

FACULDADE LATINO AMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO

NATHALIA FERNANDA GONÇALVES DOS SANTOS DRUMOND

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A OBJETIFICAÇÃO DO CORPO DA MULHER

BELO HORIZONTE
2021

Nathalia Fernanda Gonçalves dos Santos Drumond

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A OBJETIFICAÇÃO DO CORPO DA MULHER

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais e Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Orientador/a: Profa. Ma. Iasmim de Araújo Vieira

Belo Horizonte

2021

DRUMOND, Nathalia Fernanda Gonçalves dos Santos

A violência obstétrica e a objetificação do corpo da mulher /
Nathalia Fernanda Gonçalves dos Santos Drumond. Belo
Horizonte, FLACSO/FPA, 2021.

101 p.

Dissertação (Magíster En Estado, Gobierno y Políticas Públicas),
Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais, Fundação
Perseu Abramo, Maestria Estado, Gobierno y Políticas Públicas,
2021.

Orientadora: Iasmin de Araujo Vieira

Nathalia Fernanda Gonçalves dos Santos Drumond

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A
OBJETIFICAÇÃO DO CORPO DA
MULHER

Dissertação apresentada ao curso Maestría Estado, Gobierno y Políticas Públicas, Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Magíster en Estado, Gobierno y Políticas Públicas.

Aprovada em de 26 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Iasmim de Araujo Vieira (Orientadora)
FLACSO Brasil/FPA

Profa. Dra. Júlia de Souza Abdalla
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Profa. Dra. Elaine Maurício Bezerra
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Dedico este trabalho às mulheres da minha vida, minha mãe Maria, minha irmã Renata e à Laura, minha filha, que a cada minuto me fazem refletir sobre a importância do amor e da alteridade. A vocês, todo meu amor, admiração e gratidão.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora Iasmim de Araújo Vieira, que com sororidade, compreensão, carinho e sabedoria me guiou ao entendimento para a confecção, desenvolvimento e conclusão desta pesquisa. Não poderia ter tido mais sorte em ter você como companheira nesta jornada. A você, toda minha admiração, gratidão, carinho e amizade.

À minha mãe, Maria José Gonçalves, mulher forte, guerreira e mãe no sentido mais sublime e verdadeiro da palavra. Graças a você presenciei e guardei o que é o sentimento de aguerrimento que nós, mulheres, precisamos ter sempre presente e aprendi como a maternidade é poderosa, intensa e ao mesmo tempo delicada. Obrigada por ser a melhor mãe do mundo duas vezes. Eu e Laura somos muito felizes por isto.

À minha irmã, Renata Daniele Gonçalves dos Santos, minha inspiração, companheira de todos os momentos, amiga inseparável e grande incentivadora. Sem você para me dar a mão nos momentos difíceis eu não chegaria tão longe. Você é um dos maiores motivos de eu não ter desistido. Muito obrigada por ser sempre minha fada madrinha.

Ao meu pai, Renato José dos Santos, meu grande exemplo de perseverança, confiança e luta. Por meio de seus ensinamentos aprendi que o estudo é o caminho certo para criarmos bases fortes para lutar contra as desigualdades e buscarmos justiça social.

À meu esposo, amigo, companheiro e incentivador, Cristiano Drumond Amorim Gonçalves dos Santos, que desde o início da minha jornada em busca pela formação está comigo me ensinando, me dando colo nos momentos difíceis, me erguendo para não desistir e compartilhando comigo cada pequena vitória e desafio apresentado nesta caminhada. Obrigada por dividir comigo as dores e os amores que vieram de nossas gestações. Sem você ao meu lado certamente eu não teria conseguido.

À minha filha, Laura Gonçalves Drumond, que mesmo pequenina para entender as complexidades da vida, já possui a grandiosidade da empatia e amor pelo próximo, que nas noites longas de muito trabalho e estudo sempre me incentivou, amou, cuidou e alegrou. Meu amor por você é indescritível sou grata todos os dias pelo privilégio de senti-lo. Te amo mais que tudo no multiverso.

À (ao) minha filha (o) que não tive o privilégio de conhecer que, apesar de toda a violência que passamos juntas (os), sou grata pelo privilégio de ter sido a sua mãe, mesmo que por apenas cinco meses gestacionais. Por meio de nossa história pude me fortalecer ainda mais para lutar pelo fim da violência obstétrica e para levar conscientização e conhecimento desta causa para ainda mais mulheres. Obrigada por ter me escolhido.

À minha cunhada, Ludmila Drumond Amorim, e ao meu cunhado, Rafael Teixeira Giorni, agradeço por todo apoio, por me ouvirem e debaterem comigo sobre minhas experiências, dúvidas e pesquisas., por trilharem comigo todo o caminho em busca da verdade e da justiça. Vocês são parte importante nas minhas conquistas. Obrigada por todo amor e amizade.

Aos meus amigos, Paula Karoline da Cruz Meireles e Osmo Simão da Cruz Meireles, por me apoiar, escutar, acolher e incentivar a buscar sempre pela melhor versão de mim mesma. Nos momentos de adversidade vocês foram essenciais. Obrigada por tudo.

Ao meu amigo, Marcos Antônio da Costa, ao qual chegam a me faltar palavras para descrever. Sou eternamente grata por nossa amizade, esta iniciada em nossa trajetória acadêmica e consolidada na vida. Durante todo o caminho tortuoso na busca pela realização deste e de outros sonhos você esteve comigo, me acompanhando e lado a lado lutando comigo. Jamais conseguirei lhe agradecer propriamente por estar literalmente ao meu lado na luta contra a depressão, me acompanhando em consultas, me dando puxões de orelha e colo para chorar. Sem sua amizade certamente não concluiria esta pesquisa. Muito obrigada por tudo.

À minha parceira de luta acadêmica, meu orgulho e inspiração, minha amiga, Stace Liz Carneiro, tenho certeza que este é apenas mais um dos caminhos que trilharemos juntas. Graças a você esta conquista está sendo possível. Muito obrigada por nunca desistir de mim, não me deixar desistir e me mostrar sempre que mesmo que a caminhada seja dura, se mantivermos a cabeça erguida, bons amigos ao nosso lado e a fé tudo é possível. Obrigada por me orientar, me dar aulas, me ouvir e lutar comigo mais esta jornada que certamente não seria tão especial se não tivesse você ao meu lado.

À minha amiga, Tarciana Cotrim Alvarenga, que mesmo sabendo de nossos desafios diários e das dificuldades que se apresentam sempre de surpresa se sacrificou para que eu realizasse o sonho de me tornar mestre. Jamais me

esquecerei deste voto de confiança em minha capacidade e desta amizade tão maravilhosa pela qual sou imensamente grata. Você é a razão pela qual consegui finalizar esta pesquisa, muito obrigada.

À minha amiga, Marcelle Santos, mulher guerreira que tanto me incentivou e ajudou nesta pesquisa. Você é um exemplo de dedicação, amor e luta para mim. Obrigada.

À Carol Travassos, mulher guerreira e que luta pela causa do parto respeitoso e pelo fim da violência obstétrica. Obrigada por todo material que me auxiliou na pesquisa.

À Pamela Pitaya, guerreira na luta contra a violência obstétrica e doula, minha gratidão pelo auxílio e materiais que me enviou para esta pesquisa.

À Dra. Bárbara e ao Dr. Leônidas, profissionais humanos, empáticos e éticos. Vocês foram essenciais para que eu conseguisse me encontrar para seguir com meus projetos. Sou eternamente grata pelo auxílio e direcionamento de vocês.

À todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram com esta conquista, meu muito obrigada! Amo muito todos vocês!

RESUMO

Esta pesquisa busca estudar e compreender como a violência obstétrica sofrida pelas mulheres brasileiras no âmbito hospitalar tem suas raízes atreladas ao machismo estrutural entranhado no Estado e na coisificação histórica do corpo da mulher, em especial durante a gestação, parto e puerpério. O estudo foi desenvolvido com base em documentos públicos e privados, documentários, revisão bibliográfica e de materiais cedidos por redes da sociedade civil. A análise está estruturada nos relatos de mulheres que sofreram esta espécie de violência e/ou suas experiências no contato com ações voltadas para a humanização do parto, prevenção e combate à violência obstétrica, seja por meio de políticas públicas estatais ou com o auxílio e acompanhamento de redes de apoio formadas pela sociedade civil. Trazemos na pesquisa a conceitualização do que é, como se dá e quais as consequências da violência obstétrica, a relevância dos direitos sexuais e reprodutivos na saúde da mulher, bem como a ideia de como esta espécie de violência está diretamente atrelada ao machismo cultural enraizado na sociedade. Os dados foram coletados e analisados de forma qualitativa através de documentos e histórias para se chegar no resultado proposto por esta pesquisa, qual seja; entender como estas práticas de violência se perpetuam no tempo e quais suas consequências na disseminação da cultura de objetificação do corpo da mulher.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos. Humanização. Objetificação. Parto. Violência Obstétrica.

ABSTRACT

This research seeks to study and understand how the obstetric violence suffered by Brazilian women in the hospital environment has its roots linked to the structural machismo ingrained in the State and in the historical objectification of the woman's body, especially during pregnancy, childbirth and the puerperium. The study was developed based on public and private documents, documentaries, literature review and materials provided by civil society networks. The analysis is structured on the reports of women who suffered this kind of violence and/or their experiences in contact with actions aimed at the humanization of childbirth, prevention and combat against obstetric violence, either through state public policies or with the help and monitoring support networks formed by civil society. We bring in the research the conceptualization of what it is, how it happens and what are the consequences of obstetric violence, the relevance of sexual and reproductive rights in women's health, as well as the idea of how this kind of violence is directly linked to the cultural machismo rooted in society. Data were collected and analyzed qualitatively through documents and stories to arrive at the result proposed by this research, namely; understand how these practices of violence are perpetuated over time and what their consequences are in the dissemination of the culture of objectification of the woman's body.

Keywords: Childbirth. Humanization. Objectification. Obstetric violence. Sexual and reproductive rights.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma breve análise histórica	16
CAPÍTULO III - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: a naturalização da violência contra a mulher	21
3.1 Violência Física: O mercado da cesárea e o “ponto do marido”: Violação de cicatrizes dolorosamente visíveis	23
3.2 Violência Psicológica e Emocional: Relatos da violência obstétrica	30
3.3 O Parto traumático: A velada solidão materna	33
3.4 Dossiê: <i>Parirás com dor</i>	34
3.5 A visão hegemônica dos profissionais de saúde	41
3.6 Direito à saúde e direitos sexuais e reprodutivos	51
CAPÍTULO IV - AS POLÍTICAS PÚBLICAS E INICIATIVAS DA SOCIEDADE CIVIL VOLTADAS PARA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVAS	60
4.1 Os números da violência obstétrica	60
4.2 Programa de humanização do parto e nascimento	68
4.3 Rede cegonha	71
4.4 Rede parto do princípio.....	77
4.5 Rede de humanização do parto e nascimento	79
CAPÍTULO V - GÊNERO, VIOLÊNCIA E OBJETIFICAÇÃO DO CORPO DA MULHER	85
CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	97

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Como mulher, acredito que a maioria de nós já se sentiu em algum momento da vida objetificada, anulada, reduzida e invisibilizada. O constructo social trouxe até mim meu objeto de pesquisa e luta por meio do empirismo. Foi vivendo na pele a dor de ser violentada que me uni a tantas outras mulheres na luta contra a violência obstétrica.

Foi durante minhas gestações que presenciei e vivi junto de tantas outras mulheres os malefícios do machismo estrutural que possui raízes profundas na estrutura social. Vi e ouvi todo tipo de violência ser cometida. Frases como “cala a boca! Na hora de dar você não estava gritando desse jeito” foi uma das mais leves que presenciei serem ditas a mulheres que estavam com muita dor.

Não só isso. Vi mulheres serem levadas ao extremo da dor física, porque “essa coisa vai ter que sair. Você já está com 10 cm de dilatação, deixa de ser fresca”. Vi mulheres desmaiarem de dor e não terem a oportunidade de ver seus filhos nascerem por estarem desacordadas.

Mas o que mais me chamou a atenção sempre foi a usurpação do direito ao próprio corpo em razão ao que sofríamos naquele momento. Sempre que surgia uma dúvida, um medo, uma hesitação, escutávamos “o médico (a) sou eu, sei o que estou fazendo, vai ser assim e pronto”.

Eu mesma fui levada ao extremo da dor física, psicológica e emocional. Fui submetida a procedimentos invasivos sem autorização, fui humilhada, desrespeitada e invadida em um momento em que o sentido de vulnerabilidade era mais claro e assustador para mim.

Estes tipos de situações me levaram a refletir sobre os porquês de tanta violência, levando à esta pesquisa que vem sendo desenvolvida desde minha caminhada nos corredores da faculdade de direito. Este trabalho carrega a história de diversas Nathalias, Marias, Joanas e Paulas. Mostra como a história social pautada no patriarcado nos anula enquanto mulheres, invisibiliza nossa essência e objetifica nossos corpos.

Buscando instigar os debates do que vem a ser esta espécie de violência, como preveni-la, qual o papel e responsabilidade do Estado, como a violência de gênero e o modelo tradicionalmente machista contribuíram para a objetificação dos corpos femininos, os caminhos metodológicos desta pesquisa foram baseados

em textos científicos sobre o tema, utilização de dados quantitativos secundários de conversas e entrevistas com doulas, grupos de apoio e grupos atuantes na sociedade civil que tratam do assunto, além da coleta de dados oficiais junto ao Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e ONGs (Organizações Não Governamentais) que atuam no combate a esta espécie de violência.

Esta pesquisa busca de forma geral entender como esta espécie de violência está essencialmente e historicamente atrelada a violência de gênero e, conseqüentemente, à disseminação da cultura de objetificação dos corpos femininos. Para tal, buscamos analisar o porquê destas práticas de violência ocorrerem; como estas se perpetuam no tempo, e quais suas conseqüências na disseminação da cultura de objetificação da mulher. Para tanto, se vale de análises de documentos e números oficiais, exame de artigos científicos voltados para o tema e de investigação de casos ocorridos em hospitais tanto da rede pública de saúde quanto da rede particular no Brasil, além de levar em consideração experiência pessoal vivida por esta pesquisadora.

Os capítulos foram desenvolvidos de forma a buscar responder às seguintes questões: O que é a violência obstétrica? Como se dá a legitimação do status de vítimas a estas mulheres? Como esta espécie de violência se configura e quais os resultados trazidos por esta? O que são as ações de combate a violência obstétrica, sua importância e papel na conscientização, combate e busca pela erradicação desta espécie de violência? Quais são as políticas públicas e quais são as redes de sociedade civil por trás da luta contra a Violência Obstétrica? Qual a visão dos profissionais de saúde? Qual a visão das vítimas? E por fim, qual o papel dessa objetificação para a disseminação da cultura da violência contra a mulher?

Todo este percurso foi desenvolvido por meio de pesquisa qualitativa e uso de dados secundários. Sua justificativa está pautada na relevância social do tema, na latente urgência de debates científicos sobre este grave problema de saúde pública e na grande visibilidade recente do tema.

Para responder às questões apresentadas acima, no capítulo II desta pesquisa faremos uma breve análise histórica sobre o papel dos movimentos feministas e sua importante atuação na busca pelo reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, direitos estes intrinsecamente ligados ao ato de planejar, gestar e parir. Neste capítulo também expomos de forma introdutória como eram feitos os trabalhos de parto em período anterior à revolução industrial, suas

particularidades e momento de migração do campo para as cidades. Além disso, passaremos pelo início de análise conceitual do que vem a ser a violência obstétrica, como se dá a legitimação destas vítimas e os caminhos metodológicos utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ato contínuo, objetivando entender o que é a violência obstétrica, como esta se configura e quais são os resultados e consequências destes atos, no capítulo III trataremos de forma mais aprofundada o conceito de violência obstétrica, sua caracterização, tipos e consequências desta na vida das mulheres vítimas, por meio de descrição e análise de documentários e documentos importantes sobre o tema. Além de trazeremos os relatos das vítimas, com o objetivo de buscar compreender o porquê da continuidade da utilização de certas práticas médicas, este capítulo também traz a visão hegemônica dos profissionais de saúde sobre o tema, as ações e “justificativas” da categoria para a utilização dos métodos tidos como violentos. Além disto, com o fim de identificarmos quais são, como foram trazidos ao ordenamento jurídico, e quais as violações de direitos atrelados ao tema, este capítulo explicita o que são os direitos sexuais e reprodutivos, seus marcos históricos, importância e relevância na discussão sobre a violência contra a mulher.

Com o objetivo de compreender o que são as ações de combate a violência obstétrica, sua importância e papel na conscientização, combate e busca pela erradicação desta espécie de violência, o capítulo IV, inicialmente de forma quantitativa, traz os números desta espécie de violência, números estes retirados de pesquisas importantes sobre o tema e da análise de documentos públicos e privados nacionais e internacionais. Posteriormente, o capítulo se volta para a apresentação de políticas públicas estatais com enfoque na explicitação do que é e em como aplicar boas práticas nas redes de saúde para educação, prevenção e erradicação da violência obstétrica, além de conceituar, apresentar, estudar e compreender a importância das redes da sociedade civil que buscam auxiliar, conscientizar e acolher mulheres, estejam estas planejando a maternidade, gestantes ou vítimas de violência obstétrica.

O capítulo V tem por objetivo atrelar todo o exposto ao intento geral desta pesquisa, entender como a violência obstétrica está essencialmente atrelada à cultura histórica da violência de gênero e conseqüentemente à disseminação da cultura de objetificação da mulher. Para tanto, o capítulo traz de forma embasada

dados que comprovam como a objetificação dos corpos femininos foi tratada com naturalidade inclusive pelo nosso ordenamento jurídico durante séculos.

As reflexões trazidas por esta pesquisa perpassam desde a parte conceitual do que é, como se configura e quais as visões das mulheres e profissionais de saúde sobre o tema, bem como traz de forma qualitativa e quantitativa os dados referentes a esta espécie de violência, análise fatos histórico-sociais que denotam a importância e relevância do tema. Para tanto, esta pesquisa buscou entender as origens que levam a atos violentos e arbitrários impostos às mulheres, desde a visão social destas como propriedades masculinas, até as “justificativas” usadas para legitimar estes atos considerando natural a obrigatoriedade biológica do sofrimento ao parir e do papel social da maternidade atribuído historicamente às mulheres como algo que não devia ser sequer questionado, seja pela vontade de ter ou não um filho, seja por questionar os métodos utilizados.

CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma breve análise histórica

É altamente importante entendermos que os movimentos feministas são parte fundamental para a legitimação dos direitos das mulheres em geral e que, historicamente, os relatos remontam a quatro grandes ondas do movimento feminista. A primeira no final do século XIX com a luta em busca do sufrágio, passando pela luta em busca dos direitos sexuais e reprodutivos na década de 60 e com o feminismo da diferença a partir dos anos 1990.

Para contextualizar a luta das mulheres ao propósito específico desta pesquisa, qual seja, identificar o que é, como se dá e qual a relação da violência obstétrica com a objetificação do corpo da mulher vamos dividir estas ondas em dois momentos. Na segunda metade do sec. XIX (1801-1900) e primeira metade do sec. XX (1901-2000), as lutas eram voltadas pelo direito de acesso à educação, instrução e outros "privilégios" negados às mulheres pelo Estado patriarcalista. Já em um segundo momento, as lutas foram focadas em vários direitos políticos, em especial o direito ao voto que até 1932 era negado às mulheres brasileiras somente sendo legalizado com o decreto de número 21.076 de 24 de fevereiro daquele ano. Esse é um momento de extrema importância, pois, até então, as mulheres não eram vistas como cidadãs, e por não possuírem direitos políticos.

No remoto ano de 1911, por exemplo, a inscrição de duas candidatas num concurso para o cargo de químico no Laboratório Nacional de Análises causou a indignação de um candidato, que se manifestou da seguinte forma: "Só poderão se inscrever os cidadãos brasileiros, e só é cidadão toda pessoa que está no gozo dos seus direitos políticos e civis. Logo, quem não tem direito de voto não é cidadão" (MARQUES, 2016, p.31)

Este patriarcalismo vinha desde as mais profundas relações familiares na figura da mulher como semi-imputável e "propriedade" de sua figura paterna ou de seu marido. No que concerne ao ato do nascimento, de parir, desde o sec. XVI foi retirado das mãos das parteiras e curandeiras o domínio total desses processos e, dado este aos homens eleitos pelo Estado como "detentores do conhecimento" passando a ser negado às mulheres a legitimidade de ação nestes atos concernentes ao auxílio no parir.

Mostrando que esta dominação vem muito além da esfera privada Daniela Rezende cita Neuma Aguiar:

A teoria feminista permite, pois, analisar o patriarcado não apenas como uma forma de dominação tradicional, datada historicamente e fadada a desaparecer na modernidade, mas como um sistema de opressão que permanece e se atualiza mesmo com o avanço do capitalismo e da democracia liberal, constituindo-se como característica das sociedades modernas e configurando-se como "liberalismo patriarcal", "capitalismo patriarcal" ou como um "patriarcalismo do Estado de bem-estar" (AGUIAR, 1997, p. 177).

Nesse caso, a racionalização da sociedade, em vez de estabelecer relações de maior igualdade entre os indivíduos, tendo como base a organização do mercado, leva a um aprofundamento das desigualdades entre homens e mulheres, acentuando "o processo de dominação masculina nas instituições sociais" (AGUIAR, 1997, p. 178).

