainda não sejam encontradas em todo o Brasil, de modo que mesmo o SUS – Sistema Único de Saúde – se mostra interessado na criação de Casas de Parto com visão humanizada.³ Porém, a cultura do parto hospitalar ainda

³ Recentemente, foi aprovado um projeto de lei que prevê parto humanizado nas unidades do Sistema Único de Saúde. Ainda em processo de implantação, se aprovada, a medida que altera a Lei Orgânica da Saúde contará com profissionais e estabelecimentos da área de saúde mantidos pelo governo, os quais irão oferecer um tratamento diferenciado a gestantes e recém-nascidos, de modo que a ideia será considerar e respeitar as necessidades e escolhas das mulheres, bem como o atendimento ao bebê (GONÇALVES, 2013).

faz sobrar vagas nesses estabelecimentos, em detrimento da cesárea agendada (BALOGH, 2013).

As decisões sobre a necessidade do parto normal ou de outro tipo de intervenção é algo que exige cuidadosa atenção e preparo para lidar com escolhas e posições diversas. A fim de que as mulheres possam avaliar e reconhecer qualquer forma de tratamento violento e coercitivo, assim como os seus direitos, é necessário que tenham acesso a discussões e conhecimentos mais aprofundados sobre o assunto. Para isso, é imprescindível um trabalho com o tema desde a adolescência, quando tantas jovens já engravidam. Em contrapartida, para que haja perspectivas de ocorrer uma maior reflexão acerca dos direitos reprodutivos, é essencial que sejam acionados os vários saberes e instituições capazes de incitar o debate em torno da questão.

Evidentemente, a Medicina é uma das instituições que precisa se envolver diretamente no debate e, em especial, os médicos obstetras. Paralelamente, as políticas públicas em educação e as instituições educacionais escolares, ou não, devem se organizar para promover a formação em sexualidade, considerando não apenas os seus deveres e responsabilidades, como também os seus direitos, no âmbito da reprodução. Espera-se que a sala de aula e os espaços educativos em geral possam se tornar um dos pontos de passagem para se chegar às descobertas e saberes que envolvem dimensões tão fundamentais da vida humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até este momento, é evidente a ausência desses temas nos currículos voltados à formação em sexualidade dos jovens, sendo que grande parte das orientações dirigidas a esse público se pauta na ideia da não procriação como norma.

Observa-se pouca correspondência entre os discursos que identificam os jovens enquanto “sujeitos de direito”, agentes e protagonistas, capazes de participar das decisões a propósito das questões que impactam em suas vidas e o tratamento que recebem, ao serem concebidos como “imaturos”, “em desenvolvimento”, “em fase de vida problemática”, “inconsequentes” etc. As decisões e intervenções sobre suas vidas raramente consideram válidos os seus projetos e “autorizam” os seus pontos de vista,

valores, aspirações, dúvidas, opiniões e sentimentos em relação ao que vivem. As práticas de intervenção em saúde e as medidas socioeducativas a eles destinadas são atravessadas por forte tom prescritivo e, certamente, não por acaso ou descuido, existe um forte descompasso entre o que se diz e o que se faz, no que concerne à promoção da autonomia dos jovens para o exercício da vida cívica, em todos os seus sentidos.

Como parece que toda orientação é no sentido de que os jovens não procriem, igualmente não se orienta (seja para o presente, seja para o futuro) para o caso de ocorrer a gravidez. Desconsidera-se que ela pode ser também desejada ou valorizada por esses jovens, enquanto parte de seus processos de construção de autoestima e realização pessoal, tal como vem sendo verificado em algumas pesquisas

Calazans (2005), por meio da análise dos dados de uma pesquisa nacional, constatou que 10% dos jovens entrevistados referiram ter planejado seus primeiros filhos; assim, a autora ressalta a importância de investigar os significados atribuídos à vivência da gravidez e maternidade, no período da juventude, no sentido de compreender em que medida, e em quais contextos, a maternidade se configura como um projeto de vida legítimo para os jovens.