Os principais movimentos feministas da época eram a Federação Brasileira para o Progresso Feminino (FBPF) e a Associação Nacional de Mulheres, lideradas por nomes como Berta Lutz, bióloga e ativista feminista nascida em 1884 no estado de São Paulo, e Natércia da Silveira, advogada, sufragista e ativista feminista nascida em 1905 no estado do Rio Grande do Sul.

Os efeitos jurídicos/sociais trazidos às mulheres nestas lutas foram muito além do direito ao voto, pois, a partir deste, as mulheres passaram a exercer pleno gozo de seus direitos políticos, o que atingia diretamente outras áreas político/sociais da vida civil.

Durante as décadas entre os anos de 1940-1960, os movimentos feministas no Brasil seguiram lutando ativamente na resistência contra a ditadura militar (Betto - 2001) tendo em vista o momento político pelo qual o país passava. De 1975 a 1985, a nova geração de feministas que já vinham inspiradas pelo conhecimento do seu legado anterior iniciavam uma árdua batalha e intensas discussões sobre as questões voltadas à liberdade sexual, reprodutividade e saúde da mulher.

Esta nova geração teve como referência o ano internacional da mulher instituído pela ONU em 1975, pois proporcionou aos movimentos um espaço de debate importante sobre os direitos individuais da mulher. Dentre estes direitos, começou-se a discutir o papel sexual da mulher e a importância do reconhecimento de sua legitimidade no poder decisório sobre o planejamento familiar e protagonismo no parto, ou seja, aqueles que questionavam as relações de discriminação e de dominação socialmente construídas (e atualizadas) com base nas diferenças biológicas entre os sexos.

Neste sentido, Diniz (2005, p. 629 *apud* RORTY, 1993) afirma que "nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas

antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas”. Esta reflexão feita por Diniz (2005 *apud* RORTY, 1993) faz um paralelo com a ideia culturalmente construída de que o parto possui raízes ligadas a esta natureza primordial da mulher, cuja hora é decidida, geralmente, quando seu corpo, por meio de sinais e estímulos, avisa que chegou o momento de trazer ao mundo seu/sua filho/filha de forma natural.

Quando os partos ocorriam de forma natural nas próprias residências das gestantes, as mesmas recebiam o auxílio e direcionamento das chamadas parteiras que tinham por função amparar mulher e filho/a para uma chegada sem a institucionalização do parto. Mesmo neste contexto de estar em sua própria residência, próximo a familiares, em um momento íntimo e, às vezes, de cunho até religioso, possíveis violências poderiam ocorrer durante o procedimento, justamente pelas parteiras trabalharem com base em tradições propositalmente criadas para o entendimento de que um parto doloroso estaria ligado ao pecado original atribuído às mulheres desde os primórdios da humanidade.

Estes procedimentos de partos domiciliares que até então eram o padrão para nascimentos em geral, teve seu modo gradualmente alterado e migrado para as instituições hospitalares, em especial entre as décadas de 1860-1900, quando ocorreu a denominada Segunda Revolução Industrial (NETO *et al*, 2018). Isto se deu, pois, neste período, o progresso e o desenvolvimento tecnológico que ocorriam nas cidades, o aumento da produção de alimentos e o desenvolvimento da medicina no combate de doenças levaram a um grande crescimento populacional que associado ao êxodo rural fez com que a oferta de mão de obra nas cidades em expansão aumentasse e levasse à população antes camponesa a migrar para a cidade em busca de trabalho.

Este processo de urbanização também trouxe mudanças significativas para o processo de nascimentos. O parto tornou-se algo mais moderno e a ideia disseminada de que dever-se-ia deixar este processo nas mãos de profissionais “capacitados”. Isso fez com que o ato de parir passasse a ser realizado em instituições hospitalares com o auxílio de equipes de profissionais da saúde cuja qualificação técnica e clínica por muito tempo fora algo fora do arcabouço de questionamento das futuras mães. Essas mães se omitiam em questionar ditos procedimentos e profissionais por acreditarem que estes detinham o conhecimento maior sobre o seu próprio corpo, seja por medo do desconhecido, por

desconhecimento de seus direitos enquanto gestantes e parturientes e, mais comumente, por acreditarem na cultura da inquestionabilidade da capacidade médica.

Com o passar dos anos e com as conquistas adquiridas pelos movimentos feministas, conquistas importantes no âmbito dos direitos humanos e fundamentais, bem como o reconhecimento de vários direitos das mulheres. Estas passaram a se reconhecer como vítimas de uma nova espécie de violência dando visibilidade a um problema comum nos hospitais brasileiros desde os primórdios.

Esta legitimação é importante, pois fortalece a visibilidade para este tipo de problema de saúde pública, que, além dos traumas físicos, leva a mulher vitimada nestas circunstâncias a sofrer traumas psicológicos que invariavelmente se perpetuam no tempo. Neste contexto:

Trauma tem sido visto como algo que é e está, sempre existindo em situações de violência ou acidentes, ele seria uma verdade compartilhada [...] o reconhecimento, pela sociedade, de que determinados eventos teriam por consequência inevitável traumatizar os sujeitos neles presentes. (Pulhez, 2013, p. 6, *apud* FASSIM; RECHTMAN, 2011).

Vemos que a violência sofrida por estas mulheres é algo que não pode ser ignorado por elas, pois este traz consigo uma carga traumática onde a vivência de tais experiências poderiam perfeitamente desencadear em um Transtorno de Stress Pós Traumático (TEPT) descrito no DMSIII (Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders), classificação de Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria em 1980. Isso legitima a estas mulheres a qualidade de vítimas de uma espécie específica de violência e, conseqüentemente, o direito de reparação dos danos sofridos.

Para algumas mulheres, uma das experiências mais definitivas acontece no decorrer da gestação e no momento do parto. Apesar de todas as garantias fundamentais elencadas nos tratados de direitos humanos e recepcionadas pela nossa Constituição Federal, o momento do nascimento tem se tornado palco desta espécie já existente de violência, porém, apenas recentemente nomeada como violência obstétrica. A violência obstétrica pode ser definida como qualquer ato ou omissão que fira os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além de sua integridade física, psicológica e emocional.

Relatos desta modalidade de violência tem se tornado cada vez mais comuns em hospitais, tanto da rede pública quanto da rede privada, graças ao levantamento do tema para debate por mulheres que buscam evidenciar este assunto. Por este motivo, estas mulheres decidiram tomar para si a qualidade de vítimas buscando uma mudança no cenário das maternidades brasileiras e a prevenção deste tipo de violência.

Narrativas de violação de direitos humanos são frequentes entre gestantes e puérperas, o que torna o estudo e o combate da violência obstétrica médica cada vez mais emergencial. Estes pontos estão diretamente ligados a disseminação tradicionalismo cultural de que o médico é uma espécie de ser onisciente, detentor de todo conhecimento sobre o corpo, o que tornaria suas ações (mesmo que não previamente aprovadas) legítimas e livres de categorização como violentas e/ou invasivas, ao passo que estes próprios profissionais repudiam o termo violência obstétrica alegando que o mesmo descredibiliza o profissional e o torna “refém” das vontades das pacientes.

A seguir, buscaremos de forma mais aprofundada entender o conceito de violência obstétrica, quais as suas características, nuances e consequências para as vítimas, para os órgãos reguladores e fiscalizadores de saúde do Brasil e do mundo. Além de analisar os relatos de algumas mulheres vítimas desta espécie de violência, conforme divulgado em documentários sobre o tema. Iremos também apresentar o Dossiê “Parirás com dor” que teve como enfoque dar publicidade ao problema e exigir do Estado uma solução para o mesmo por meio de apresentação deste documento em Comissão Parlamentar de Inquérito(CPI) apresentado ao Senado Federal em 2012. Por fim, faremos a apresentação do que vem a ser os direitos sexuais e reprodutivos, sua importância e relevância na luta contra a Violência Obstétrica.

CAPÍTULO III - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: a naturalização da violência contra a mulher

Neste capítulo iremos tratar sobre o termo violência obstétrica, o que vem a ser e quais as suas manifestações, além de apresentar quais os direitos envolvidos na violação correspondente a este tipo de violência. Violência esta sofrida pelas mulheres em situação de gestação, puerpério ou até mesmo na situação de aborto provocado ou espontâneo. Este debate se justifica pela grande relevância social do tema por se tratar de um problema de saúde pública amplamente discutida que interessa a toda sociedade, em especial às mulheres que têm seus corpos diariamente invadidos sob a justificativa cultural e arcaica de que suportar tais atos é seu papel inquestionável perante a sociedade patriarcalista.

Todos os dias cometemos algum ato, ação ou omissão que pode conter algum grau de violência, seja esta quase imperceptível, ou até mesmo visível ao entendimento comum de grande parte da população. Porém, nem todos estes atos ou omissões são passíveis de tutela e punição pelo nosso ordenamento jurídico, sendo estes socialmente aceitos como algo corriqueiro, comum, tradição, o que nos leva a refletir sobre a violência em um conceito contrário à ideia de crime.

Mulheres durante a gestação, parto e puerpério são vítimas diárias de uma espécie de violência institucionalizada que retrata bem a ligação da violência obstétrica com a cultura de objetificação do corpo destas. Isso porque a violência obstétrica está ligada a um tipo de violência velada que, por convenção social, durante muito tempo foi vista como algo normal e aceito pela sociedade em geral. Esta aceitação vem da ideia de que o ato de parir está ligado apenas a uma questão fisiológica da mulher, algo como uma obrigação do gênero que deve ser feito sem protestos ou questionamentos do meio.

Por ser esta espécie de violência algo não tipificado em nosso ordenamento jurídico, como é o caso de crimes de lesão corporal ou homicídio, precisamos entender o termo violência nesta pesquisa como um ato contrário à ideia de crime. Não existe hoje um meio de tipificar tais atos como criminosos, uma vez que os profissionais de saúde justificam tais ações como prerrogativa médica com o fim de atender os “interesses” da paciente e seu bebê. Neste enfoque o conceito de Debert & Gregori sobre violência contrária a ideia de crime, faz-se necessária para um melhor entendimento:

Crime implica a tipificação de abusos, a definição das circunstâncias envolvidas nos conflitos e a resolução destes no plano jurídico. Violência (...) implica reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflituosas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos. (DEBERT; GREGORI, 2008, p. 176).

No Brasil, a violência obstétrica não está tipificada como crime. Até mesmo o termo violência obstétrica, por pressão da categoria médica, foi retirado das cartilhas do Ministério da Saúde sob a justificativa de ser pejorativo e depreciativo para a classe, sendo substituído pelo termo violência institucional. Isso porque, no entendimento da classe médica/hospitalar, em parecer emitido pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), parecer 32/2018, o Conselho afirma que manter o termo violência obstétrica, além de ser pejorativo, também está ligada a ideia de descredibilização da legitimidade dos ensinamentos médicos e sua eficiência na prevenção a qualquer custo de possíveis complicações. (CFM nº 22/2018 – PARECER CFM nº 32/2018). A classe médica entende que, por ter uma preparação técnica e científica especializada para lidar com qualquer situação que venha a se apresentar em uma gestação, a opinião daquele paciente não teria relevância necessária para intervir na decisão médica que possui como objetivo determinar o que é melhor para a mulher naquele tipo de caso.

Esta espécie de violência teve seu termo (violência obstétrica) inicialmente apresentado na “Ley orgánica sobre El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” (Lei orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência), editado pela Venezuela em 2007. Esta lei venezuelana tem por objetivo erradicar a violência sofrida pelas mulheres no ambiente hospitalar no momento do parto.

Tendo em vista os crescimentos de casos de violência obstétrica no Brasil e buscando conscientizar mulheres e profissionais de saúde sobre seus direitos e deveres, em 2003, a defensoria pública do estado de São Paulo junto ao Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, a Escola de Defensoria Pública do estado e a Associação Artemis, uma ONG voltada para o combate à violência contra a mulher, editaram a cartilha *Conversando Sobre Violência Obstétrica*. A definição utilizada na campanha de conscientização do que é este tipo de violência e que vamos utilizar nesta pesquisa é a que vem sendo

utilizada nesta cartilha. O intuito é coibir e incentivar as mulheres a denunciar violência sofrida.

A campanha traz a violência obstétrica como:

Qualquer tipo de violência cometida contra a mulher por profissionais de saúde durante a assistência a gravidez, ao parto ou ao pós-parto. É algo que fere a autonomia da mulher, e fere seus direitos sexuais e reprodutivos". (Manual de Violência Obstétrica da Defensoria Pública do estado de São Paulo, São Paulo, 2003).

A campanha também elenca alguns dos atos e atitudes cometidos pelos profissionais de saúde considerados como atos violentos, sendo estes:

- a) Negligenciar atendimento de qualidade;
- b) Ofender, humilhar ou xingar a mulher e sua família;
- c) Fazer comentários constrangedores por alguma condição da mulher;
- d) A realização de intervenções no corpo da mulher sem que elas sejam explicadas e que haja o consentimento desta;
- e) O direito ao acompanhante negado;
- f) Realizar cesárea sem indicação clínica nem o consentimento da mulher;
- g) Executar procedimentos que interfiram sobre o corpo, causem dor ou dano físico, como administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto só por conveniência médica, episiotomia (corte na região do períneo), ou imobilização da parturiente.

Partindo destes tópicos elencados pela campanha da Defensoria Pública do estado de São Paulo, podemos separar estas experiências em três blocos principais: violência física, violência psicológica e/ou emocional e parto traumático. A seguir, passaremos a analisar de forma mais aprofundada quais os meios mais comuns praticados em cada um destes blocos.

3.1 Violência Física: O mercado da cesárea e o “ponto do marido”: Violação de cicatrizes dolorosamente visíveis

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cesárea deve ser feito somente quando há indicação clínica suficiente de que o parto normal é inviável

para a gestante devido algum tipo de intercorrência durante a gravidez que implicam em risco tanto para a gestante quanto para o feto, tais como pressão arterial elevada (pré-eclampsia e eclampsia), problemas de saúde pré-existentes que causam dilatação insuficiente, dentre outros. Não existindo tais intercorrências o parto normal deve ser a prioridade, pois este é que trará os maiores e melhores benefícios tanto para a gestante quanto para o feto.

Porém, o que tem sido feito está fora da realidade perfeita do que estipula a OMS. As cesáreas deveriam corresponder a uma taxa máxima de 15% e taxas acima deste percentual mostram claro abuso na utilização do método, o que traz para o Brasil o status de epidemia no que diz respeito às cesáreas. A UNICEF aponta que o Brasil é o líder mundial em número de partos feitos por meio da cesariana. De acordo com documentos da instituição, 50% dos partos no país são feitos através da cirurgia, sendo que cerca de 37% acontecem na rede pública e 82% acontecem na rede privada. (UNICEF, 2018).

Estes números mostram muito além da violência física em si, mas fazem parte da violência social incentivada pelo capitalismo e o lucro a qualquer custo. Esse é um ponto importante abordado por Bianca Zorzam e Priscila Cavalcanti, na cartilha *Direitos das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito* para o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde:

Então eu achava que a política do medo era uma estratégia do capitalismo, assim, sabe? De você convencer a vender mais parto. Essa era a minha sensação, de que ela queria vender o serviço dela, de que ela queria vender o serviço dela através da minha ignorância, sem conversar. Aí depois ele falou: 'Ah, se você quiser, eu te atendo em outro hospital, mas eu cobro tal, só que eu só faço cesárea' (ZORZAM, CAVALCANTI, 2016, p. 31).

Esta estratégia de vendas de partos a serviço do capitalismo está diretamente ligada ao tempo que o profissional de saúde precisa investir no acompanhamento de um parto natural, aquele em que se aguarda sem intervenções químicas ou cirúrgicas que o próprio sistema biológico da mulher se encarregue da hora correta de parir. Este processo pode levar horas e, dependendo da situação, até mesmo dias, leva os profissionais à adesão desenfreada do método cirúrgico, método este que, como em uma linha de produção, pode ser feito em minutos e por um valor bem mais lucrativo para estes profissionais.

No documentário *Violência obstétrica - A voz das brasileiras*, o campeão de reclamações são as cesáreas feitas de forma desnecessárias, traumáticas e até mesmo por meio de coação feita em forma de ameaça velada. Podemos citar como exemplos os seguintes trechos:

Ele (o médico) me convenceu com a frase: o seu bebê não quer morrer. Se você quiser ir para casa, assumir essa responsabilidade pode ir, pode pensar, mas eu tô aqui te falando como seu médico, eu preciso que você confie em mim... Eu aceitei (a cesárea) né? Não temos nem o direito de ficar triste (pela cesárea). Temos que conviver com uma frustração silenciosa. Demorei anos para digerir essa situação (de ter feito a cesárea). Hoje vendo estas fotos, acho que ainda não engoli não...(Informação verbal).¹

Uma das provas mostradas para corroborar o pensamento acima está no elevado número de cesárias eletivas realizadas no Brasil. O número é alarmante e é visto pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como epidemia.

O mercado das cesáreas é quase uma linha de produção nos Hospitais Brasileiros, tanto na rede pública, quanto na rede particular, que pagam pouco para que um médico fique disponível aguardando o trabalho de parto, o que leva a estes a lançarem mão do procedimento cirúrgico, para ganhar mais tempo e dinheiro. Diminuem o tempo que dão atenção àquela paciente, conseguindo atender mais pacientes de forma rápida e cômoda para eles mesmos.

Muitos médicos obstetras alegam que a cesárea eletiva é uma escolha da mulher, porém, nos relatos colhidos neste documentário fica claro que essas mulheres são induzidas, na maioria das vezes, a optar pelo procedimento. Os profissionais colocam este como o mais seguro e quando estas se negam ou apontam algum tipo de dúvida, estes tentam responsabilizar as futuras mães por meio do medo com frases como: “Se você não fizer a cesárea, seu bebe vai morrer.” Ou “Eu só faço o seu parto se for cesárea. Se você quiser parto normal, vai ter que assinar um termo de responsabilidade”. Outra frase bastante utilizada é “Parto normal? Ninguém faz isto hoje em dia. A mulher moderna não tem condições de parir normalmente”; “Você não tem passagem”; “Você está muito velha para parto normal”, entre outras.

O documentário *O renascimento do Parto 2* mostra que de acordo com pesquisas realizadas nas maternidades brasileiras, ¼ das mulheres sofrem de

¹ Relato transcrito do documentário *Violência obstétrica - A voz das brasileiras*, São Paulo, 2012.

violência no parto e que a maioria destas não sabem que sofreram. O número de prematuridade iatrogênica, ou seja, aquela provocada está diretamente ligada ao número de cesáreas realizadas de forma desnecessária. Os traumas físicos e, conseqüentemente, psicológicos sofridos por estas mulheres é algo quase palpável em seus depoimentos e, em alguns casos, as cicatrizes físicas são tão visíveis e dolorosas que impactam diretamente na vida pessoal desta mulher, seja na área relacional (sexual), seja na autoestima.

Podemos observar estes traumas através dos depoimentos carregados de dor dessas mulheres, a exemplo deste comentário retirado do documentário *Violência obstétrica - a voz das brasileiras*:

Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha. [a episiotomia] me causou durante uns bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou...eu me sentia estranha, eu não gostava que meu marido encostasse naquela região, então me afetou demais essa episiotomia. Eu me senti violada, violentada [...] quando eu leio algum relato de violência sexual, como a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo... (Informação verbal).²

A sexualidade e suas nuances culturais também se fazem presentes na assistência ao parto e, em muitos casos, refletem diretamente a formação patriarcalista a que são submetidos os profissionais de saúde. Estas nuances podem se dar de formas mais sutis por meio de comentários e piadas “amigáveis” ou de formas mais explícitas como agressões e intervenções cirúrgicas justificadas sob a égide da “manutenção da saúde sexual do casal” pelos médicos.

A episiotomia (corte feito no perineo área muscular entre a vagina e o ânus) e a cesárea, ambos sem indicação de real necessidade clínica, são exemplos destes procedimentos violentos disfarçados de práticas necessárias. A episiotomia, segundo os profissionais médicos, tem por objetivo evitar lacerações irregulares durante a saída do bebê que na maioria dos casos não é habitualmente discutida com a gestante e vem sendo feito de forma arbitrária pelo profissional médico e gerando traumas que são objeto de reclamação constante por estas mulheres.

Esta falta de discussão se dá muitas das vezes pelo senso comum enraizado na sociedade de que tal procedimento deve ser entendido como um mal necessário típico do parto, fortalecendo este tipo de prática pelos médicos e como consequência levando as mulheres a se silenciarem sobre o fato. Além disto,

² Relato transcrito do documentário *Violência obstétrica - A voz das brasileiras*, São Paulo, 2012.

qualquer manifestação de vontade exprimida pela mulher, por vezes, é rechaçada com mais desrespeito e violência.

Eu já estava com 10 cm e eles preocupados em fazer boletim de ocorrência. Eles falavam assim: ‘aquela menina que veio com a Doula, que quer tudo natural, que trouxe o plano de parto, sabe meio que rotulando, além da falta de respeito com tudo, do médico falar: ‘ menina, aqui quem manda sou eu’, de não se preocupar com o plano de parto pra ver o que eu queria, em falar que tava tudo errado, que eu tava colocando meu filho em sofrimento (OLIVEIRA E PENNA, 2017. p. 7).

Em alguns relatos, além da não anuência da mulher, os médicos em um ato considerado por muitas vítimas como uma “invasão sexista”, faz uma “imposição do silêncio e de contenção das mulheres no parto centrados na sua desmoralização por terem atividade sexual” (dossiê rede feminista, p. 31), atitude ligada diretamente a deslegitimação de qualquer reclamação de dor ou reação de protesto.

Ao fazer a sutura (episiorrafia ou pontos dados no corte), os profissionais de saúde costumam dar o que eles chamam de “ponto do marido”, um ponto a mais que, segundo relatos médicos, serve para apertar a abertura da vagina. Esse procedimento sem nenhum embasamento científico serve para alimentar o mito de que a vagina fica flácida após o parto. Este tipo de situação é tratado de forma natural pelos profissionais que em tom de piada reforçam o machismo estrutural e naturalizam a objetificação do corpo da mulher.

Comentários como o abaixo registrado no documentário *O Renascimento do Parto 2* infelizmente são comuns durante o parto: “o parquinho de diversão aqui não pode deixar estragar”; “o cortezinho é o mínimo possível, passa que passa justo”. Além dos comentários desrespeitosos, na maioria das vezes, o procedimento é feito sem autorização ou até mesmo sem o conhecimento da mulher.

A minha mãe já estava lá no quarto, eu olhei pra minha mãe e falei assim: Mãe me cortaram. Aí minha mãe virou pra mim e falou: “Não filha, isso é normal”. Eu falei: Não é normal, eu to sentindo dor! E aí quando minha mãe foi comigo no banheiro, ela falou: “Olha não se impressiona, vai doer, não se impressiona quando passar a mão” Eu só olhava pra ela e falava: porque? Por que fizeram isso? Na gestação do João que eu descobri que na episiotomia da Giuliana eu recebi um ponto a mais que é chamado de “ponto do marido”. (Informação verbal).³

³ Relato transcrito do documentário *O Renascimento do Parto 2*, 2018).

Os números são alarmantes e mostram uma realidade impressionante nas maternidades brasileiras. Neste sentido informa Simone Grilo Diniz:

Os primeiros dados brasileiros com base populacional sobre episiotomia, na PNDS de 2006, mostram que entre as mulheres que tiveram partos vaginais no SUS, 70,3% sofreram o procedimento, e entre as primíparas, essa porcentagem chegou a 84,8%. No Brasil, até hoje os dados sobre a episiotomia sequer estão no DATASUS. (DINIZ, 2009, p. 319).

Ainda neste sentido, relata o dossiê Humanização do Parto da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2002, p. 32):

Sabe-se que essa indicação não tem base na evidência científica, mas sim na noção – arraigada na cultura sexual e reprodutiva – do “afrouxamento vaginal”, decorrente do “uso” da vagina, seja pelo uso sexual ou reprodutivo. Essa representação da vagina “usada”, “lasseada”, “frouxa” é motivo de intensa desvalorização das mulheres e se apoia tanto na cultura popular quanto na literatura médica produzida por grandes autores brasileiros e internacionais. (Rede Feminista de Saúde, 2002, p. 32).

A tradição médica sobre este procedimento é algo tão enraizado que a grande maioria acredita (sem embasamento científico algum, pautado apenas em costumes) que a mulher submetida ao parto normal sem a ajuda da episiotomia se torna “larga” e que seus maridos não terão mais prazer no ato sexual com a mesma. É pensado tão e somente no prazer sexual masculino uma vez que a episiotomia pode ter efeitos catastróficos para a vida sexual da mulher, pois pode acometer nervos importantes levando a dores permanentes durante o ato sexual e a falta de sensibilidade do local, além de vários outros problemas graves de saúde diretamente relacionados ao procedimento desnecessário.

De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), este procedimento pode gerar uma série de consequências, tais como infecções, extensões traumáticas do reto, ou dos nervos da região, além de dispareunia (dor durante as relações sexuais). Apesar de a OMS recomendar que o procedimento seja feito em apenas 10% dos casos, o mesmo é feito em mais da metade destes, cerca de 53,5% dos casos.

Ainda de acordo com a FEBRASGO, são critérios de avaliação para a maternidade segura:

1. Garantir informação sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.

2. Garantir assistência durante o ciclo gravídico-puerperal e ao planejamento familiar.
3. Incentivar o parto normal e humanizado.
4. ter rotinas escritas para normatizar a assistência.
5. Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.
6. Possuir estrutura adequada para atendimento ginecológico e obstétrico.
7. Possuir arquivo e sistema de informação.
8. Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna perinatal. (Rede Feminista de Saúde, 2002).

Apesar de ser um procedimento que vai contra as recomendações da OMS, o mesmo segue sendo ensinado nas faculdades e universidades de medicina como padrão a ser seguido durante o parto. O Seminário *A Vagina Escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde*, nos traz informações ainda mais alarmantes sobre o ensino desta técnica tão ultrapassada.

Palharini reflete no artigo *Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil*:

Trata-se, na maioria das vezes, da realização de procedimentos que compõem o protocolo comum de serviços de assistência obstétrica no Brasil, muitos deles em hospitais-escola. Por esse motivo, a violência obstétrica tem sido identificada como uma violência institucional e de gênero, que faz parte da cultura médica hegemônica acerca do parto. As situações reveladas pelas pesquisas implicam violações de direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (PALHARINI, 2017, p. 7).

A necessidade da residência no campo da medicina é um fator necessário para a qualificação dos futuros médicos e médicos especialistas, porém, isso não significa que os mesmos estão autorizados a invadir a intimidade e ignorar a dignidade dos pacientes que buscam atendimentos nos hospitais onde atuam. Entretanto, a realidade é bem diferente já que em várias faculdades e universidades a episiotomia é a primeira oportunidade que aquele futuro médico terá de testar suas habilidades cirúrgicas e se valem desta “cortando e suturando vaginas das mulheres pobres” que buscam atendimento de parto no SUS.

Esta objetificação do corpo feminino é o espelho de uma sociedade que normaliza o acesso abusivo ao corpo das mulheres. O ensino de técnicas obsoletas e sem qualquer embasamento científico de efetividade mostra o quão doente é uma sociedade que se baseia em hierarquias sociais de gênero.

Neste sentido o seminário *A Vagina Escola* corrobora:

[...] a permanência do ensino acrítico de procedimentos dolorosos e, por vezes, desnecessários reflete o ensino de valores que atribuem predominância aos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que **despersonificam as mulheres**. Assim, por exemplo, na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes. Neste sentido, foram consideradas violações de direito: o uso excessivo ('liberal') de procedimentos sem base em evidências, potencialmente danosos, sem problematizar os efeitos adversos em mães e bebês; bem como as intervenções feitas sem autorização da paciente, e, mesmo, à revelia de sua desautorização expressada verbalmente e por escrito, apenas com a finalidade de treinar técnicas cirúrgicas (como a episiotomia e fórceps didáticos). (Seminário A Vagina Escola, 2016, p.254) grifo nosso.

Relatos de mulheres que sofreram 03 e até 04 episiotomias, infelizmente, são comuns especialmente entre aquelas que buscam o auxílio de hospitais conveniados à rede pública de saúde. O dossiê da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ainda traz relatos assustadores de médicos, dentre os quais se destacam:

Meu Deus tem colega que faz cada uma, eles aleijam as mulheres! Porque, veja, tem episiotomia que a gente chama de hemibundectomia lateral direita, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Fora aquelas episiotomias que deixam a vulva e a vagina todas tortas, que a gente chama de AVC de vulva, sabe quando a pessoa tem um derrame e fica com a boca e o rosto tortos, assimétricos? (Rede Feminista de Saúde, 2002, p 32).

Além da episiotomia, relatos de gestantes que foram amarradas as macas, que levaram tapas no rosto, além de procedimentos violentos como o uso forçado do Fórceps (instrumento cirúrgico que consiste em duas pás achatadas que se encaixam na cabeça do bebê no final do parto para sua retirada) quando não há indicação, são apenas algumas das situações sofridas no cotidiano das maternidades brasileiras. Neste sentido:

Essas atitudes vão de encontro ao Princípio da Autonomia. Isso significa dizer que, quando os desejos da mulher não são levados em consideração, ou quando não é respeitada sua liberdade para fazer uma opção consciente dentro do que lhe é oferecido, a afronta aos direitos se estabelece, impossibilitando o protagonismo da mulher no momento do parto (BLASKESI; BUSNELLO, 2016, p. 158, *apud* ÁVILA, 2006).

Vários destes relatos foram documentados e mostram uma realidade diária sofrida pelas gestantes em todo o território nacional. Abaixo veremos como esta violência vai muito além do trauma físico.

3.2 Violência Psicológica e Emocional: Relatos da violência obstétrica

Os relatos das mulheres vítimas da violência obstétrica, no geral, são carregados de sentimentos negativos que as acompanham durante toda a vida e afetam não só seus corpos como também sua saúde mental, autoestima e confiança. Para fortalecer o debate acerca do assunto e aprofundarmos nas perspectivas das mulheres sobre a violência sofrida, passaremos agora a análise de algumas situações de violência narrados em documentários e documentos que são referências sobre o tema, e que auxiliaram de forma importante a destacar este assunto em meio a sociedade e as mídias sociais.

Neste sentido ressalta Simone Grilo Diniz (2009):

Inúmeros estudos mostram que são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, inclusive no SUS. Estudos sobre a perspectiva das mulheres mostram que muitas vezes elas descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda, e estigmatizam a maternidade na adolescência. Os abusos verbais voltados para a humilhação sexual do tipo “quando você fez, você gostou”, são uma constante nos estudos e fazem parte do aprendizado informal dos profissionais sobre como disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda. (DINIZ, 2009, p. 320).

No documentário *Violência Obstétrica a Voz das Brasileiras*, Os relatos são privações como negativa de líquidos para hidratação, humilhações, xingamentos, imobilizações, ameaças e outras atitudes desnecessárias que marcam estas mulheres de forma quase irreparável para o resto de suas vidas. São depoimentos de mulheres que, enquanto vítimas, mostram claramente sua indignação, frustração, tristeza e principalmente, trauma psicológico e emocional. Várias destas entrevistas mostram mulheres extremamente emocionadas e com sequelas psicológicas permanentes pelo que sofreram antes, durante e após o parto. Abaixo, alguns relatos destas mulheres:

[... Eu tive a Lia de parto normal, ela nasceu bem, mas quando eu fui para o quarto e assim, apesar de estar muito feliz por que era uma coisa que eu queria muito (este parto normal) eu me senti muito desrespeitada, alguma coisa faltou. Depois de muito tempo, me caiu a ficha (Sic) do quanto eu fui violentada” [...] (Priscila Perlatti);

[...] O meu objetivo com este depoimento é fazer com que os profissionais comecem a pensar que a mulher tem que ser respeitada, aquele momento tem que ser respeitado, corpos tem que ser respeitados porque isto traz consequências. Muitas vezes consequências graves, de auto aceitação, problemas de relacionamento com ela e com o companheiro, então, que métodos que não são mais vistos como necessários, que são obsoletos

sejam mudados, que o respeito seja colocado em primeiro lugar [...] (Thielly Manias);
 [...] Gostaria que este vídeo pudesse contribuir para a reflexão, principalmente dos profissionais da saúde, os enfermeiros, cuja (*Sic*) missão principal é cuidar e eu não me senti cuidada no meu trabalho de parto, não me senti acolhida, eu percebi que eles não estavam preparados para acompanhar uma gestante, uma gestante de primeira viagem e tinha este sonho de ter a sua filha de modo mais natural possível [...]. (Carla Regina);
 [...] O meu objetivo também é exorcizar um pouco destas coisas que eu sinto, desta tristeza, (...) desta culpa mesmo, por não ter buscado informação antes, eu tenho vontade de falar, de gritar para todo mundo assim, quero alertar: o parto é da mulher [...]. (Patrícia Roberta Bellanda). (Informação verbal).⁴

Como pode se observar, os sentimentos de culpa, frustração, revolta e medo são comuns entre as vítimas desta espécie de violência, fazendo com que este documentário gerasse grande impacto não só entre a comunidade materna, mas entre a comunidade feminista em geral. Outros relatos mostram a aplicação da violência obstétrica através de ofensas, xingamentos contra a gestante ou seus familiares, como “Mas mulher é safada mesmo, né? Sofre não dá um ano e já está aqui de novo”.

Relatos de humilhações sofridas são frequentes em blogs maternos e redes sociais, que hoje são um dos meios mais utilizados por estas vítimas com o fim de fazer com que sua dor ganhe “voz”. Frases do tipo, “fui humilhada, chamada de porca por não fazer a retirada dos pelos pubianos (tricotomia) antes de ir para o hospital”, são comuns nestes desabafos, mostrando o total despreparo destes profissionais em lidar com estas mulheres.

Tendo em vista o grande valor social da pesquisa feita, este documentário conquistou o primeiro lugar da Mostra Audiovisual no 10º Seminário fazendo o Gênero da UFSC e até hoje serve como um dos documentos mais importantes no que tange a dar voz às vítimas da violência obstétrica.

Outra fonte importante de informações que exemplificam esta violência é o documentário *O renascimento do parto* que, além de trazer o relato de sofrimento das mulheres, traz uma importante crítica ao modelo tecnocrata que ignora a história do parto natural. Antes da época industrializada, o parto era feito por mulheres que auxiliavam outras mulheres mesmo sem todo o aparato tecnológico que é disponível hoje.

⁴ Relato transcrito do documentário *Violência obstétrica - A voz das brasileiras*, São Paulo, 2012).

Neste modelo, o corpo e a mente são tratados de forma separada, onde se ignora qualquer dano emocional. Enxerga-se o corpo como mero objeto pendente de intervenção. A seguir veremos como esta objetificação leva a traumas profundos nas vítimas desta espécie de violência.

3.3 O Parto traumático: A velada solidão materna

Na segunda parte do documentário *Violência obstétrica - a voz das brasileiras*, temos um início de gravação caseira feita por um pai em uma sala de parto na qual sua esposa passava pelo processo de parir por meio do “parto normal” hospitalar. O vídeo, apesar de curto, é chocante e retrata de forma fiel a violência obstétrica em várias de suas vertentes com o uso de manobras desnecessárias, posição desfavorável, desrespeito à mulher, separação de mãe e filho e, claro, a completa falta de empatia do obstetra para com a mulher. Relatos de insegurança, medo, solidão, trauma e revolta são mais uma vez a realidade contada e mostrada (em vídeos e fotos) pelas entrevistadas.

Apesar do código de ética médica esclarecer que é dever do médico informar, se atualizar e ouvir a paciente, vários depoimentos mostram que a realidade é exatamente contrária ao que a própria corporação entende por correto. Isto é claramente visível nas repetidas descrições de humilhação, vergonha, degradação, crueldade e tortura relatadas pelas mulheres neste documento.

Importante citar que o documento mostra como o parto é um momento de empoderamento da mulher que, participando de uma forma ativa do mesmo, sente maior segurança, vínculo e proximidade não só com o seu eu feminino, mas também com o bebê. O modelo enraizado na lógica patriarcalista de dominação e poder sobre o corpo da mulher é equivocado e traz graves prejuízos, não só a individualidade das mesmas, mas também a evolução da sociedade de forma saudável.

A consequência deste modelo ultrapassado de parto traz à tona relatos como o dito por uma das colaboradoras (vítima) no documentário: “O parto traumático marcou minha maternidade, sou uma mãe insegura” (Documentário: o renascimento do parto, 2013) Isto mostra a latente urgência da mudança de paradigma social no que diz respeito ao ato de parir.

Com tantos relatos de violência física, psicológica e emocional proveniente de partos traumáticos, e com a divulgação e alcance dos documentários e documentos

produzidos para dar visibilidade ao tema, mulheres e vítimas desta espécie de violência passaram a pressionar ainda mais o Estado com o objetivo de que os casos de violência obstétrica fossem apurados e que políticas públicas fossem criadas para coibir este tipo de prática. A participação da sociedade civil foi de suma importância para levar o tema até as bancadas de discussão do senado nacional em 2012, quando ocorreu a CPMI da Violência Contra as Mulheres o *Dossiê Parirás com Dor* elaborado pela Rede Parto do Princípio que em mais de 180 páginas relatou, ilustrou e denunciou as práticas de violência obstétrica presentes nos hospitais brasileiros. Abaixo falaremos um pouco mais sobre este importante documento.

3.4 Dossiê: *Parirás com dor*

O dossiê *Parirás com Dor* foi criado pela Rede Parto do Princípio, rede da sociedade civil formada por mulheres na busca por parto humanizado e respeitoso e teve por objetivo expor a realidade da violência obstétrica do Brasil para a CPI da violência contra as mulheres, realizado em 2012. Este documento é um importante marco na luta contra a violência obstétrica, pois traz consigo uma análise não só técnica do problema de saúde pública, mas também os aspectos socioculturais que norteiam os casos de violência objeto deste estudo.

O documento, além de trazer diversos relatos de violência em maternidades públicas e privadas em todo o território nacional, mostra como é a assistência ao parto no Brasil, a realidade da legislação ao atendimento ao parto, os números relativos à violência obstétrica em geral, os benefícios da humanização do parto, dentre outros pontos sensíveis de problema de saúde pública. O Dossiê mostra que em 2007, 47% dos partos se deram por meio de cesariana e que destes, 35% foram realizados em hospitais públicos e alarmantes 80% no setor privado, este último responsável pela maioria dos casos de prematuridade leve nos nascimentos no Brasil. Em 2008, esses números chegaram a 31% no SUS e 84,5% na rede privada.

O inquérito também chama atenção por revelar que o Brasil lidera o ranking mundial de nascimentos por via cirúrgica, o que vai de contra as recomendações da OMS que preconiza que o ideal é que até 15% dos partos do país podem ser realizados por cesárea.

[...] a prática do Estado como forma de elaboração de políticas públicas: como esperado nas estruturas democráticas, a mobilização da sociedade civil na construção de dinâmicas e realidades desejáveis é essencial para fazer valer os direitos assegurados legalmente. Assim, em 2007, um grupo de mulheres representantes da Parto do Princípio denunciou ao Ministério Público Federal (MPF) a omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diante da ocorrência abusiva de cesarianas nas maternidades particulares. Em 2010, o MPF iniciou Ação Civil Pública contra a ANS2, para que esta exerça sua função reguladora, e parte das solicitações e propostas da Parto do Princípio foram contempladas pelo MPF. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 8).

Este documento destaca a importância do entendimento do termo humanização e destaca o proposto por Rattner (2009) quando diz “finalmente, a autora comenta que Humanização é um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional”. Isto se dá, pois, utilizando-se o termo correto, somos forçados a refletir sobre a humanidade e subjetividade por trás daquela mulher, sujeito de direitos e deveres que não deve ser objetificado e visto apenas como mais um número conforme regularmente ocorre.

O dossiê aponta que apesar das várias legislações vigentes que garantem o direito das parturientes e seus familiares, os profissionais e as instituições não respeitam o disposto no legislativo, e que estes direitos por não conterem meios efetivos de se fazer cumprir por estes profissionais se mostram ineficazes.

A rede aponta ainda como as legislações internacionais, em especial as argentinas e venezuelanas, já avançaram no que tange ao combate à violência contra a mulher e, conseqüentemente, à violência obstétrica. A rede ressalta:

À realidade brasileira, observamos que: 1) deve-se fazer cumprir os dispositivos legais já existentes; 2) deve-se corrigir seus dispositivos, de modo a não permitir interpretações que venham subtrair um direito que se pressupõe estar atribuído; 3) criar novos dispositivos, assegurando que se cumpra a totalidade do que se preconiza nas campanhas governamentais de humanização. Diante de cenário tão deficiente, a sociedade civil, através de coletivos de saúde, organizações e grupos de mulheres, já se organiza no Brasil, denunciando a vergonhosa situação do país que sustenta os maiores índices de cirurgias cesarianas em todo o mundo, bem como índices de morbimortalidade materno-infantil que apresentam-se estacionados, apesar dos esforços governamentais e crescente acesso a tecnologias. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 52).

O documento também aponta dado importante sobre uma das principais causas de morte materna: o aborto. Este é um assunto que possui grande repercussão, tendo vista não só o seu impacto legal, elencado nos artigos 124 a 128

do Código Penal Brasileiro, mas também pelo senso comum que envolve o assunto, seus aspectos culturais, religiosos e morais.

Mulheres em situação de abortamento espontâneo ou induzido que dão entrada em serviços de saúde de atenção obstétrica e pronto socorro frequentemente encontram dificuldades para conseguir atendimento adequado e humanizado. A dificuldade de acesso a serviços qualificados de saúde pode ser considerada como um fator indireto que contribui com a ocorrência da mortalidade materna. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Mesmo a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento do Ministério da Saúde trazendo em seu escopo quais devem ser os procedimentos adotados nos casos de abortamento, a realidade ainda mostra que a maioria das mulheres nessa situação são negligenciadas, rechaçadas, criminalizadas, humilhadas e até mesmo agredidas por profissionais que deixam seus valores morais, religiosidade e senso comum à frente de seu dever profissional.

O MS (Ministério da Saúde) preconiza:

- a) Não cabe objeção de consciência no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.
- b) É dever do (a) médico (a) informar à mulher sobre suas condições e direitos e, em caso que caiba a objeção de consciência, garantir a atenção ao abortamento por outro (a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que violem os direitos humanos das mulheres.
- c) Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o (a) médico (a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher.
- d) Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer naturezas, que possam negar e desumanizar esse atendimento.
- e) Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.
- f) Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e com pouco conteúdo a ser esvaziado, e satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas apenas com

apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários. Na maior parte dos procedimentos, é suficiente o uso de analgésicos não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação. Algumas mulheres precisam receber drogas tranquilizantes, como o diazepam ou o midazolam, quando a ansiedade passa a ser componente prejudicial ao atendimento. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Importante ressaltar que o atendimento às mulheres em situação de abortamento deve ser realizado independente das circunstâncias que este ocorreu devendo esta receber um atendimento completo e humanizado. A Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre a atenção humanizada às situações de abortamento é um bom exemplo de política pública pensada para isto.