Enquanto isso, o principal alvo dos programas de educação em sexualidade continua voltado para o tratamento dos métodos contraceptivos e de proteção à saúde sexual, pouco se falando sobre os saberes relativos aos direitos atinentes à reprodução. Isso impede que os jovens tenham uma formação que os prepare para tomar decisões responsáveis e exigir um tratamento digno e respeitoso, em suas possíveis experiências com a gravidez, a gestação, o parto e o exercício da maternidade e paternidade. Há muito o que se fazer, portanto, a fim de que eles recusem quaisquer das formas de violência física, emocional e moral a que podem vir a ser submetidos.

Tomar o parto humanizado e a violência obstétrica enquanto temas educacionais relevantes, os quais fazem parte da formação sobre os direitos reprodutivos dos jovens, implica partir de uma visão ampla e positiva da vivência da sexualidade juvenil, englobando aspectos diretamente relacionados aos desejos, sonhos e prazeres dos sujeitos, o que exige o cumprimento de seu direito a formação e informação sobre tais assuntos.

Trata-se de compreender os jovens como sujeitos capazes de realizar escolhas sobre temas da sexualidade, de acordo com suas necessidades e trajetórias afetivas. Ao se livrar de ideias cujo teor é meramente desclassificatório em relação à vida juvenil, de sorte a ir além do entendimento da reprodução entre jovens enquanto um evento problemático, Heilborn lembra que no exercício da sexualidade juvenil pode estar presente a vontade de procriar enquanto uma satisfação do desejo diretamente associado à construção de um estatuto social, ou até mesmo de um gesto que fortalece e alicerça uma relação afetiva. Completa, afirmando que “tais significados não são excludentes, podendo haver um constante ajuste dos sujeitos em função do momento da trajetória biográfica.” (HEILBORN, 2012, p.64).

Embora os conceitos de relacionamento erótico afetivo, maternidade, gravidez e parto não possam ser confundidos, visto que expressam realidades diferentes, sem dúvida, acabam se entrecruzando, quando se trata de pensar o contexto em que cada um acontece. É nesse sentido que cremos deva ser redimensionado o alcance da formação prevista para a educação em sexualidade dos jovens, propiciando-lhes o acesso aos estudos que problematizam tanto as idealizações de amor romântico (COSTA, 1998; TORRES, 2007; FELIPE; FERREIRA, 2011), como as de “amor materno” (BADINTER, 1985; TORRES, 2007).

Investigações e movimentos sociais mais recentes vêm crescendo, no sentido de denunciar o papel de objeto vivido pelas mulheres, quando se trata de decidir quem tem direito a gerir o governo de seu corpo: o modo como ele é visto, tratado, abordado, cuidado, violentado, valorizado ou não. Tudo isso está relacionado com várias situações da vida das mulheres, embora o enfoque pretendido neste artigo tenha sido a abordagem de seu corpo enquanto aquele que gesta e dá à luz uma criança.

Enfim, esperamos ter contribuído para a elucidação da relevância do comprometimento do trabalho escolar com tais problemáticas, tendo em vista a necessidade em garantir os meios necessários para os jovens alcançarem seu bem-estar sexual e reprodutivo. Trata-se, sobretudo, de encontrar formas de enfrentamento de redução das violações à autonomia pessoal, à integridade física e psicológica de que são alvo indivíduos e coletividades.

A educação em sexualidade e para a vida reprodutiva supõe o direito à formação e informações necessárias ao livre exercício para fazer escolhas responsáveis e participar nas decisões as quais envolvem a intervenção de outros sobre a saúde e o próprio corpo.

Defendemos que a temática da violência obstétrica e as discussões sobre o parto humanizado façam parte dos processos educativos, posto que a escola é compreendida como um local que contribui ativamente para a construção de subjetividades e identidades sociais. Com todas as suas contradições, ela é um lugar possível e potencialmente capaz de legitimar ou questionar as desigualdades e violências que organizam a vida social.