Trata-se de uma cartilha editada em 2014 pela Secretaria de Atenção à Saúde no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, e traz em seu arcabouço o plano nacional e internacional de atenção ao abortamento, seus aspectos éticos, profissionais e jurídicos além de diversas orientações sobre os aspectos clínicos e de atendimento e planejamento familiar. O documento aponta que no Brasil ocorrem cerca de um milhão de abortamentos anualmente e que esta é uma das maiores causas de morte materna no país. Além disso, de ressaltar como os aspectos sociais, culturais, econômicos e jurídicos contribuem para este grave problema de saúde pública.

Este conjunto de normas técnicas é fruto de reivindicações dos vários movimentos feministas como a Rede Feminista de Saúde e de movimentos contra a violência obstétrica, tais como o ReHuNa e a Rede Parto do Princípio. Ambas abordadas nesta pesquisa trazem em seu arcabouço a busca pela efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e do cumprimento dos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário. Neste sentido, a cartilha justifica:

Em 20 anos do sistema único de saúde e 25 anos de criação Paism, tendo os objetivos de desenvolvimento do milênio (odm) como horizonte, o ministério da saúde, por meio da Área técnica de saúde da mulher, apresenta aos profissionais de saúde a nova edição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, com revisão de normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica. Cumpre, assim, esta nova edição, objetivos específicos da Política nacional de atenção integral à saúde da mulher – e seus Planos de ação, ao buscar promover a atenção qualificada e humanizada – obstétrica e neonatal, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes. Ademais, o ministério da saúde vem atuando, de maneira intra e intersetorial, no âmbito do Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal e, em especial, de forma articulada com a secretaria

especial de Políticas para as mulheres (sPm), nos Planos nacionais de Políticas para as mulheres. Caminha, desse modo, para a ampliação do acesso à atenção, auxiliando profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz, qualificada e livre de julgamentos morais nos casos de abortamento, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014, p. 5).

Complementa Sonia Correa e Ângela Freitas sobre pressões feministas:

No caso brasileiro, especialmente, estas informações foram utilizadas para alimentar a argumentação do movimento feminista, em 1995, quando dos trabalhos da Comissão Especial que avaliou a Proposta de Emenda Constitucional 25, que solicitava a inclusão da premissa de "direito a vida desde a concepção" no texto constitucional. Em 1997, os dados do AGI foram disseminados pelo movimento de mulheres e articulistas de renome, no contexto do debate que teve lugar após aprovação do Projeto de Lei 20 de 1991 pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara Federal (agosto). Este projeto de lei obriga o sistema público de saúde a realizar o procedimento de interrupção da gravidez nos dois casos permitidos pelo Código Penal de 1940 (risco de vida para a mulher e gravidez resultante de estupro). (CORREA; FREITAS, 1997, p. 390).

Este tema, apesar de ser um retrato real em especial em países tidos como em desenvolvimento, ainda se mostra como tabu, principalmente se levados em consideração apenas os aspectos subjetivos como a moral e a religião.

A pesquisa mostra que o aborto espontâneo ocorre em cerca de 10 a 15% dos episódios de aborto no país e que, apesar de não incluir o elemento volitivo da gestante, o atendimento dado a estas leva a auto depreciação, sensação de culpa e depressão. Em grande parte dos casos, tanto a sociedade quanto os profissionais de saúde utilizam-se apenas de parâmetros morais, religiosos e culturais para exercer um juízo de valor sobre aquela mulher, ocasionando em atendimentos negligentes, imprudentes e por vezes violentos.

Além disto, situações prévias de violência sexual contra a mulher, a falta de acesso a informação e de métodos de contracepção eficientes também ocasionam em uma omissão das situações de abortamento, sejam por vergonha e/ou medo do julgamento familiar e social. Neste sentido aponta a pesquisa:

O abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso destacar que, para muitas mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta de violência sexual, seja por desconhecido, seja cometida pelo parceiro ou outro membro em âmbito doméstico e/ou intrafamiliar. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014, p. 7).

Estes aspectos levam às mulheres a omitirem os abortos ocorridos levando a subnotificação dos casos e o aumento de casos fatais em decorrência de complicações pós-abortamento devido à escolha de métodos inseguros e ilegais. Nos anos entre 1995 e 2003, foi realizado mais de um milhão de abortos inseguros por ano no Brasil de acordo com os dados apresentados pela OMS.

A ilegalidade atribuída à prática, e a falta de espaço para diálogo sobre o tema, ocasiona em um grande problema de saúde pública e disseminação de um senso comum que coloca a mulher como criminosa aos olhos da sociedade em geral independente da circunstância que ocorreria aquele aborto.

Em países onde as mulheres têm acesso aos serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de um abortamento realizado com métodos modernos não são maiores do que uma para cada 100 mil procedimentos. Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes mais alto do que de um abortamento realizado por profissionais e em condições seguras. Por outro lado, em países onde o aborto é proibido por lei ou norma religiosa, não há queda da taxa total de abortos, pelo contrário, estudos demonstram um efeito direto entre a proibição e o aumento das taxas de abortamentos clandestinos e inseguros, e logo, da mortalidade materna (OMS, 2004, p. 7).

Ainda neste sentido, expõe Sônia Correa e Ângela Freitas sobre pesquisa desenvolvida pela Alan Guttmacher Institute:

Enquanto no Peru e na Colômbia uma em cada cinco mulheres que interrompem voluntariamente a gestação recorrem ao serviço de saúde, no Chile, no México e na República Dominicana esta proporção é de quatro para uma; e, no Brasil, de 3,5 para uma. Esta heterogeneidade decorre de fatores como o acesso aos serviços e disponibilidade dos mesmos, assim como o terror das mulheres de que, ao revelar a circunstância do abortamento, sejam punidas. (CORREA; FREITAS, 1997, p. 389).

O pré-conceito trazido pelo senso comum quando se trata dos casos de abortamento leva a episódios de múltiplas situações de violência obstétrica, tais como a violência psicológica proveniente de claras demonstrações de falta de empatia, emprego de termos discriminatórios para se dirigir a mulher e falta de interesse de ouvir, violência física/sexual como o emprego de técnicas dolorosas que poderiam ser feitas por meio de anestesia e não o são como meio de punição, além da falta de atendimento (demora incomum) também como meio de prolongar o sofrimento daquela já socialmente “julgada” como não merecedora de socorro. Este

tipo de situação expõe a falta de preparo dos profissionais de saúde, e escancaram as mazelas trazidas pelo sistema patriarcalista que vê o corpo da mulher como fonte de dominação masculina. Fato é que somente por meio de uma escuta ativa e sem julgamentos prévios trará uma mudança no cenário de abortamentos no Brasil. Preconiza a cartilha:

Cabe ao profissional adotar uma “atitude terapêutica”, buscando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014, p. 24).

O dossiê traz ainda os tipos de violência obstétrica, sua caracterização e traz diversos relatos de vítimas desta espécie de violência, finalizando o levantamento das informações com as exigências necessárias para a erradicação deste tipo de violência. De acordo com a Medicina Baseada em Evidências e o Manual da Organização Mundial de Saúde para boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto, queremos o alinhamento das práticas obstétricas nacionais às melhores práticas de assistência à gestante e ao trabalho de parto e parto, a saber:

- a) Atuação das agências reguladoras ANS e ANVISA estabelecendo normatização de oferta de plantões obstétricos qualificados, com adequação à RDC 36 de 2008 da ANVISA e demais legislações vigentes.
- b) Publicitação dos índices de cesáreas e partos normais, episiotomias, acompanhantes por instituição (públicas e privadas, civis e militares) e profissional de saúde (de acordo com o vínculo: público, particular, em plantão obstétrico, credenciado pelo plano de saúde).
- c) Atuação do Ministério da Saúde estabelecendo normativa para adequação cultural.
- d) Adequação das vestes hospitalares para utilização durante o trabalho de parto, a fim de que as mulheres possam deambular livremente, mantendo, no entanto, seu direito à privacidade, evitando constrangimento e exposição excessiva.
- e) Capacitação dos canais 180 e 136 no Governo Federal e do 0800 da ANS para acolher, registrar e orientar mulheres vítimas de violência obstétrica e criação das categorias de violência obstétrica e violência institucional no ligue 180: violência contra a mulher.
- f) Incentivo à criação/manutenção de grupos de gestantes com informações sobre gestação, parto, nascimento, amamentação nos serviços de atenção básica e também nos serviços credenciados aos planos de saúde que ofereçam plantão obstétrico com cobertura obrigatória inclusa no rol de procedimentos e eventos em saúde. Proposta de Projeto de Lei para alterar a Lei Feral 11.108/2005:

Exigimos ainda:

- a) Atuação do Ministério da Saúde junto às creches públicas e privadas para alinhamento das práticas à política nacional de incentivo ao aleitamento materno.
- b) Atuação do Ministério da Saúde junto à ANS para que haja alinhamento das práticas da Rede Cegonha no setor suplementar.
- c) VOTAÇÃO da PEC para alterar a Licença maternidade para 180 dias.
- d) Alteração da legislação para o período de exercícios domiciliares da estudante grávida/ mãe estudante.
- e) Reabertura e criação de cursos de graduação em Obstetrícia nas Universidades Públicas.
- f) Incentivo à reabertura de especializações em Enfermagem Obstétrica nas Universidades Públicas.
- g) Capacitação dos profissionais à atenção humanizada ao abortamento de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde e criação de Políticas Públicas efetivas para redução da mortalidade materna causada por complicações de aborto. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

O documento ainda denuncia como as agências reguladoras e órgãos fiscalizadores são omissos em relação as denúncias que chegam até eles. O que só reforça a conduta desumanizada trazendo sensação de impunidade para as vítimas e certeza desta para os agressores.

Porém, qual o entendimento dos profissionais da área para as denúncias em questão? Trataremos a seguir sobre a visão dos profissionais da saúde e qual a justificativa do Conselho Federal de Medicina para este problema de saúde pública.

3.5 A visão hegemônica dos profissionais de saúde

Em 1996, a OMS publica o informativo Maternidade Segura, com recomendações de ações e cuidados a fim de humanizar os partos e a assistência de mães e bebês com segurança e ampla qualificação. Estas ações foram divididas em quatro grandes blocos, a saber:

- a) Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas;
- b) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- c) Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- d) Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. (FUGITA; SHIMO, 2014, p. 2).

Devem ser estimuladas: o respeito aos direitos da parturiente, como a escolha do seu acompanhante; a oferta de líquido por via oral; o apoio humanizado e empático da equipe do Hospital; o esclarecimento de dúvidas e a prestação de

informações; o respeito ao bem-estar físico e psicológico da mulher; a não utilização de métodos invasivos ou fármacos; além do contato pele a pele entre mãe e bebê e incentivo ao aleitamento materno já na 1^o hora pós-nascimento.

Em 2000, a ONU (Organização das Nações Unidas) estabeleceu 8 objetivos de desenvolvimento do milênio. Estes objetivos visavam resolver/responder às questões levantadas em várias conferências internacionais da década de 1990. Entre estes objetivos está a redução dos óbitos materno-infantis, com a meta de alcançar no ano de 2015. Sendo assim, visando o cumprimento dos compromissos junto à ONU, os estados criaram diversas políticas públicas com o fim de atender às demandas relacionadas à OMS e por meio da portaria 569/2000 cria o PHPN.

O parecer 32/2018 do CFM exprime a opinião da comunidade médica no que diz respeito ao assunto violência obstétrica. Para eles, essa expressão é uma “agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética”.

Ao falar sobre a sua profissão, o médico expressa um desgosto com a expressão “violência obstétrica”, compreendida no seu discurso como um termo depreciativo, exacerbado pela mídia e que negligencia a autonomia do obstetra e classifica todas as práticas médicas como hostilidade contra a mulher e não como um benefício em prol da saúde da parturiente e do recém-nascido, o que influencia de maneira negativa no cotidiano de trabalho nas maternidades e na relação médico/parturiente. (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 5).

Em artigo científico produzido pela professora da escola de enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rey, Virgínia Junqueira Oliveira, e pela doutora em filosofia da enfermagem e professora da UFMG, Cláudia Maria de Mattos Penna, temos a visão dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) em situações de violência obstétrica. Para os médicos, o termo é usado de forma banalizada e sem razão de ser:

Hoje, qualquer coisa que você faz com a paciente, pode ser encarado como violência obstétrica. Se você faz parto normal, é violência, se faz cesárea, é violência. Eu acho que não é por este lado. Tem que entender que é um contexto, a gente não quer que ninguém sinta dor ou sofra. É muito maior do que se fala na mídia, do que um caso. Eu acho que obstetrícia é cumplicidade, a gente tá aqui para fazer o melhor, chegar a uma solução boa pra todo mundo. A paciente quer que você faça o atendimento sem examinar como é que isto pode ser justo. Eu não concordo com esta obstetrícia (Med 6) (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 5).

No artigo citado acima, os médicos alegam que os relatos das parturientes não condizem com a realidade e a maioria deles se sentem agredidos pelas “narrativas hostis” divulgadas de forma desrespeitosa, maculando a essência do ofício médico, ou seja, se colocando na situação de vítimas e deslegitimando o discurso das mulheres. A pesquisa ressalta ainda que, a comunidade médica entende que a autonomia da mulher deve ter limites quando se trata da escolha pelo parto vaginal em local que não seja o Hospital, por entenderem que existem grandes chances de risco para mãe e criança.

Ressaltam que sua preparação durante todo o curso de medicina e residência lhes proporciona conhecimento sólido do que é preciso ser feito para garantir o bom andamento do trabalho de parto e que todos os esclarecimentos necessários são prestados de forma eficiente no decorrer do pré-natal. Porém, quando são colocados diante de situações em que a paciente ou seu acompanhante possuem dúvidas ou questionamentos no momento do parto, se mostram completamente intolerantes. Contextualizando alude Virgínia Junqueira e Cláudia Maria de Mattos:

Ao se ver questionado pelo acompanhante, o médico sente-se confrontado e indignado, porque tem seu saber como uma verdade absoluta, ao qual os corpos das pacientes são docilmente submetidos para que possam ser controlados, transformados e aperfeiçoados. (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 6).

Os médicos alegam ainda que os procedimentos tidos como violentos (episiotomia, por exemplo), tem necessidade científica e não são utilizados sem necessidade. Apontam que a expressão “violência obstétrica” tem se voltado em desfavor à especialidade de ginecologia e obstetrícia, não levando em consideração todas as etapas percorridas até o momento do parto, impregnando, de acordo com estes, uma “agressividade que beira a histeria” e que “em razão da radicalidade dos movimentos sociais e feministas, os médicos obstetras vem sendo estigmatizados”. (OLIVEIRA; PENA, 2017,).

No mesmo documento, o conselho ainda afirma que o plano de ação da OMS estabeleceu como boas práticas em 1996 discriminam por si só outras práticas que não às estabelecidas no plano e que a OMS vem veiculando políticas públicas sem ouvir as entidades médicas. Articula também que trabalhos feitos por ONG’s, como é o caso da ReHuNa, divulgam estas boas práticas em detrimento de outras. Apesar de algumas poucas leis fazerem menção ao termo violência obstétrica, ele não é utilizado nem mesmo pela própria OMS que define a violência no parto como “maus

tratos” durante o parto e violação dos direitos das mulheres no cuidado respeitoso, direito à vida, a saúde, a integralidade física e a não discriminação. Ressaltam novamente que o uso do termo em questão somente estigmatiza e responsabiliza unicamente o médico.

Estas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais de saúde como violentas, mas, sim, como exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil”, e a violência vai sendo reproduzida como mais uma das formas de rotina do serviço. (SENS; STAMM, 2019, p. 3).

O CFM ressalta ainda:

Discutir autonomia da mulher quanto à escolha da via de nascimento envolve aprofundamento em um tema ainda inconclusivo, que esbarra no conceito de pessoa e no que diz respeito ao reconhecimento do estatuto do embrião humano. (BRASIL, Conselho Federal de Medicina, 2018, p. 10).

Além disto, os profissionais alegam que este “excesso de autonomia” da mulher retira do profissional o reconhecimento de sua especialização enquanto médico.

Hoje, quem manda é a paciente, você não tem reconhecimento. A maior dificuldade minha é com o acompanhante, porque ele hoje sabe mais do que o médico, pesquisa na internet. Então ele chega e determina o que deve e o que não deve ser feito e isso me traz muito desgosto, ter que trabalhar com este tipo de paciente (Med 1). (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 5).

Ademais, ao mesmo tempo em que os profissionais médicos reivindicam o respeito a sua detenção do saber, atribuem que a falta de conhecimento da gestante dificulta a relação médico/paciente.

A mulher não vem preparada para o que vai enfrentar. A maioria vem com uma carência de informação e acaba tendo um desencontro entre o que a gente propõe e o que a mulher espera. A obstetrícia é a segunda classe médica com mais processo, e isso cria uma posição de defesa do médico perante a paciente, e acaba atrapalhando a relação médico/paciente (Med 5). (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 6).

Afirma ainda que tem havido interpretações contraditórias por parte de alguns pesquisadores/as na tentativa de entender o termo “humanização”.

Parece haver um resgate do que vem sendo denominado de “humanização do parto”. Muitos pesquisadores têm explorado o entendimento do termo “humanização”, descrevendo os diferentes significados (muitas vezes contraditórios), suas possibilidades de mudar a cultura médica, a compreensão da anatomia e fisiologia das mulheres e as relações de gênero. (BRASIL, Conselho Federal de Medicina, 2018, p. 10).

Isto nos leva a questionar: qual seria o tipo de paciente ideal de acordo com as perspectivas da classe médica? De acordo com a pesquisa acima, os profissionais entendem como ideais as mulheres que não questionam demais os procedimentos tidos como necessários, que não reclamam e que são mais informadas sobre a importância do relacionamento médico-paciente. Neste sentido aponta o artigo:

[...]mulheres informadas, esclarecidas, preparadas e orientadas previamente para o parto, são as mais fáceis de lidar durante a internação, e, que o pré-natal é o melhor momento para que a informação e a preparação aconteçam. Outros aspectos que facilitam a assistência é a paciente ter bom relacionamento, confiar na equipe, estar aberta ao diálogo e ser colaborativa[...].(OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 8).

Certo é que, de acordo com os médicos entrevistados pela pesquisa, este relacionamento está diretamente ligado a arcaica certificação de dominação sobre os corpos femininos, uma vez que, para estes, estar “aberta ao diálogo” significa não questionar o uso de métodos que estes entendem por necessários, deslegitimando de forma explícita a opinião, vontade e conhecimento prévio destas mulheres sobre o próprio corpo. Por fim, o conselho entende que deve haver uma mudança do termo por se tratar de uma espécie de “violência institucional” e corrobora as conclusões de seu parecer:

Através de portarias, programas oficiais e mudanças frequentes na legislação do SUS, instalou-se uma série de regras e protocolos, em que a figura do médico, em especial obstetras, tem sua participação diminuída e questionada, inclusive desautorizando o uso de condutas consagradas e cientificamente comprovadas (...). Estas leis, que constam com o apoio de algumas ONG's e outros grupos associativos criam situações de conflito, em sua grande parte amparadas em movimentos político-ideológico, influenciando negativamente na harmonia das equipes multiprofissionais, bem como nos procedimentos e condutas baseadas em evidências científicas comprovadas (...). O CFM repudia os atos e reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na demonização progressiva a que esta especialidade vem sendo exposta. (...) O CFM considera que o termo “violência obstétrica, além de pejorativo, traz em seu bojo riscos permanentes de conflito entre pacientes e médicos no serviços de saúde e, para efeito de pacificação e justiça, avalia que tal termo seja abolido e que as deficiências na assistência ao binômio materno-fetal tenham outra

abordagem e conceituação. (BRASIL, Conselho Federal de Medicina, 2018 p. 11-12).

Em pesquisa realizada em uma maternidade pública, humanizada e de ensino no Sul do país, entre fevereiro e setembro de 2016, por meio de questionário, 25 médicos/obstetras (16 ginecologistas e 7 residentes), com idade entre 25 a 57 anos, dos quais 59% são mulheres e todos se declararam brancos, 60% dos entrevistados relatam que mulheres previamente bem informadas sobre parto são mais fáceis de lidar e que o pré-natal é o melhor momento para sanar dúvidas e esclarecer procedimentos.

Em contrapartida, não aceitar as prescrições médias e as rotinas da instituição são atitudes da paciente que os profissionais consideram inconveniente: “Questionamento sobre procedimentos imprescindíveis como vacinas, kredé, kanakion, uso de ocitocina, quando indicado, episiotomia e cesárea, quando indicados, etc.”. Se, por um lado, os médicos afirmam que, “a mulher bem informada” é uma condição que colabora na prevenção de violência obstétrica/violência institucional, por outro, apontam que elas questionam e recusam indicações por serem radicais e/ou influenciadas por informações recebidas anteriormente, sendo essas as pacientes difíceis de lidar. (SENS; STAMM, 2019, p. 6).

Na visão dos obstetras, as pacientes tidas como “boas” são as colaborativas (aquelas que obedecem sem questionar). Já aquelas com perfil contrário (questionadora), que exprimem sua vontade, são tidas como “pacientes difíceis”. Geralmente, a recusa de pacientes a certos procedimentos é vista pelos profissionais como “uma afronta ou apropriação” e, geralmente, resulta em comentários agressivos no sentido de estabelecer uma hierarquia de poder.

[...] e neste sentido pode ferir as relações hierárquicas de classe social, status e gênero, ao contestar a autoridade do profissional de saúde valorizando o seu próprio saber. [...] Outra questão importante se refere à estratégia de resistência das pacientes às formas de opressão vivenciadas e ao duplo poder a que estão submetidas como mulheres, à dominação masculina e, como pacientes, a dominação da medicina sobre seus corpos. (SENS; STAMM, 2019, p. 7).

Todos os profissionais entrevistados se dizem vítimas de violência durante suas atividades profissionais e isto se deve a situação precária de trabalho, superlotação de Hospitais, equipes reduzidas, além de relatos de “desacato”, desrespeito, agressões e hostilidades apresentadas pelas pacientes. Os médicos alegam que vêm sendo execrados e forçados a seguirem procedimentos que não veem como adequados para se proteger.

Neste sentido, discorre Maristela Muller Sens (2019) no artigo *Percepção dos Médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente*:

[...] Trouxe consequências como a consolidação de uma “medicina defensiva”, resultando no uso exagerado de exames complementares, na recusa em realizar procedimentos de maior risco, na perturbação emocional do médico e, por fim, no aumento de custo na saúde para o profissional e o paciente. (SENS; STAMM, 2019, p. 9).

Todos os profissionais entrevistados concordam que o esclarecimento de dúvidas das gestantes é uma obrigação profissional e que, sempre que possível, esta deve exercer sua autonomia, desde que as decisões sejam provenientes de acordo prévio médico-paciente, como uma decisão compartilhada. Outro aspecto abordado por pesquisadores/as da área da saúde informa que a realidade de infraestrutura dos hospitais brasileiros influi de forma significativa na capacidade destes em implementar boas práticas de parto humanizado. No artigo *Programa de Humanização do Parto e Nascimento: Aspectos institucionais na qualidade da assistência* produzido por pesquisadoras enfermeiras relatam:

Sob essa ótica, as observações realizadas na maternidade onde este estudo foi realizado revelaram carências importantes no que se refere à infraestrutura da instituição, potencializando práticas que não condizem com as metas propostas pela PNH e PHPN. Alguns autores defendem que uma avaliação da estrutura hospitalar não deve ser realizada isoladamente, pois, apesar de ser capaz de garantir a segurança da assistência ao parto, puerpéra e neonato, diminuindo a probabilidade de resultados desfavoráveis, não garante a qualidade dos processos.¹⁹ Por outro lado, a avaliação da infraestrutura, mesmo que isolada, é importante, pois estruturas adequadas de serviços de saúde estão associadas à redução de mortalidade infantil e materna. Nesse contexto, é preciso refletir que trabalhar em precárias condições, quer sejam por recursos humanos, físicos e/ou materiais insuficientes, caracteriza a dificuldade em se pensar a proposta de humanização nessa dimensão ampla. Esses aspectos acabam por reforçar a dicotomia entre a produção das políticas, muitas vezes alheias e descontextualizadas, e a operacionalização cotidiana das práticas de saúde. (SILVA; SILVEIRA; MORAIS., 2017, p.3292).

A visão da equipe de enfermagem corrobora com o retrato violento sofrido não só por milhares de mulheres todos os anos no Brasil, mas também pela própria equipe que, por muitas vezes, se vê acuada diante da hierarquia médico/enfermeira (o), tendo o seu papel no momento do parto limitado e controlado pelo profissional médico. Relatos como os trazidos pelo artigo “O discurso da violência obstétrica na

voz das mulheres e dos profissionais de saúde” mostram como esta é uma realidade dentro dos hospitais.

Alguns profissionais se irritam com a paciente, sem entender o outro lado, de fraqueza, medo, e acaba que você escuta agressões verbais, que no momento ali, não pode fazer nada. Como você vai chamar a atenção do médico na frente da paciente, sendo que ele está na frente de qualquer coisa, ele está ali para fazer o parto. Isto é ruim, porque a gente está presente e qualquer coisa que acontecer, querendo ou não você está envolvida na insatisfação da paciente e tudo mais. É esta violência verbal que acontece quando a paciente está agitada, cansada e não consegue fazer força (Enf 9). (OLIVEIRA; PENA, 2017, p.4).

Ainda neste contexto:

No final ela desesperou, queria analgesia e o anestesista resistente. Estava gritando e o médico começou a fazer pressão no fundo do útero dela, e ela não queria, sabia o que era Kristeller, episio. Ela gritava: ‘Eu não quero esta mão ai’, se posicionava, e o médico gritou com ela, várias vezes. E o marido junto, um casal jovem, que tinham programado um parto maravilhoso, e tiveram um parque de horrores ali na sala de parto e todo mundo começou meio que perder a paciência com ela (Enf 8). Um parto desumano não é traumatizante só para a mulher, mas para a equipe toda que está ali e pro neném, porque olha a situação que este neném nasceu, como ele foi tirado dali. Até hoje, quando eu lembro, me dá muita raiva (Enf 4). A gente não esquece nem do bem e nem do mal. Eu acho que o negativo fica muito mais. Tem que ter cuidado, porque pra nós é uma rotina, mas para as mulheres é único. A gente vê a intervenção desnecessária, não sei se é o horário de trabalho, que não tem tempo de estar ali do lado. E já presenciei a própria imposição, grito é até o toque diferenciado, imposto: ‘abre esta perna, fica ai, não levanta’ (Enf 7). (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 5).

O Pacto De San Jose Da Costa Rica, de 22 de novembro de 1969, e ratificado pelo Brasil em 25 de setembro de 1992, prevê em seu art. 5º o direito à integridade pessoal e em seu § 1 aduz que toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica, e moral. Apesar das garantias trazidas por tratados e ratificados em nosso ordenamento jurídico e das metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, e do Programa de Humanização do Parto criado pelo Ministério da Saúde e implantado ao Sistema Único De Saúde (SUS) desde 2002, relatos de práticas violentas nas maternidades brasileiras são frequentes, o que nos leva a questionar a causa de tamanho despreparo em pleno século XXI. Para tanto, se fez necessária uma análise mais profunda não só da violência em si, mas também sobre as causas, os pilares formadores, a fundação que de certa forma acabou inserindo na sociedade brasileira a “legitimação” desta espécie tão brutal de violência.

Para se fazer uma análise sobre as causas raízes da propagação desta espécie de violência, faz-se necessário entender melhor sobre a formação e a ocupação do Estado brasileiro. Em que pese nossa constituição oficial enquanto Estado se dar a partir da declaração de independência, o enraizamento desta espécie de violência possui matrizes mais antigas devendo ser considerado o maldito “legado” estrutural e cultural instalado por Tomé de Souza e os seus desde a tomada das terras brasileiras.

O modus operandi patriarcalista e patrimonialista instituído desde a colônia teve (e tem) como base fundamental a manutenção do escravismo como pedra angular do processo de autoritarismo, e traz consigo o estreitamento e o fortalecimento das relações de dominação em todas as áreas, o que perpetua várias espécies de violência, inclusive a supracitada. Neste sentido alude Alencastro:

Esboçam-se aqui os traços históricos originais que marcam o autoritarismo brasileiro: a prática de um jogo parlamentar restrito que permite a conciliação das elites, excluindo as camadas populares dos centros de decisão, e a existência no seio da administração pública de uma corrente que preconiza a modernização do país pela via autoritária” (ALENCASTRO, 1987, p. 70).

Este autoritarismo raiz traz consigo uma ideia errônea de que existe uma legitimação real de violência quando estamos diante de agentes detentores de poder, seja este algo como um maior conhecimento técnico de um assunto, ou simplesmente por outorga pública, como são, neste caso, os agentes prestadores de serviço no SUS.

A relação médico/usuária comumente é permeada por um discurso dissimétrico entre um suposto-saber médico com um presumível não saber da paciente. O médico acredita possuir um saber científico suficiente para conduzir o trabalho de parto e lidar com as adversidades e complicações que possam surgir neste momento. (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 5).

Os baixos salários, e as condições insalubres juntadas ao falso entendimento de que o Estado é aquele provedor livre de preconceitos, preceitos, preferências e privilégios fazem com que aquela ideia de que a gestante é apenas mais um número dentre milhares de mulheres que “não sabem o que é melhor para elas mesmas” se perpetue, ocasionando em diversos malefícios sociais. Neste sentido discorre Wanderley Guilherme dos Santos:

O Estado que nos cerca, portanto, não configura caso especial de um Estado providencia, ou provedor, a dispensar favores, magnânimo, sem discriminação de classes, segmentos ou regiões. Justo o contrário, ele é pequeno precisamente porque, em parte, ele opera segundo uma lógica privada e oligarquizante para benefício de poucos. Por isso, no Brasil, a provisão de bens realmente públicos, aqueles bens classicamente liberais — educação, saúde, lei e ordem — é deficitária e deficiente” (SANTOS, 1993, p.105).

Isto faz com que os profissionais detentores do conhecimento técnico/médico e eivados do senso comum herdado de uma visão patriarcalista desde a colônia cometam atos de violência em seu pensamento justificado. O “legado” os faz entender que este seria o processo natural de conduta a ser seguido e que eles, como portadores do poder, não só podem como devem restringir quaisquer atitudes que não façam parte da rotina arcaica de partos, mesmo que isto signifique lançar mão de seu direito "legítimo" a violência contra aquela mulher.

Nesta seara, esclarece Virgínia Junqueira e Claudia Maria Mattos:

Assim, o corpo torna-se alvo do poder nas instituições de saúde. Descobriu-se que, por meio de intervenções, é possível acelerar o trabalho de parto, por meio de técnicas invasivas como o toque vaginal. O corpo pode ser medido, investigado em cada detalhe, e submetido a várias formas de manipulação, para se tornar ao mesmo tempo tão útil, tão dócil, quanto assujeitado. (OLIVEIRA; PENA, 2017, p. 8).

O fato é que, a falta de preparo dos profissionais de saúde está diretamente ligada a falta de eficácia e efetividade na aplicação de planejamento por parte do Estado. Deste modo relaciona Paulo Kliass e Jose Celso Cardoso Jr:

Dito de outra maneira: significa que o problema do Estado brasileiro é menos de eficiência (problema típico de gestão pública = fazer mais com menos) e mais de eficácia (fazer a coisa certa) e efetividade (transformar a realidade, eliminando ou mitigando os grandes e históricos problemas nacionais). Ou seja: grande parte dos problemas do Estado brasileiro relaciona-se com a ausência ou a precariedade do Planejamento Público (e não da Gestão pura e simples)! E isso implica a necessidade de encarar o planejamento em uma abordagem mais ampla, como processo tecnopolítico orientado para uma maior e melhor capacidade de governar” (KLIASS; CARDOSO JUNIOR; 2016, p. 6).

Deste modo, é fato que se faz necessário uma desmistificação da figura Estatal, com o fim de apontar seus erros na aplicação dos planos nacionais de gestão pública. Assim será possível desconstruir todos os mitos que fazem de nosso país um Estado que justifica o uso da violência contra mulher como parte de uma raiz cultural aceita pela sociedade.

Quando a gente fala na violência obstétrica, ela existe em todas as instituições, por todos os profissionais, todos os dias, algumas mais explícitas, outras mais maquiadas, a maioria não é denunciada, porque a paciente ou os profissionais não entendem como uma violência, e fica entre os profissionais da instituição, mas é com falas, com atitudes com condutas, tudo isso é propício para a violência (Enf 8). (OLIVEIRA; PENA, 2017, p.5).

Neste sentido, Simone Grilo Diniz cita Maia em seu artigo *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal* discutem:

[...] no modelo tecnocrático de assistência brasileiro para as mulheres do setor público e do privado “só há duas alternativas de parir: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea” sendo esta uma marca de diferenciação social e de modernidade [...] seria impossível questionar o modelo de assistência ao parto sem questionar a lógica de assistência à saúde no Brasil” (DINIZ *apud* MAIA; 2009, p. 319).

Esta lógica de assistência é questionada já a muito tempo pela sociedade, em especial por movimentos feministas que desde o sec. XIX lutam pelos direitos da mulher, por sua liberdade, autonomia, direito à educação, formação e planejamento familiar.

Antes de adentrar na questão dos programas a serem tratados nos próximos capítulos, é necessária uma análise do que vem a ser os direitos sexuais e reprodutivos, tendo em vista que a espécie de violência tratada neste trabalho ocorre diretamente da violação e inobservância desses direitos. Faz-se necessário uma breve introdução destes e quais são seus embasamentos jurídicos.

3.6 Direito à saúde e direitos sexuais e reprodutivos

Tendo em vista este histórico de situações de violência vivido pelas mulheres gestantes no mundo e as lutas travadas pelos movimentos feministas, o Estado se viu na obrigação de legislar sobre o assunto. Fazendo valer direitos já garantidos pela constituição federal de 1988, realizou-se a promulgação de diversas leis e portarias baseadas nas discussões sobre direitos humanos e erradicação da violência de gênero.

A portaria número 569 de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Este programa adotado pelo SUS desde 2002, tem por objetivo diminuir a taxa de mortalidade materna, peri e neonatal, além de assegurar qualidade no atendimento e acesso aos serviços do

Sistema Único de Saúde dando uma maior atenção às gestantes, puérperas e neonatos.

Visando atenção nacional ao tema foi promulgado no dia 24 de novembro de 2003 a lei 10.778 que estabelece a notificação compulsória em todo território nacional dos casos a violência contra mulheres atendidas no sistema público ou privado. Mais tarde, o artigo 10 desta lei teve nova redação dada pela lei 13.931/2019 incluindo-se a obrigatoriedade de notificação não só em casos confirmados, mas em casos que houver indícios de aplicação de violência.

A redação dada pela lei 12.288 de 2010 elenca em seu parágrafo 10º como espécie de violência:

§ 10- Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado. (BRASIL, 2010).

Em 7 de abril de 2005, a lei 11.108 altera a antiga redação da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo às parturientes o direito a presença de acompanhante durante o pré parto, trabalho de parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Mesmo sendo este direito algo positivado em nosso ordenamento jurídico, uma das maiores queixas das gestantes vítimas de violência obstétrica é a falta de atenção na efetivação deste direito. Tanto em hospitais públicos quanto em hospitais particulares este direito é diariamente violado gerando insegurança e frustração por parte não só da gestante, como também de seu acompanhante.

Com a portaria 1459 de 2011 foi criada a Rede Cegonha com o intuito de difundir e incentivar a ideia do parto normal humanizado. Além disso, prima pela atenção integral da gestante do conhecimento do estado gestacional, até o nascimento do bebê e atualmente este programa atende mais de 5 (cinco) mil municípios brasileiros, estando presente em toda a rede de hospitais conveniados ao SUS.

Em 2014 foi instituída a portaria 371 que ampliou o programa de humanização do parto e implantou diretrizes para uma atenção integral e humanizada para mãe e recém-nascido. Estas diretrizes incluem contato pele a pele de mãe e bebê logo

após o nascimento⁵, mamada logo na primeira hora de vida, o que facilita a descida do leite materno e diminui o risco de hemorragia uterina, além do clampeamento⁶ do cordão umbilical somente depois que este pare de pulsar. Essas medidas colaboram tanto no aspecto físico, quanto psicológico do parto.

Ainda em 2014, a OMS (Organização Mundial de Saúde) apresentou a declaração de “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” que apontam as medidas a serem tomadas para acabar com a violência obstétrica no mundo. São propostas 05 (cinco) diretrizes que devem ser adotadas como base por todos os países do mundo a fim de pesquisar, projetar e promover soluções para erradicar este tipo de violência em escala global. São estas:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto;
4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais;
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.

Dentre estes direitos está o respeito e aplicação efetiva dos direitos sexuais e reprodutivos, tema este que será abordado no capítulo seguinte. Neste, após esclarecido o que são e em que medidas se aplicam, trataremos sobre as políticas

⁵ Contato este que acalma mãe e bebê levando a estabilização da pressão sanguínea, dos batimentos cardíacos da taxa de oxigenação do bebê, além de mantê-lo aquecido diminuindo o stress de ambos e fortalecendo o vínculo entre mãe e bebê.

⁶ Ato de interromper o fluxo sanguíneo da placenta para o bebê. A Fiocruz elenca como boa prática de parto que este clampeamento seja feito de forma tardia, ou seja, após 60 segundos de nascimento, possibilitando que parte do sangue contido no cordão umbilical e na placenta volte para o bebê, trazendo benefícios como o aumento dos níveis de ferro no sangue e melhora do desenvolvimento cerebral nos primeiros anos de vida.

públicas e a movimentação da rede sociedade civil para o enfrentamento e prevenção da violência obstétrica, elencando os direitos garantidos pela CF/88. Sua inobservância é um forte marcador de como o machismo estrutural é algo que afeta as mulheres em diversas áreas de sua vida em razão do gênero.

Com o advento da declaração universal dos direitos humanos de 1948, a comunidade internacional por intermédio da Organização das Nações Unidas adotou uma série de direitos e garantias intrínsecas de toda pessoa humana. Estes direitos vêm para que os Estados, por meio de seu ordenamento jurídico, possam garantir que todo ser humano tenha seus direitos básicos respeitados. Esse rol de garantias foi chamado de direitos humanos.

Nesta seara aduz o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948): “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”.

No ordenamento jurídico brasileiro os direitos humanos foram recepcionados na Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1988 sob a forma de direitos fundamentais, estes elencados no art. 5º, sendo garantida sua aplicabilidade imediata conforme disposto no parágrafo 1º deste documento:

Art. 5º: Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...] §1º as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais tem aplicação imediata. (BRASIL, 1988).

Desta mesma forma, a prevalência dos direitos humanos e a autodeterminação dos povos também foram positivadas em nossa carta magna. Aduz o artigo 4º incisos II e III da Constituição da República (1988): “A República Federativa Do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: II prevalência dos direitos humanos; III autodeterminação dos povos”.

Dentre os direitos e garantias fundamentais está a dignidade da pessoa humana, direito garantido pelo art. 1º, inciso III da Constituição Federal. Este é um direito personalíssimo e indisponível, dado a toda e qualquer pessoa humana, e não pode ser quantificado, suprimido, ou comparado entre pessoas, é algo intrínseco à condição humana.

A dignidade da pessoa humana é um princípio basilar de nossa democracia, sendo este tutelado e consagrado não só por nosso ordenamento jurídico, mas por convenções e tratados internacionais que visam a proteção e efetivação dos direitos humanos fundamentais. Neste sentido esclarece Flavia Piovensan:

Dentre os fundamentos que alicerçam o Estado Democrático de Direito brasileiro, destacam-se a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art.1, incisos II e III). Vê-se aqui o encontro do princípio do Estado Democrático de Direito e dos direitos fundamentais, fazendo-se claro que os direitos fundamentais, são um elemento básico para a realização do princípio democrático, tendo em vista que exercem uma função democratizadora. (PIOVENSAN, 2010, p. 26).

Desta garantia nasceram uma gama de outros direitos fundamentais, tal como o direito à vida, e, conseqüentemente, o direito à saúde, direito este que deve ser garantido pelo Estado conforme previsão expressa da Constituição Federal de 1988 em seu art. 196.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (BRASIL, 1988).

Ainda neste sentido, corrobora Alves (2013):

A luta pela saúde pode ser lida como busca pela reconstrução de um conceito de dignidade que perpassa pela afirmação de si mesmo e, correlato, pelo reconhecimento por parte das outras pessoas e do Estado da existência do ser humano e da (co) responsabilidade da comunidade pelo respeito que ela merece. Nesta senda reitera-se a responsabilidade estatal no sentido de salva guarda da dignidade, o que implica em respeito, garantias e comprometimentos, envolvendo investimentos financeiros, políticos para tal finalidade. (ALVES, 2013, p. 207)

Junto ao direito a saúde surgiram os direitos Sexuais e Reprodutivos que vieram da responsabilidade do Estado em garantir a homens e mulheres a liberdade sexual e livre planejamento familiar. Estes direitos são uma questão de saúde pública assim como aduz o art. 226 § 7o da constituição federal.

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado [...] §7o fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas. (BRASIL, 1988).

Visando garantir e orientar a população sobre tais direitos, a Defensoria Pública Federal do Estado de São Paulo (SP) criou uma lista com os principais direitos sexuais e reprodutivos. São estes:

Direitos Sexuais:

1. Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a);
2. Direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual;
3. Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças;
4. Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual;
5. Direito de viver a sexualidade independente de estado civil, idade ou condição física;
6. Direito de ter relação sexual independente da reprodução;
7. Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras;
8. Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva;
9. Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS;
10. Direito aos serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
11. Direitos Reprodutivos.
12. Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filho, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas;
13. Direito a informações, meio, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos;
14. Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. (BRASIL, Defensoria Pública de São Paulo, 2013).

A conferência internacional da ONU sobre população em desenvolvimento (CIPD) que foi realizada no Egito, na cidade do Cairo, em 1994, trouxe a Plataforma de Ação do Cairo e em seu capítulo VII a definição dos direitos sexuais reprodutivos da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (ONU, 1994).