REFERÊNCIAS

- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALOGH, G. Cultura cesarista faz sobrar vagas em casas de parto. *Folha de S. Paulo*, 26 set. 2013. Disponível em: <<http://maternar.blogfolha.uol.com.br/2013/09/26/cultura-cesarista-faz-sobrar-vagas-em-casas-de-parto/>>. Acesso em: 29 set. 2013.
- BARBOSA, D. C. *Processos educativos entre jovens na construção de uma cartilha educativa sobre direitos sexuais e reprodutivos*. 2008. 162f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 19 set. 2013.
- CABRAL, C. S.; HEILBORN, M. L. Educação integral em sexualidade dos jovens: da Conferência do Cairo aos dias atuais. In: Trabalho. *Rumos para Cairo +20: compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Oficinas de trabalho. Brasília: Cidade Gráfica, v.1, 2010. p. 107.
- CALAZANS, G. Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para a reflexão. In: ABRAMO, H.W.; BRANCO, P.P.M. (Org.). *Retratos da juventude brasileira : análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 215-241.

- COSTA, J. F. *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- DIAS, M. A. B. Resenha: humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Maia M.B. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1041-1044, maio 2011.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos do movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 627-637, jul./set. 2005.
- FELIPE, J.; FERREIRA, S. Literatura infantil e relações de gênero: o tema do amor romântico. *Textura*, Canoas, n.24, p.37-51 jul./dez. 2011.
- GAMA, A. S.et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/17.pdf>> Acesso em: 27 out. 2013.
- GARCÊS, M. M. F. *Vivências da figura paterna no trabalho de parto e nascimento no processo de transição para a parentalidade*. 2011.128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2011.
- GONÇALVES, C. Senado aprova projeto que prevê parto humanizado pelo SUS. *Agência Brasil*. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-09-25/senado-aprova-projeto-que-preve-parto-humanizado-pelo-sus>> Acesso em: 27 set. 2013.
- HEILBORN, M. L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.57-68, 2012.
- HEILBORN, M. L. et al. (Org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006.
- LOPES, R. C. S. et al. Antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v, 18, n. 2, p. 247-254, 2005.
- MARTINS, A. P. V. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MOREIRA, M. F. S.; TORRES, T. L.M.; COLETO, M. G. Direitos reprodutivos e educação: abordagens, reflexões e pesquisas. In: RIBEIRO, A.I.M.; PRADO, V. M. (Org.). *Falando sobre gênero e sexualidades na educação: vamos nos permitir?* Curitiba: CRV, 2013. p. 59-72.

OLIVEIRA Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M.F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 36, n. 2, p. 133-40, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v36n2/v36n2a04.pdf>. Acesso em: 27 set. 2013.

REZENDE J. M. À sombra do plátano. São Paulo: UNIFESPE, 2009. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/juliocesar.htm>. Acesso em: 27 set. 2013.

SANTOS, C. MacD.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Revista Estudos Interdisciplinares de America Latina y El Caribe*, Israel: Universidade de Tel Aviv, v.16. n.1, p.147-164, 2005.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. *Violência obstétrica: você sabe o que é?* São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social e assessoria de imprensa da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2013.

SCAVONE, L. *Dar e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.

TONELLI, M. J. F. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. *Psicologia & Sociedade*, v.16, n. 1, p. 151-160, 2004.

TORRES, T. L. M.; MOREIRA, M. F. S. Sexualidade juvenil e abordagens de educação voltada à sexualidade no Brasil. In: AYALA, E. S.; JIMÉNEZ, A. J. G.; CALA, V. C. (Org.). *Retos actuales de educación y salud transcultural*. Almería, Espanha: Editorial Universidad de Almería, 2014. p. 458-468.

_____. *Trajetórias afetivo-sexuais entre jovens do ensino médio: implicações dos sentidos de amor e maternidade*. 2007. 149f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciência e Tecnologia – UNESP, Presidente Prudente, 2007.

VENTURA, M. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Fundação Mac Arthur, 2009. Disponível em: <<http://www.generoracaetnia.org.br/publicacoes/Direitos%20Reprodutivos%20no%20Brasil%203%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2011.

VIANA, P. Grupo Curumim, maio 2014. Disponível em: <<http://parteirastradicionais.wordpress.com>>. Acesso em: 1 jul.2014.

VIANNA, A.; LACERDA, P. *Direitos e políticas sociais no Brasil: mapeamento e diagnóstico*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.