Por ser esta pesquisa relativa a um tipo específico de violência ocorrida em ambiente hospitalar contra gestantes e puérperas, faz-se necessária uma passagem

pela lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 que trata do planejamento reprodutivo e das garantias que o SUS (Sistema Único de Saúde) deve prestar à este público. Dentre estes, podemos citar como essenciais para esta análise, conforme cartilha disponibilizada pelo Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do estado do São Paulo:

1. Direito ao pré-natal durante todo o período da gestação no qual a mulher receberá orientações, poderá retirar dúvidas e será devidamente assistida por um profissional médico que indicará quais procedimentos deverão ser feitos em relação a investigação da saúde maternal e fetal e apresentará quais as opções disponíveis para a realização do parto.
2. Direito ao parto seguro – Este direito também corroborado pela lei 11.634 de 2007, garante à gestante o direito de conhecer as instalações da maternidade na qual dará à luz, além de ter garantido assistência não só na gravidez, mas no parto, logo após este e assistência integral ao recém-nascido cabendo ao SUS, em caso de inaptidão técnica da equipe hospitalar encarregada da maternidade, cuidar da transferência segura da gestante.(BRASIL, Defensoria Pública de São Paulo, 2013).

Ainda neste sentido, a Convenção para eliminação de todas as formas de discriminação contra mulher, de 18 de dezembro de 1979 e ratificada pelo Brasil em 01 de fevereiro de 1984, traz em seu art. 12, §1 e §2, o dever dos Estados em assegurar a Mulher tratamento isonômico e seguro.

Art. 12 §1 Os Estados-partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, a fim de assegurar, em condições de igualdades entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar.
§2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1o, os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância. (BRASIL, 1984).

É importante ressaltar que estes direitos são frutos de diversas lutas travadas pelos movimentos feministas, nos EUA, ainda na década de 50, o que ocasionou na criação de centro de saúde feminista nas décadas seguintes (DINIZ, 2005). Foi nesta época que houve uma reestruturação conceitual dos direitos sexuais e reprodutivos os relacionando diretamente com os tão discutidos direitos humanos.

Nesta mudança de paradigmas surgem várias discussões e propostas para um parto voltado para experiências que respeitassem à vontade, o ser e o momento pelo qual as mulheres passariam na hora de parir. Daí surge o termo “humanização”

da assistência ao parto. Este momento passa a ser visto como uma experiência pautada no constructo social, caráter ritual e variabilidade cultural. (DINIZ, 2005)

Estes conceitos são baseados em como era, e ainda é, conduzida a assistência ao parto e constitui parte importante e substancial em como estes movimentos veem a composição da luta em si.

Neste sentido, aduz Carmen Simone Grilo:

O conhecimento que baseia as decisões na assistência (Jordan, 1979), entre eles, o do chamado *modelo tecnocrático*, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores. Essas autoras documentaram extensivamente as relações de assistência ao parto com a sexualidade, com as relações de gênero e com o corpo feminino. Analisaram as contradições com as evidências científicas, e os rituais da assistência com as expressões do *medo extremo, em nossa sociedade tecnocrática, dos processos naturais dos quais esta sociedade depende para continuar sua existência* (Davis-Floyd, 1992). Constitui um campo de pesquisa muito produtivo, frequentemente ligada ao ativismo feminista e/ou ao de mudança nas práticas (Davis-Floyd & Sargeant, 1997). (GRILO, 2005, p. 629).

Estes movimentos foram essenciais e se fizeram presentes em todos estes anos de luta e quebra de paradigmas para que a violência obstétrica fosse finalmente conhecida e reconhecida como parte do constructo social, pois conhecer esses direitos previne e fortalece a luta contra a violência obstétrica que é uma consequência direta da violação dos direitos sexuais reprodutivos.

Neste contexto a pesquisadora Maria Betânia Ávila (2003) reflete em seu artigo *Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde*:

Para o exercício efetivo desses direitos, tornasse necessário uma transformação da lógica na qual está baseada o sentido das leis que dizem respeito ao exercício da reprodução e das relações amorosas e sexuais. Uma transformação que vai no sentido de deslocar o princípio lógico da prescrição e controle, para o princípio da ética e da liberdade. Políticas públicas dirigidas a esses direitos devem estar voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual. A transformação de mentalidade é um processo incontornável para vivência desses direitos (AVILA, 2003, p. 468).

Ainda nesta seara, ensina a Cartilha do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde:

É importante que todo (a) profissional no campo da assistência à saúde da mulher, especificamente no pré-natal e parto, conheça e respeite os direitos reprodutivos das mulheres. Esses direitos devem direcionar as práticas de cuidado e fazem parte de uma conquista histórica no plano político para a

redução das desigualdades de gênero e melhora dos indicadores de saúde das mulheres e bebês (ZORZAM,CAVALCANTI, 2016, p. 52).

Como foi possível observar, as lutas feministas desde o início tiveram papel fundamental para garantir a criação de leis que garantem o respeito a liberdade sexual, moral, política e social das mulheres e ,no que tange a maternidade, não foi diferente. Movimentos da sociedade civil criado e articulado por mulheres colocaram em pauta a realidade da violência sofrida pelas mulheres no ambiente hospitalar, fazendo com que esta discussão fosse levada ao legislativo com o fim de que fossem criadas políticas públicas destinadas a prevenir e erradicar esta espécie de violência.

Além disso, a criação de documentos, documentários e artigos científicos vêm contribuindo de forma massiva para a legitimação das vítimas, para o empoderamento das mulheres sobre seu corpo e para a conscientização de direitos instituídos, porém muitas vezes negligenciados pelas mulheres.

A partir disso, visando combater a violência obstétrica, o Estado e a sociedade civil se voltaram à criação de políticas públicas específicas que buscam a efetividade e a garantia do direito das mulheres em situação gestacional e puérperas. Mas o que vem a ser as chamadas políticas públicas, para que servem e como são criadas? E sociedade civil, qual o conceito e como estas contribuem para conscientizar e combater a violência obstétrica? Qual a dimensão matemática deste problema de saúde pública?

A seguir trataremos de refletir sobre estes questionamentos apresentando dados como os números da violência obstétrica, a exemplificação de políticas públicas e de redes da sociedade civil voltadas para estudo e combate a esta espécie de violência.

CAPÍTULO IV - AS POLÍTICAS PÚBLICAS E INICIATIVAS DA SOCIEDADE CIVIL VOLTADAS PARA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVAS

4.1 Os números da violência obstétrica

De acordo com pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo e SESC em 2010, uma em cada quatro mulheres sofrem de algum tipo de violência durante o parto nos hospitais brasileiros e destas 66% preferiam o parto normal à cesárea. Apesar disso, segundo dados da OMS, o número de cesarianas realizadas no Brasil chega a aproximadamente 56%, apesar do órgão recomendar que a taxa seja mantida em no máximo 15%. Ainda segundo a OMS, apenas 26,6% dos recém-nascidos tiveram contato pele a pele com a mãe logo após o momento do nascimento e apenas 40,9% das mães puderam amamentar seus filhos ainda em sua primeira hora de nascimento.

A episiotomia também entra no ranking dos dados alarmantes da violência obstétrica. De acordo com a OMS, a recomendação é de que o procedimento não ultrapasse 10% dos casos, porém a realidade nas maternidades é bem diferente. O procedimento é feito em cerca de 53,5% dos partos, ou seja, em mais da metade dos casos.

A mesma pesquisa ainda mostra os números alarmantes consequentes dos casos de abortamento:

25% das mulheres entrevistadas tiveram gestação interrompida, 22% declaram ter sofrido aborto natural, e 4% admitiram interromper voluntariamente a gestação. 53% das mulheres que declaram ter provocado aborto e procuraram assistência à saúde sofreram algum tipo de violência no atendimento, sendo estas: - serem tratadas como suspeitas, questionadas insistentemente se haviam tirado o bebê; - não receberam informações sobre os procedimentos realizados; - foram acusadas de criminosas, e ameaçadas de serem entregues à polícia; - aguardaram horas, não sabendo se seriam internadas ou não; - foram internadas, sem receber explicações; - foram culpabilizadas, mediante a exposição dos restos fetais seguida da frase “olha só o que você fez!” (Rede Parto do Princípio, 2012, p. 55).

Esta subnotificação se dá em especial pelo tabu que envolve o assunto em nossa sociedade que estigmatizam e criminalizam estas mulheres, levando em consideração basicamente informações subjetivas intrínsecas à moral pessoal, à religião e a àquilo que é tido culturalmente como bom costume. Além deste julgamento social, ainda nos deparamos com a falta de espaço para diálogo

existente para este assunto na esfera legal que criminaliza o aborto em diversos casos conforme positivado nos artigos 124 a 128 do código penal brasileiro. É permitido apenas em casos onde existe risco de vida para a mãe, se a gestação é resultante de estupro ou, como recentemente decidido pelo Supremo Tribunal Federal por meio da A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº.54, a interrupção terapêutica da gestação de feto anencéfalo.

Esta criminalização taxativa pela interrupção da gravidez aliada com a falta de espaço para diálogo sobre o tema em si e sobre a não introdução da educação dos direitos sexuais e reprodutivos nas escolas obrigam(em especial no caso das mulheres pobres) estas mulheres a se valerem da omissão e a recorrerem a métodos inseguros de interrupção para a gestação. Esse fator eleva o número de danos irreparáveis ou de difícil reparação para a saúde feminina e a supressão dos números reais relativos a este problema de saúde pública.

Neste sentido Maria Fernanda Marcelino elucida para a Sempreviva Organização Feminista:

O assunto da sexualidade das mulheres e conseqüentemente do aborto é muito interdito por moralismos, por um conservadorismo que dificulta o acesso à informação de qualidade e acompanhamento adequado pelo sistema de saúde e educacional.(MARCELINO, Maria Fernanda, SOF, 2020).

A pesquisa 'Mulheres Brasileiras e Gênero Nos Espaços Público e Privado' feita pela Fundação Perseu Abramo e SESC em agosto de 2010 com 2.365 mulheres com idade a partir dos 15 anos, em 176 municípios brasileiros, mostra a realidade alarmante da violência obstétrica. Das mulheres entrevistadas, 68% submeteu-se ao parto pela rede pública de saúde, 52% destes por meio de parto cesariana.

Importante ressaltar que nem toda cesariana é tida como violência obstétrica. O que ocorre é que a grande maioria dessas cesáreas são feitas sem indicação clínica⁷ apenas porque neste caso o médico lucra mais e gasta menos tempo aguardando o trabalho de parto. Alguns médicos chegam a fazer até 10 cesarianas

⁷ De acordo com a Fiocruz, indica-se a cesárea apenas em casos específicos de risco de vida para a mãe e o bebê, como os casos de infecções por HIV, Infecção por HSV Apresentação pélvica/córmica (bebê não virou), Descolamento prematuro de placenta, anormalidades da frequência cardíaca fetal, dentre outros casos em que o parto normal seja arriscado devido a problema grave de saúde da mãe ou do bebê.

por dia sem indicação real, apenas para lucrar mais com os valores pagos pela cirurgia.

Uma pesquisa publicada em 07 de agosto de 2020 na Brazilian Journal of Helth Review reuniu dados publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronicy Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) entre 2014 a 2019. Os resultados da pesquisa mostraram que em 88,24% dos artigos estudados, as mulheres participaram dando relatos como vítimas da violência obstétrica, em 17,65% a participação foi do profissional de saúde que agiu como testemunha ou agente desta espécie de violência e que 5,88% são de relatos testemunhais de acompanhantes que presenciaram o acontecimento de algum tipo de violência obstétrica.

Os tipos mais comuns de violência foram: a violência verbal relatada em 16 artigos (94,12%), a física em 14 (82,35%), a psíquica em 10 (58,82%) e a sexual (5,88%).

Violência Física:

1. Tricotomia⁸;
2. Episiotomia;
3. Enema⁹;
4. Manobra de Kristeller¹⁰;
5. Restrição de posicionamento¹¹;
6. Toques vaginais repetitivos;
7. Restrições hídricas e alimentares no trabalho de parto.

Violência Verbal:

⁸Tricotomia é a retirada dos pêlos antes de uma cirurgia através de uma lâmina cirúrgica ou de barbear. Retira-se os pelos do local onde irá ser feita a cirurgia, e a retirada é feita para evitar algum tipo de infecção. Esse procedimento é feito pela equipe de enfermagem no período pré-operatório.

⁹Enema, enterocisma, chuca ou clister, são nomenclaturas que designam a introdução de líquido no ânus para lavagem, purgação ou administração de medicamentos.

¹⁰ A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Foi descrita pelo médico alemão Samuel Kristeller em 1867.

¹¹Tradicionalmente o método adotado para o trabalho de parto é a posição ginecológica, com a mulher deitada com as pernas levantadas e o quadril elevado, o que dificulta consideravelmente o trabalho de parto, submetendo as gestantes a um processo demorado, doloroso e desconfortável.

1. Omissão de informação e/ou orientação durante o pré-natal e o parto;
2. Xingamentos;
3. Discriminação (idade, escolaridade, cor/raça, número de filhos);
4. Comentários desrespeitosos, críticos e negativos.

Violência Psíquica:

1. Intimidações sobre o comportamento;
2. Atribuição de culpa a mulher;
3. Proibição de acompanhante;
4. Ameaça de abandono durante a assistência.

Violência Sexual:

1. Toques no corpo da mulher sem consentimento

Importante ressaltar que os números relativos a violência sexual é proveniente de relatos de enfermeiras e outros profissionais de saúde, pois a informação do que pode ser considerado ou não como violência sexual infelizmente não é amplamente de conhecimento do público médio, levando várias mulheres vítimas desta espécie de violência a se silenciarem, seja por insegurança, medo ou desconhecimento.

De acordo com a pesquisa, todos os artigos revisados trouxeram relatos de violência no momento do parto, destes, apenas 4 mostraram a ocorrência desta na gestação e apenas 1 durante o pós-parto.

Cerca de 84% das mulheres que contribuíram para o estudo tinham entre 18 e 34 anos, enquanto 16% possuíam idade igual ou superior a 35 anos. Destas, 56% se autodeclararam pardas, 34% brancas e 10% pretas. (Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010.)

Após a análise dos dados da violência obstétrica no Brasil, fica claro o desrespeito ao preceito fundamental da dignidade da pessoa humana, pois o ato de “coisificar” estas gestantes cometido por profissionais da área da saúde é algo que

merece atenção. A relativização de tal direito humano é algo inadmissível. Neste sentido aduz ALVES:

[...] assume-se que a significação de saúde deva atrelar-se a luta pela proteção da vida humana, em todas as suas dimensões de dignidade, voltadas todas elas para a emancipação humana. Esta postura estimula escolhas feitas tomando-se como premissa o reconhecimento do ser humano enquanto tal, considerando-se contingenciamentos como variáveis a serem analisadas, e não como fins em si mesmos. Ou seja, não se permite que circunstâncias externas obstaculizem a humanidade, ou que esvaziem as possibilidades de reconhecimento das necessidades humanas, o que requer uma relação afetiva para com o outro. (ALVES, 2013, p.218).

Estes números são refletidos também diretamente no judiciário brasileiro que na grande maioria das demandas distribuídas em razão de violência obstétrica sofrida, julga improcedentes as demandas por não relacionarem as ações médicas com a causa direta dos danos sofridos. Neste sentido, aborda o artigo *Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro* levando em consideração sentenças transitadas em julgado entre os anos de 2018 a 2020:

Imprescindível observar que, em todos os julgados, o Poder Judiciário tem reproduzido a naturalização da violência obstétrica, ao considerar improcedentes denúncias compostas por fatos que comprovam a existência de condutas violentas, julgando-as inviáveis ou semnexo, exemplifica-se com o julgado prolatado no início de 2020 em que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (37) reconhece a responsabilidade do hospital municipal, todavia, “conclui que não é suficiente o nexode causalidade entre a atuação dos agentes públicos e os danos sofridos no parto, com base na documentação colacionada nos autos. Não ficou comprovada o erro médico”. (BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020, p. 132).

O artigo “Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos Médicos” complementa:

Havendo dano, há que se auferir a noção de nexode causalidade, ou seja, é imperativo que se estabeleça que a lesão foi realmente causada por ação ou omissão do médico e sua culpa; Se um paciente sofre uma anóxia durante a anestesia com lesão cerebral e comprova-se que houve descuido do anestesista, configura-se em um dano, o nexode causalidade e a culpa, a indenização será então devida. A essência da culpa está na previsibilidade; se o resultado desfavorável era previsível e não foi evitado, há culpa. Se o resultado desfavorável, nas circunstâncias do caso, não era possível de ser previsto, estamos face às excludentes de culpabilidade e são elas o caso fortuito e o de força maior. (UDELSMANN, 2002. p.173).

Isto se dá pelo modo em como a justiça brasileira enxerga a responsabilidade civil e penal do profissional liberal, que se baseia em sentido amplo, ou seja, no dolo, a premeditação em causar o dano a outrem ou, em sentido estrito que é quando há imprudência, negligência ou imperícia devendo a culpa ser verificada (art. 14, §4 da

lei 8.078/90). Assim, os médicos justificam suas ações como casos de “força maior”, aquela que pode até causar alguma espécie de dano ao paciente, mas “extremamente” necessário para que se evite algum dano ainda maior, o que descaracteriza a culpa devido a falta do nexo de causalidade entre o dano causado e a intenção de cometê-lo.

Na pesquisa *Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha* em artigo produzido para a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, é possível observar como necessidades básicas elencadas pelo programa não são respeitadas. Foi usado como referência Hospital na cidade de Cascavel – Fortaleza no ano de 2013. A pesquisa mostrou que em 70,8% não foram ofertados líquidos às gestantes e que em 77,3% dos casos não receberam acesso à alimentação. Destas mulheres, 63% alegam não ter tido nenhum tipo de apoio emocional por parte dos profissionais da unidade de saúde e 32,2% alegam que sequer receberam esclarecimentos sobre os procedimentos adotados durante o parto e puerpério.

Do total de entrevistadas, 67,9% alegaram sentir medo, 28,3% receberam ordens para parar de gritar e 24,6% receberam apelidos pejorativos, humilhantes e/ou degradantes. Em relação a intervenções contrárias às preconizadas à um parto humanizado, 86,7% das entrevistadas alegam que sofreram manobra de valsalva (técnica de respiração), 52,2% sofreram exame de toque realizado por pessoas diferentes, 63,8% uso de soro e 34,5% de ocitocina¹².

Após a análise dos números é fato que a necessidade de criação de programas e políticas públicas voltadas para a conscientização, prevenção e erradicação da violência obstétrica são medidas de urgência, além disso, políticas públicas que visam a adesão e aplicação de boas práticas para um parto humanizado devem ser priorizadas pelo Estado como ação essencial para fazer valer o direito das mulheres.

A seguir falaremos de dois programas que foram verdadeiros divisores de águas para fazer valer o direito integral à saúde da mulher contra a violência obstétrica. É de suma importância estudá-los, pois estes são resultados de uma luta histórica pelo bem-estar e protagonismo da mulher quando falamos do parto, maternidade e puerpério.

¹² Ocitocina ou oxitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior tendo como função: promover as contrações musculares uterinas

Inicialmente é importante compreender: o que é uma política pública e como esta funciona?

De acordo com o Dicionário de Políticas Públicas editado e publicado pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) esta ação é conceituada como:

[...] decisões que envolvem questões de ordem pública com abrangência ampla e que visam à satisfação do interesse de uma coletividade. Podem também ser compreendidas como estratégias de atuação pública, estruturadas por meio de um processo decisório composto de variáveis complexas que impactam na realidade” (NORONHA; AMABILE, 2012, p.390).

Ou seja, sempre que estamos diante de uma questão de ordem pública onde existe uma necessidade social a ser satisfeita, o Estado dentro de seu poder de gestão pública pode utilizar da criação de medidas e projetos (políticas públicas) com o fim de organizar, educar, promover e garantir a efetivação de direitos e deveres da sociedade.

Estas políticas públicas concretizam ações governamentais e podem partir de agentes formais, como é o caso dos membros do poder legislativo ou de agentes informais como é o caso da sociedade civil. Estes agentes sugerem por meio de projetos meios que visem distribuir ou redistribuir direitos e deveres que trarão o bem coletivo, estreitando os laços entre Estado e Sociedade Civil com o fim de promover justiça social. Dentro deste processo de criação de políticas públicas consideram-se quatro etapas essenciais: formulação, execução, monitoramento e avaliação, para que somente a partir disto o projeto possa ser executado.

As políticas públicas muitas vezes têm como foco a complementação de um direito já constitucionalmente garantido e que apesar disto requer uma atenção mais especializada a certa parcela da sociedade, como é o caso das políticas públicas voltadas para a área da saúde.

Mesmo que já tenhamos a garantia do artigo 196 da CF/88, o direito à saúde da mulher por anos é altamente negligenciado. Isto se dá pelo machismo estrutural emaranhado no Estado e que até hoje é causador de uma alta taxa de mortalidade de mulheres em todo território nacional.

Um bom exemplo de política pública voltado para fazer valer o direito de acesso e integridade da saúde feminina é o Programa de Assistência à Saúde Integral da Mulher, ou PAISM. Este programa foi criado em 1984 propondo a

descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde voltados à atenção à saúde da mulher, para que esta possa ser atendida de acordo com a peculiaridade da região onde mora e de forma integral. Este programa abrange o atendimento para mulheres:

Adolescentes, adultas e as que se encontram nas fases de climatério e velhice;
Trabalhadoras (com relação aos problemas de saúde especificamente relacionados ao trabalho);
Que necessitem de cuidados durante o pré-natal, parto e puerpério, ou seja desde o início da
Concepção até 45 dias após o parto;
Que apresentem complicações resultantes de aborto ou necessitem de aborto previsto por lei;
Em situação de violência doméstica e sexual. (COSTA, 2002, p. 12).

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ainda naquele ano foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, compromisso assumido pelo Brasil perante a Organização Mundial de Saúde como meta complementando o proposto pelo PAISM. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher complementou o PAISM, pois abrangeu os objetivos e diretrizes do programa anterior trazendo uma maior atenção para os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em geral. Sobre o tema aborda o programa:

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p .5).

Desde então, vários programas foram instituídos com o objetivo de barrar um problema grave de saúde pública, a mortalidade materna.

No caso da latente necessidade de atenção ao problema da violência obstétrica não foi diferente. Visando a garantia de direitos fundamentais o respeito dos direitos sexuais e reprodutivos e a prevenção desta espécie de violência, o Estado agiu diante da constante reivindicação dos movimentos feministas, redes de mães e gestantes e associações civis que, por meio de participação em audiências

públicas, publicações de estudos, confecção e apresentação de dossiês em CPI, divulgação dos casos de violência em fóruns nacionais e internacionais levaram a implementação de diversas políticas públicas com o viés de atenção ao momento pré, durante e pós-parto.

Para que possamos entender a importância destas políticas e programas faz-se necessária uma breve análise dos números alarmantes desta espécie de violência no país, o que faremos no tópico a seguir.

4.2 Programa de humanização do parto e nascimento

Em 01/06/2000, pautado nas análises e estudos sobre a importância da atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, nasce por meio da Portaria/GM nº. 569 o primeiro programa de humanização do pré-natal e nascimento no Brasil. Com este programa o Ministério da Saúde buscou estabelecer parâmetros para um atendimento mais seguro e humanizado tanto para a gestante, quanto para o bebê. Compreendido como meta para o quadriênio 2000/2004 o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) teve por prioridades:

Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura de da qualidade de acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o projeto de capacitação de parteiras tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e realização de investimento nas unidades hospitalares integrantes destas redes. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

Com estes passos o ministério da Saúde pretende assegurar uma cobertura de qualidade no acompanhamento pré-natal, melhorar e ampliar o acesso das gestantes, puérperas e neonatos a um atendimento especializado, visando deste modo garantir os direitos de cidadania e acesso à saúde de qualidade para este público. Para tal, foram investidos mais de 567 Milhões de Reais numa execução articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos Estados, municípios e Distrito Federal.

Cada ente receberá a verba ao cumprir os critérios de elegibilidade do programa e serão avaliados anualmente, devendo apresentar no mínimo de 50% de êxito na conclusão do procedimento de atendimento e assistência ao pré-natal para um público mínimo de 30% das gestantes cadastradas no primeiro ano e 50% no segundo. Os indicadores avaliados são:

1. Qual o percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população/alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município).
2. Qual o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal
3. Qual o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
4. Qual o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.
5. Qual o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.
6. Qual o percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.
7. Qual o percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica. (Cartilha Programa de Humanização do Parto e Nascimento, Brasília, 2002)
8. Indicadores de Resultado
9. Qual o percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;
10. Qual o percentual de Recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

Em 2003, o programa foi atualizado e trouxe ainda mais progresso para o processo de humanização do parto. A Política Nacional de Humanização (PNH) teve como primazia o estímulo à comunicação entre os profissionais de saúde e as pacientes buscando o fortalecimento da visão humanizada do processo de nascimento.

Neste sentido ressalta o Dossiê "Parirás com Dor" produzido pela Rede Parto do Princípio:

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (Rede Parto do Princípio, 2012).

Ainda neste sentido, o Dossiê ainda ressalta a visão de Ratter:

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde adota uma perspectiva abrangente de compreensão do termo, integrando várias dimensões, uma vez que entende que “no campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (Brasil, s/d). A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Pressupõe mudanças no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde. Assim, estabelece que para haver humanização deve haver: compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Brasil, 2004).

E ainda:

1. Muitas foram as melhorias promovidas pelo programa e após 20 anos de seu início os indicadores do Ministério da Saúde mostram um aumento nas consultas frequentadas pelas gestantes (de 6,4% para 7,2%).
2. Os números apontam também para a melhoria promovida pelas adequações inerentes do programa com relatos das usuárias do mesmo, informando uma prontidão maior dos exames de pré-natal, um maior vínculo com a equipe médica e um sistema mais eficaz de atendimento em todas as fases, desde o pré-natal até a assistência ao neonato. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

Porém, em que pese todos os avanços promovidos pelo PHPNe pelo PNH, diversos profissionais de saúde ainda enxergam este tipo de política pública como uma imposição negativa ao trabalho e autonomia do médico, motivo pelo qual não em raras vezes vemos as diretrizes deste e de outros programas serem categoricamente ignorados.

Como observado acima, identificamos que o programa mencionado visava diminuir a taxa de mortalidade materna e infantil. Trabalhando diversos direitos pautados nos direitos sexuais e reprodutivos, estes devem ser respeitados e criam a obrigação de seguir o parto humanizado (investir em ações que diminuam a probabilidade de morte materno infantil). Porém visto a necessidade de aprimorar a saúde de atenção à saúde da mulher, especificamente, do trabalho psicossocial da

mulher com acolhimento e respeito às mulheres, para que elas tenham um parto consciente, seguro, natural, acolhedor. Neste momento surgiu a rede cegonha.

4.3 Rede cegonha

A Rede Cegonha é mais um programa que veio para complementar o programa PHPN e visa a implementação de uma rede especializada de cuidados para as mulheres. Busca assegurar a humanização no atendimento à gravidez, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e o acompanhamento estruturado desde o planejamento familiar até o nascimento.

Os princípios que regem a política da Rede Cegonha são os mesmos de políticas anteriores, a exemplo da reorganização da assistência visando à redução da mortalidade materna, e a necessidade de adoção do novo paradigma de atenção obstétrica que já estavam incluídos em políticas como o Programa de Humanização no Parto e Nascimento e na PNAISM (SILVA, 2014, p. 13).

Este novo programa denota evolução considerável ao programa abordado anteriormente, pois neste a atenção é quase em sua integralidade voltada para a atenção à saúde emocional da mulher. Criado em 2011, tem por pilares principais a atenção integral ao pré-natal, parto e nascimento, acompanhamento especializado no puerpério, atenção integral à saúde da criança e fornecimento de sistema logístico, como transporte sanitário e regulação de projetos.

Seu lançamento se deu em 18 de abril de 2011 no Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha e contou com a participação do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, membros da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan Americana da Saúde, da UNICEF, da secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, da Secretaria de direitos Humanos, da secretaria, da Rede Nacional Feminista de Saúde da Mulher, além de membros da Sociedade Civil.

O programa conta com cinco diretrizes e três objetivos principais. São estes:

Diretrizes:

- a) Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

- b) Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro;
- c) Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- d) Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e
- e) Acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Objetivos:

- a) Promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança;
- b) Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- c) Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Ações:

- a) Qualificar profissionais da Atenção Primária;
- b) Ofertar teste rápido de gravidez;
- c) Ofertar o teste rápido de sífilis;
- d) Ampliar os recursos destinados aos exames de pré-natal;
- e) Instituir a visita à maternidade de referência no pré-natal;
- f) Disponibilizar o kit de atenção pré-natal para as unidades de saúde.

O programa é federal e os Municípios fazem a adesão por meio da apresentação de projetos que exponham o plano de ação para implementação da Rede. Deste modo, o Ministério da Saúde destina recursos para que aquele Município consiga ampliar o oferecimento de exames pré-natal, amplie e qualifique os leitos de UTI adulto, UCI e UTI neonatal, além de promover a construção e/ou ampliação de Casas de Parto Natural, visando o incentivo ao nascimento de parto vaginal.

De acordo com Alexandre Padilha:

As equipes serão qualificadas para oferecer conjuntos de boas práticas, focadas na humanização e na qualidade do parto. A maior preocupação é assegurar que a gestante tenha um parto seguro e de qualidade. No caso de gravidez de risco, haverá um atendimento especial para a gestante, que contará com a casa de apoio, que vai lhe proporcionar toda a assistência necessária durante os últimos meses de gravidez, até o momento do parto. No caso dos bebês, eles precisam de cuidados especiais após o seu nascimento. Essa casa de apoio à gestante é uma experiência inovadora do SUS, pois – além de garantir qualidade no atendimento de risco – oferece ambiente adequado e humanizado para a mulher. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2015).

Nestas Casas de Parto Normal, cerca de 60% dos atendimentos é feito por enfermeiras obstétricas, profissionais especializadas e que seguem as diretrizes e boas práticas da PHPN e da Rede cegonha, e as experiências vividas pelas mulheres nesses locais, relatadas em pesquisa feita por Andréa Silva (2014), mostram como esses programas tornam o trabalho de parto mais digno e respeitoso.

Todo mundo me tratou super bem aqui. Fui bem acolhida. (E: Rebeca). No exame de toque ela (enfermeira) disse: - olha eu vou fazer o exame de toque em você... Não vai logo chegando e fazendo, entendeu? Conversa com você antes... todo mundo ali acompanhando mesmo você. Você se sente acolhida, uma verdadeira família. (E: Camila) para aliviar a dor, ela conversava. [...] Ela estava sempre ali de junto. Assim, conversando, sempre me incentivando, entendeu? É bom, porque nos outros lugares você não tem uma pessoa para conversar. (E: Beatriz). Ela me ajudou bastante também a ter. Falava para eu ter calma... as palavras mesmo, me ajudou bastante (E: Flávia). Ela ficava me ajudando a colocar força, me incentivava. (E: Simone). (SILVA, 2014, p. 40).

A atenção humanizada dada pelas profissionais de saúde também recebeu destaque nos relatos:

Ah! Ela me incentivava (risos): – Vamos “Vanessa”! Força! E eu dizendo a ela que eu não aguentava mais, que não aguentava mais e ela me dava força. (E: Vanessa). Aqui o atendimento é diferente dos outros lugares. (E: Kátia) O atendimento foi perfeito! (E: Yasmin). Eu achei o atendimento excelente. Foi a melhor opção... (E: Jéssica) [...] pelos funcionários eu achei excelentes. [...] O tratamento é bem diferente das outras maternidades. No atendimento aqui você chega, você é logo atendida, não fica esperando, você tem atenção da médica, da enfermeira, você não fica lá isolada em um canto sofrendo, sozinha. (E: Carolina) (Silva, 2014, p 41 e 42). A enfermeira. Ela perguntou primeiro o que queria. Eu disse a ela que eu preferia na bola e já tinha me dito que era bom. Aí ela falou: - você prefere ficar na bola debaixo do chuveiro ou aqui fora? Eu prefiro ficar 85 debaixo do chuveiro que eu tomo logo banho. Eu fiquei lá 1 hora. (E: Tamires). Ela, a enfermeira, ficou falando para que eu prove, para que eu fiquei olhando qual era para mim a melhor posição para eu usar. Aí eu ia mudando. (E: Manuela) (Silva, 2014, p 85). Ai ela [a enfermeira] ensinou tudo e sempre ia na sala, sempre perguntando se eu estava sentindo alguma coisa, se eu estava melhor, observava e a assistência foi muito boa aqui. (E: Jéssica). Eu conversei com

a enfermeira que estava acompanhando o meu parto, perguntei a ela, tirei todas as minhas dúvidas... (E: Rosana) (SILVA, 2014, p. 86).

A estrutura destas Casas de Parto segue a premissa de trazer aconchego, tranquilidade, dignidade e autonomia para que a gestante possa ser a protagonista de seu parto da maneira em que se sentir mais confortável.

Todo mundo educado, tudo limpo também, organizado. (E: Simone). Cheguei aqui e realmente o lugar é lindo. Você se sente confortável. (E: Manuela). Você pode ter no cavalinho, pode ter de cócoras, pode ter na banheira, onde você quiser. O quarto é adaptado justamente para isso. (E: Jéssica). Amei porque não tinha apenas a cama como nos hospitais normais que só tem a cama para parir mesmo, aí tinha uma banheira [...] e também aqui eu achei mais bonitinha. (E: Rebeca). Eu achei muito aconchegante aqui. (E: Roberta) (SILVA, 2014, p. 42).

O respeito às diretrizes básicas de atendimento ao parto como o direito da gestante em ter um acompanhante durante todo o trabalho de parto também é um diferencial destas instituições.

Você se sente mais segura, tem uma pessoa do seu lado que é da sua família [...]. (E: Kátia) A gente fica bem mais aliviada, sem medo. (E: Verena). Isso é assim um ponto essencial! Porque você se sente de uma certa forma, protegida, acolhida, segura com alguém que você sabe que é próximo seu. (E: Vanusa). Uma sensação de segurança intensa. Não tem nada melhor, te passa conforto, segurança, uma palavra amiga, não tem explicação. É muito bom mesmo! (E: Marta) [...] com alguém da sua confiança ali perto de você, você se sente bem mais tranquila. (E: Maria) Ele me deu assistência a todo momento e eu acho que não conseguiria botar força para ter o meu filho, se ele não estivesse do meu lado [...] me apoiando sempre, é muito bom isso. (E: Jéssica). Ah! foi perfeito assim, porque é uma pessoa que você conhece, que tá ali com você. Ele ficou me dando força mesmo ali, o tempo todo. (E: Camila) (SILVA, 2014, p. 46).

Além das políticas públicas criadas com o fim de prevenir e fazer valer os direitos dessas mulheres, algumas ações criadas pela sociedade civil também são de extrema importância não só para dar voz às mulheres vítimas desta espécie de violência, como também para acolher e informar mulheres, além de pressionar os agentes políticos para que novas políticas públicas sejam implementadas.

São várias as ações criadas pela sociedade civil com o fim de divulgar assuntos relevantes, acolher, orientar, auxiliar e pressionar o Estado para que haja uma maior atenção a assuntos de grande relevância social. Existem várias iniciativas voltadas para a prevenção da violência obstétrica, apoio às vítimas, e atendimento especializado e humanizado a gestantes.

Um destes espaços de atendimento humanizado é a Casa Doula, blog criado em 2014 pela doula Samara Barth no interior de São Paulo. O blog é destinado à formação de doulas, profissionais que buscam um local para dividir seu conhecimento sobre um parto respeitoso e a gestantes que buscam o apoio de uma doula ou que querem se informar por meio de um dos diversos artigos disponíveis na página.

Já a Artemis, é uma organização criada em 2013 que atua na prevenção de toda forma de violência contra a mulher e na busca pela erradicação desta, além de lutar pela promoção da autonomia feminina. Na seara da violência obstétrica, a organização utiliza de seu espaço para conscientizar a sociedade, divulgar os direitos da gestante, e pressionar o Estado na busca por um sistema de parto mais humanizado.

A Artemis é uma organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária. A partir da questão da humanização do nascimento nos mobilizamos durante muitos anos, atuando informalmente como uma rede ativista que encontrou espaço na mídia, nas telas de cinema, na prestação de serviços, na área acadêmica, no legislativo, no executivo e no judiciário (ARTEMIS, 2013).

Outra iniciativa importante é a Casa Ângela, uma casa de parto idealizada em 1997 pela Associação Comunitária Monte Azul e da parteira alemã Ângela Gehrke da Silva. Inaugurada em 2009, tem por objetivo oferecer atendimento humanizado às gestantes, incentivar o aleitamento materno e pressionar o Estado para a criação de políticas públicas voltadas para a humanização do parto.

A casa conta com o auxílio de voluntários, doações e apoio de parceiros como outras redes, universidades nacionais e internacionais e da sociedade em geral. Em 2015 fechou parceria com a prefeitura do estado de São Paulo quando passou a receber auxílio dos recursos do SUS.

Desde 2009, mais de 2.000 bebês nasceram na Casa Angela. Com seu trabalho de excelência e sua história de luta pela humanização do parto e pelos direitos da mulher, a Casa Angela, pioneira das casas de parto no país, é hoje referência nacional em parto humanizado. (CASA ÂNGELA, 2009).

Mas o que são as redes de sociedade civil? Para o que servem e como funcionam?

O conceito de sociedade civil é abrangente e filosoficamente discutido por muitos anos. Um dos conceitos mais famosos do termo foi dado por Emmanuel Kant na sua obra *Metafísica dos Costumes* (1797). O filósofo divide os direitos e deveres em três partes fundamentais: *honeste viveo* vive honestamente no qual deve-se afirmar o próprio valor como ser humano, e não usar disso como meramente um meio para outrem; a segunda parte é o *nemimemlaede* que consiste em não causar dano ao outro pois sob a condição de direito é essencial o respeito e a observância ao outro; e por último temos o *suum cuique tribueo* dar a cada um o que é seu, ou seja, “participa de uma condição na qual o que pertence a cada um possa lhe ser assegurado contra todos os outros”.

Kant entende que o direito Público está diretamente relacionado com os membros civis da sociedade, pois o Estado é senão “um conjunto de indivíduos atrelados juridicamente em relação aos seus próprios membros” (KANT, *Metafísica dos costumes*, 2005, p. 153). Ainda sobre este conceito leciona Kant:

O conjunto das leis que necessitam ser promulgadas, em geral a fim de criar uma condição jurídica, é o direito público. O direito público é, portanto, um sistema de leis para um povo, isto é, uma multidão de seres humanos, ou para uma multidão de povos que, porque se afetam entre si, precisam de uma condição jurídica sob uma vontade que os una, uma constituição (constitutio), de sorte que possam fruir o que é formulado como direito. Essa condição dos indivíduos no seio de um povo na sua relação recíproca é chamada de condição civil (status civilis) [...]” (KANT, 2005, p. 153).

Deste modo, é correto dizer que para que haja a efetivação do direito público faz-se necessário que as leis produzam um estado jurídico de direito que alcance e abranja toda a sociedade civil, pois, “a associação civil não é uma sociedade, mas constitui uma” (KANT, Immanuel. *Metafísica dos costumes*, 2015, p. 151). Para o nosso estudo, sociedade civil são todos os grupos formados por agentes não políticos que organizados visam a participação efetiva na formação de políticas públicas que auxiliem a garantir direitos sociais, sendo esta a principal diferença entre estes grupos e os programas governamentais.

As duas organizações que citaremos são grandes pioneiras na luta contra a violência obstétrica na busca por um parto e puerpério respeitosos e na caminhada pela efetivação dos direitos das mulheres. Elas trazem consigo o apoio de várias

organizações menores que unidas formam grandes redes de apoio e luta pelo parto respeitoso e pela luta contra a violência obstétrica.

4.4 Rede parto do princípio

A Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa é uma rede formada por mais de 300 mulheres presentes em mais de 22 estados brasileiros que lutam por um parto ativo e respeitoso, promovendo a autonomia da mulher em trabalho de parto e saindo em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, em especial no que tange à Maternidade consciente. Criada em janeiro de 2006, a Rede visa apoiar e conscientizar mulheres sobre seus direitos e denunciar casos de violência obstétrica.

Apesar de seu caráter suprapartidário, a Rede promove um importante trabalho de organização e educação estimulando o debate de temas importantes, como a violência obstétrica, os números alarmantes de mortalidade materna, o direito de um planejamento familiar consciente e o direito da mulher sobre o próprio corpo.

Atuante principalmente nas redes sociais, esta Rede promove encontros de apoio e orientação para mulheres incentivando o protagonismo feminino desde o planejamento até o trabalho de parto em si. Além disto, este grupo é muito atuante no meio político através de participações de assembleias públicas junto ao legislativo, audiências públicas e participando de reuniões que discutem sobre o tema. Divulgam materiais e cartilhas com diretrizes de educação sexual e reprodutiva buscando dar visibilidade a temas como a violência de gênero, a violência sofrida pela mulher em situação de abortamento, dentre outros, contribuindo para a criação de políticas públicas que atendam de forma integral a saúde da mulher.

A Rede se pauta em 6 princípios primordiais. São eles:

1. Luta pela retomada do protagonismo da mulher sobre seus processos de gestação, parto e amamentação;
2. Reivindicação de assistência digna ao parto para todas as mulheres;
3. Defesa dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres;
4. Luta pela equidade de gênero;

5. Combate a todas as formas de violência contra as mulheres;
6. Reivindicação de políticas públicas de assistência à saúde reprodutiva da mulher com base em evidências científicas e livre de violência.
(QUEM SOMOS | parto-do-principio (partodoprincipio.com.br))

A Rede está presente em vários estados da federação, promovendo encontros por meio de apoio de grupos locais. Nestes encontros as mulheres têm a oportunidade de trocar experiências, buscar informação e receber o apoio de outras mulheres.

Esta troca de experiências propicia às mulheres segurança e acolhimento, pois elas passam a perceber como sua dor, apesar de única para si, é compartilhada por várias outras. Relatos como os de Roselene de Araújo mulher vítima de violência obstétrica, no site da Rede, refletem bem este cenário:

A gente pode dissecar a questão da dor de infinitos modos. Sempre haverá uma maneira diferente de compreendê-la.... Meu desejo seria poder escrever um texto tão sensível que fizesse todas as mulheres compreenderem o sentido da dor e aceitarem-se aliadas a ela ao invés de armarem-se para combatê-la. Mas sei que isto não é possível, porque meu texto será único, e as mulheres, infinitas em suas vivências e imagens da dor do parto construídas ao longo de suas vidas, mais ou menos maleáveis...A dor (do parto) não é uma grandeza absoluta. Não mede xis unidades de qualquer coisa. Ela é relativa, e a múltiplos fatores combinados entre si, físicos e psíquicos, conscientes e inconscientes, e a combinação de todos eles produz a percepção psíco-física individual. (Informação verbal).¹³

Com o decorrer dos anos e o crescimento da rede aumentou-se a participação destas mulheres em eventos importantes e fóruns nacionais de discussão de direitos humanos, como o X ENAM - Encontro Nacional de Aleitamento Materno ocorrido em Belém do Pará em 2008; o I Simpósio de Humanização do Nascimento ocorrido em São Paulo em 2010; a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento que aconteceu em Brasília no mesmo ano; o VII COBEON - Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal que discutiu a qualificação dos profissionais de saúde, em 2011, em Belo Horizonte, dentre outros.

¹³ Relato transcrito de Roselene de Araújo para a Rede Parto do princípio disponível em <https://www.partodoprincipio.com.br>.

Em 19 de dezembro de 2012, a Rede apresentou na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Senado Federal o dossiê *Parirás com Dor*. Este documento de 188 páginas se tornou um marco para o estudo sobre a realidade vivida pelas mulheres no estado de gestação, parto e puerpério, apontando dados sólidos sobre violência obstétrica e descrevendo com detalhes como é a assistência de parto em nosso país.

Este documento demonstra a urgência na criação de políticas públicas voltadas não só para prevenir a violência em si, mas que respeitem o protagonismo da mulher no momento do parto.

Acreditamos que a mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos. (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 1).

A rede participou também de diversas audiências públicas e reuniões junto a órgãos fiscalizadores como o Ministério Público e a Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil, além de participação em diversos fóruns internacionais onde estiveram presentes representantes de órgãos importantes como a OMS e o Ministério da Saúde. Deste modo vemos que o partilhar experiências e informações também é um modo efetivo de buscar mudança no cenário da obstetrícia brasileira pois, movimentos como este refletem parte da sociedade civil, seus anseios e lutas.

4.5 Rede de humanização do parto e nascimento

Fundada em 1993 através da Carta de Campinas, a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) é uma organização da sociedade civil que conta com milhares de participantes que buscam a estruturação, apoio e respeito para um parto humano e respeitoso. Em sua carta de fundação, denunciou várias circunstâncias de violência e situações desumanas vividas por mulheres e crianças no momento do nascimento. A carta de Campinas informa que:

Considera que, no parto vaginal, a violência da imposição de rotinas da posição do parto e das inferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológico do parto,

que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz sem medo, sem risco e sem dor. (ReHuNa, 1993).

De 15 a 17 de outubro de 1993, mulheres que representam grupos e entidades voltadas para os direitos das mulheres se reuniram na cidade de Campinas para discutir o que chamaram de “Situação atual do nascer em nossa sociedade”. Desta reunião, teve origem a Carta de Campinas, documento que criou a ReHuNa. Esta carta discutia:

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos à reflexão da comunidade. O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais brasileiros ainda têm taxas como 80 % ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método “normal” de parir e nascer, uma inversão da naturalidade da vida. (...) (ReHuNa, 2010, p. 2).

Esta carta possuía também uma análise de motivações para a criação do ReHuNa, que pretendia:

Mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; ◊ Resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais; - Revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento; - Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos; - Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento. (ReHuNa, 2010, p. 2).

A rede teve como guia trabalhos e reivindicações pioneiras de nomes como Cláudio Paceornik e Moisés Paceornik. Estes foram os primeiros a observar os benefícios e propor mudanças nas práticas de assistência ao parto. O grupo de parto alternativo da UNICAMP, que é liderado por Hugo Sabatino e possui também nomes como Cristina Boaretto, Katia Ratto e Diana Valadares, pioneiras na integração de políticas humanizadas de saúde na Maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, e Marcos Dias e Rosa Domingues que implementaram práticas revolucionárias e humanitárias para a assistência às parturientes. Estes são alguns dos nomes que idealizaram e tornaram a ReHuNa real.

Importantes nomes do feminismo também foram essenciais para trazer a rede à realidade, tais como Vânia de Freitas Maciel e Lúcia Maria Pires da Silva, do grupo feminista de Niterói, no Rio de Janeiro. Elas foram as implementadoras de umas das primeiras casas de parto do país, perto do início dos anos 90.

Logo após sua fundação, foi criada a 1º Secretária Executiva da rede em Ceres, Goiás. A partir desta criação, em parceria com a UNICEF, a secretaria produziu os filmes *A vida pede passagem* e *De volta às Raízes* e, em parceria com o Ministério da Saúde, produziu *Um dia de Vida e Proximidade e Cuidado*. Estas produções até hoje são exibidas em todo Brasil, além de utilizados em capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde.

Em 1994 aconteceu o 1º Plenário ReHuNa. Em 1998, a Secretaria Executiva passou para a responsabilidade do núcleo de Pernambuco, coordenado por Paula Viana, do Grupo Curumim Gestação e Parto, projeto que recebeu o prêmio Hélio Beltrão de inovação na administração Federal em 2002 pela sua atuação na capacitação e atualização de mulheres que atuam como parteiras. Já em 2003 a secretaria foi movida para o núcleo de São Paulo através do Grupo de Estudos Sobre Nascimento e Parto do Instituto de Saúde (GENP), que de 1995 a 2000 editou o boletim semestral “Notas sobre Nascimento e Parto” nos quais trazia evidências científicas sobre as vantagens das boas práticas de parto e os riscos de procedimentos tidos como tradicionais, material importante na difusão de informações em todo o território nacional.

A rede se manteve ativa em todos os anos seguintes, promovendo eventos importantes, tais como:

1. Encontro Nacional de Casas de Parto em 2005;
2. O colóquio Cochrane, juntamente com a Rede Parto do Princípio;
3. O Grupo Cochrane de Gravidez e parto em 2007;
4. A Campanha Internacional pelo Parto Normal em 2009, em parceria com o Abenfo e a Royal College of Midwives (RCM) de Londres, o COFEN e as Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro.

Em 2010 aconteceu a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento na Capital Brasília. Vários eventos foram feitos pela rede, juntamente com parceiros importantes como a FIOCRUZ, a ANS (Agência Nacional

de Saúde Suplementar) a JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão), a ONG Bem nascer de Belo Horizonte, a UNIEF, a DONA (Douglas of North America) a UNICAMP dentre outros, todos voltados para a luta ao respeito e efetivação dos direitos à saúde da Mulher.

Hoje em dia pode-se contabilizar vários avanços decorrentes da atuação da ReHuNa: o fato de haver políticas oficiais adotando humanização como forma de redução de mortes evitáveis; a lei do acompanhante; o aumento da produção científica sobre o tema; a proliferação de eventos que tratam de humanização; a criação de várias organizações não governamentais, com abrangência nacional, regional, estadual ou local; a existência de muitas listas, blogs e sítios na internet, difundindo informações; enfim, pode-se afirmar com segurança que o cenário atual é bem diferente do que existia em 1993, quando de sua fundação. (ReHuNa, 2010, p. 13).

Além da promoção das denúncias de violência, a ReHuNa, seus afiliados e instituições parceiras buscam por meio de uma linha de atuação pautada em 5 princípios/ações a mudança do sistema tradicional (hegemônico) de parto, lutando por melhorias estruturais, mudanças principiológicas sobre a saúde da mulher e educação dos profissionais de saúde promovendo a importância do respeito à autonomia da mulher sobre o próprio corpo a estes profissionais. São linhas de atuação da ReHuNa:

1. A gestão do cuidado: Que visa o atendimento humanizado e respeitoso às mulheres em situação de parto, pós-parto e abortamento promovendo a preparação para a gestação e a qualificação dos profissionais para o atendimento integral e que promovam o protagonismo da gestante no trabalho de parto e auxílio à puérpera e ao neonato.
2. A difusão de conhecimento: Que visa ampliar o acesso às recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o parto seguro e o respeito à dignidade da pessoa humana. Esta linha de atuação conta não só com a difusão das informações, mas também com a participação da Rede em fóruns nacionais e internacionais de discussão do tema, contribuindo para a criação de políticas públicas que atendam aos princípios do parto humanizado.

3. Formulação de Políticas Públicas: Visa contribuir com a criação, aplicação e fiscalização de políticas públicas para atenção integral da saúde do parto desde o início da gestação.
4. Baluarte da Resistência: Defesa do protagonismo e ativismo feminino no parto, como a defesa da escolha livre do local do nascimento, o respeito ao direito de escolher seu acompanhante, o direito ao auxílio de doulas, a estruturação de casas de parto normal, dentre outros direitos que garantam um trabalho de parto natural e livre de violência.
5. Formação de profissionais: Talvez o ponto de maior desafio da Rede, esta diretriz busca um novo modelo de formação de profissionais da área da saúde, visando à extinção de conceitos e procedimentos arcaicos e violentos e a promoção do ensino humanizado, para que assim haja a quebra do paradigma da “onisciência” do médico sobre os corpos femininos. (<http://rehuna.org.br/nossa-historia/>)

Assim como a Rede Parto do Princípio, a ReHuNa também é ativa em vários movimentos importantes, como o I Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo que aconteceu em 1996 com o tema *Resgatando a qualidade na assistência a Nascimentos e Partos*; o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ V Congresso de Saúde Pública de São Paulo (Águas de Lindóia) e o IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Rio de Janeiro) em 1998; em 2000 na I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento – Fortaleza/CE que discutiu as Portarias nº 569, 570, 571 e 572, instituindo o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN. Portaria nº 466, instituindo o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea, dentre outros.

Em 2001, a ReHuNa foi oficialmente reconhecida como Organização não Governamental (ONG) e atua até hoje junto com o Estado e a sociedade na busca por melhorias estruturais, sociais e humanas na assistência à saúde da mulher.

Estes modelos de boas práticas para um atendimento humanizado são essenciais para caminharmos na direção de atendimentos livres da tradicional da violência. Neste sentido alude Simone Grilo Diniz, 2009:

Para o SUS, os estudos comparativos desses modelos com serviços tradicionais são urgentes, para criar a chamada “evidência local” assim como para propiciar uma experiência cultural e um espaço de formação

para relações mais democráticas entre os serviços e as usuárias e suas famílias. Estas mudanças fariam o parto normal mais confortável, aceitável e seguro, possivelmente diminuindo o número de intervenções e a demanda por cesárea. (Diniz, 2009, p. 322).

Sem sombra de dúvidas todas as iniciativas aqui citadas, sejam por meio de políticas públicas ou por iniciativa de grupos da sociedade civil, fazem toda a diferença na luta pelo combate e prevenção à violência obstétrica. Porém, por que mesmo diante de todas estas ações este problema de saúde pública continua a acontecer?

Em pesquisa realizada por Wilza Rocha Pereira sobre essas relações de dominação e objetificação do corpo feminino e o totalitarismo enraizados nas práticas médicas, a autora entende:

A mulher é vítima tanto da violência institucional, na forma de serviços que não funcionam a contento como também é uma das principais vítimas da violência do comportamento, por estar inserida numa sociedade historicamente marcada pelo viés androcêntrico do paradigma cartesiano que fundou as bases da dominação masculina na sociedade ocidental. A dominação masculina está de tal maneira entranhada no nosso inconsciente que não a percebemos mais como uma forma de domínio, pois a sua construção está relacionada ao contínuo e incessante trabalho de des-historização que não só 'naturaliza' esse processo como o faz invisível aos nossos olhos. (PEREIRA, 2004, p. 392).

A objetificação dos corpos femininos, conforme vimos durante toda a pesquisa, é parte de uma construção cultural distorcida, autoritária e machista baseada no gênero, e que possui raízes ligadas diretamente ao ato de se objetificar a mulher. Para tentar elucidar esta questão, no capítulo a seguir faremos a análise da violência obstétrica como subproduto da violência de gênero e sua relação histórica com a objetificação dos corpos femininos.

CAPÍTULO V - GÊNERO, VIOLÊNCIA E OBJETIFICAÇÃO DO CORPO DA MULHER

Há muitos anos, pesquisadores e pesquisadoras do mundo inteiro buscam conceituar o que seria o gênero e quais as consequências sociais trazidas desta conceituação.

O termo gênero tem sua etimologia no latim e vem de *genus*, que significa “família”, “nascimento”, “tipo” e, de acordo com o dicionário Michaelis, é um “conceito de ordem geral que abrange todas as características de propriedades comuns que especificam determinado grupo de classe de seres ou objetos” (MICHAELLIS, 2021).

A partir do séc. XV, o termo viria passar a ser utilizado como meio de definição do sexo biológico dos indivíduos (homens e mulheres/masculino e feminino). Esta definição trouxe para a comunidade acadêmica um extenso campo de pesquisa sobre o tema, em especial estudos voltados para o entendimento de como esta conceituação interfere diretamente nos paradigmas sociais de forma histórica. Deste modo, as mulheres são colocadas diante de uma das maiores dificuldades dentro da Sociedade Patriarcal em que vivemos, pois, sendo o gênero levado em consideração apenas pelo seu viés biológico, somos, enquanto mulheres neutralizadas dentro de nossos papéis sociais, o que nesta sociedade é utilizado como justificativa para a permanência das relações desiguais de poder, dominação e opressão contra as mulheres (ANGELIN, 2015).

Para esta pesquisa, usaremos o entendimento dado por Simone Grilo Diniz (2009):

Entendemos o conceito de gênero como categoria que, no social, corresponde ao sexo anatômico e fisiológico das ciências biológicas. O gênero é o sexo socialmente construído, ou, como define Rubin, o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade (e a reprodução) biológica em produtos da atividade humana, e no qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas. (DINIZ, 2009, p. 318).

Limitar na forma biológica o conceito de gênero faz com que seja deixado de lado aspectos fundamentais dos objetos e/ou sujeitos estudados (DINIZ, 2009), o que leva ao fortalecimento dos paradigmas sociais machistas à que são submetidas as mulheres desde os primórdios. Esta consequência é chamada de viés do gênero

e é usada com intuito de “definir erros sistemáticos relacionados a constructos sociais gênero dependentes” (DINIZ, 2009). Um desses erros socialmente construídos pelo viés de gênero é a dinâmica de controle do corpo e da sexualidade da mulher. Neste sentido, dita Rosângela Angelin:

A submissão das mulheres aos princípios e ditames patriarcais envolveram várias dinâmicas e processos, entre eles o controle de seus corpos e das sexualidades, ações essas construídas no decorrer da história e que, na atualidade, seguem apresentando reflexos estruturantes na organização social e no acesso das mulheres a direitos humanos, como os de liberdade e autonomia. (ANGELIN, 2015, p. 188).

Como a relação social com os corpos das mulheres é tratada pela perspectiva machista e de uma sociedade que enxerga a relação do gênero biológico como o único a ser considerado. Temos os julgamentos comportamentais que a sociedade entende serem adequados para tal levando à permanência dos entendimentos machistas de dominação e na perpetuação da cultura da naturalização da violência contra a mulher. Neste sentido, aduz Angelin (2015):

O comportamento dos corpos são ensinados, moldados e domesticados de maneira racional. De acordo com Bourdieu estes processos abrangem estruturas objetivas e formas cognitivas sociais e históricas, fazendo com que o papel social designado para homens e para mulheres passem a ser compostos por visões dicotômicas que organizam e regulam o tempo e os espaços vividos.¹⁹ Conforme afirma Lagarde y de Los Ríos, a história das mulheres é a história de seus corpos. Vale destacar que a afirmação está se referindo a corpos dos quais as próprias mulheres não têm sido donas, numa lamentável história de expropriação de seus próprios corpos e de suas sexualidades. (ANGELIN, 2015, p. 188).

Esta construção social que leva à objetificação do corpo feminino tem grande influência histórica, social, religiosa e cultural e acabam por criar padrões comportamentais a serem seguidos como normais sociais. Alguns ocorrem de forma sutil, como é o caso da normalização/tradicionalização da violência durante o parto.

Desde muito pequenas as mulheres são doutrinadas em casa para enxergar a maternidade como uma obrigação. Dada por Deus e, com o auxílio da religião, são levadas a acreditar que a dor infligida durante o trabalho de parto é consequência de suas próprias ações, pois a primeira mulher (viés de gênero) ao cometer o chamado pecado original condenou todas às outras a pagarem pelo erro feminino para sempre. Portanto, não teriam o direito de sofrer, teriam que aceitar a dor.

Esse imaginário leva a crer que, a partir do pecado original, os corpos das mulheres passaram a ser um cativeiro que, segundo Lagarde y de Los Ríos, se manifesta de diferentes formas, como através da maternidade, da submissão ao erotismo dos outros, bem como prostituindo corpos, entre outros. Os corpos são submetidos a uma aprendizagem incessante do que é ser mulher. (ANGELIN, 2015, p. 190).

Ainda neste sentido, Wilza Rocha Pereira complementa:

Os órgãos sexuais da mulher grávida sofrem esse tipo de rito, podendo ser vistos, vasculhados, esquadrihados sem quaisquer constrangimentos por parte dos que legitimamente estão aptos a fazê-lo, pois assim está definido pela medicina, que arbitra sobre o corpo e suas necessidades. No caso da mulher gestante, parturiente ou puérpera, esse arbítrio é revelado de forma mais aguda. Ela não é consultada sobre a manipulação que pode sofrer, já que, tacitamente, a necessidade de seu corpo a justifica [...] Na área da especialidade médica da obstetrícia e ginecologia, de uma forma diferenciada das demais especialidades, os ritos de instituição redefinem e objetificam o corpo feminino, isso para poder gerenciar o problema da transgressão que está implícito no exame dos genitais. Esse gerenciamento implica dissociar da pessoa examinada o órgão, a parte que se examina. (PEREIRA, 2004, p. 396).

Além disso, a sociedade reforça a tradição da violência criminalizando, punindo e excluindo socialmente àquelas que buscam uma mudança de paradigma. Infelizmente, exemplos não faltam para figurar esta atitude de disseminação da tradição da violência contra a mulher em nosso país, casos nos quais mulheres e até mesmo meninas têm seus corpos violados e são julgadas e sentenciadas pela sociedade como culpadas pela violência simplesmente pelo jeito que se vestem ou se portam são comuns na mídia.

Podemos observar também, casos extremos em que desta violência resulta uma gestação em que as mulheres optam pela interrupção da mesma levando a uma comoção social sob a égide patriarcalista o aborto é considerado uma aberração, um assassinato, uma atitude deplorável de uma qualquer. Enquanto isso, a violência do estupro é amenizada ou tem sua causa atribuída à própria mulher, ações comuns em nosso dia a dia.

A relação social que envolve a cultura da violência contra a mulher é tão forte que, até 2005, o capítulo *Crimes contra o Costume* estava presente em nosso código penal. O dispositivo editado em 1940 trazia conceitos de mulher honesta, mulher virgem, mulher pública, dentre outros. Vários doutrinadores da área jurídica discutiam o assunto à época, deixando claro como o Estado e o legislador viam a figura feminina na sociedade.

Sobre o tema, lecionam os juristas Nelson Hungria e Magalhães Noronha:

Como tal se entende, não somente aquela cuja conduta, sob o ponto de vista da moral sexual, é irrepreensível, senão também aquela que ainda não rompeu com o minimum de decência exigida pelos bons costumes. Só deixa de ser honesta (sob o prisma jurídico-penal) a mulher francamente desregrada, aquela que inescrupulosamente, multorumlibidinipatet, ainda não tenha descido à condição de autêntica prostituta. Desonesta é a mulher fácil, que se entrega a uns e outros, por interesse ou mera depravação (cum velsine pecúnia accepta). (HUNGRIA, 1947, p. 139).

E ainda:

[...] é a honrada, de decoro, decência e compostura. É aquela que, sem se pretender traçar uma consulta ascética, conserva, entretanto, no contato diário com seus semelhantes, na vida social, a dignidade e o nome, tornando-se assim, merecedora do respeito dos que a cercam. Não vivendo no claustro nem no bordel, justamente é quem mais pode ser vítima do crime, donde logicamente a necessidade de proteção legal. (NORONHA, 1984, p. 147).

A tradição de dominação era tão evidente que o Artigo 225 do dispositivo legal eximia de pena o estupro caso houvesse casamento entre ele e sua vítima. “Art. 225. Não haverá as penas dos três artigos antecedentes aos réus, que casarem com as ofendidas”. (BRASIL, 1940).

Os artigos acima só foram totalmente revogados e teve o termo “mulher honesta” retirado da legislação em 2009 pela lei 12.015/09. Hoje, o que antes eram chamados de “crimes contra os costumes” é denominado “crimes contra a dignidade sexual”.

Não só na seara penal era judicialmente disseminada a cultura de dominação machista. No âmbito civil as mulheres eram claramente apontadas como semi-imputáveis, ou seja, seres incapazes de exercer os atos de sua vida civil sem a supervisão de seu pai ou seu marido.

Vejamos a redação do artigo 233 do Código Civil de 1916:

Art. 233. O marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com a colaboração da mulher, no interesse comum do casal e dos filhos (arts. 240, 247 e 251).

Compete-lhe:

[...] II - a administração dos bens comuns e dos particulares da mulher que ao marido incumbir administrar, em virtude do regime matrimonial adotado, ou de pacto antenupcial (arts. 178, § 9º, I, c, 274, 289, I e 311);

[...] IV - prover a manutenção da família, guardada as disposições dos arts. 275 e 277. (BRASIL, 1916).

Reforçando a relação do domínio do homem sobre o corpo da mulher, doutrinadores da época reforçavam os entendimentos jurídicos de posse. Neste sentido, lecionava o jurista Magalhães Noronha:

As relações sexuais são pertinentes à vida conjugal, constituindo direito e dever recíprocos dos que casaram. O marido tem direito à posse sexual da mulher, ao qual ela não se pode opor. Casando-se, dormindo sob o mesmo teto, aceitando a vida em comum, a mulher não se pode furtar ao congresso sexual, cujo fim mais nobre é o da perpetuação da espécie. A violência por parte do marido não constituirá, em princípio, crime de estupro, desde que a razão da esposa para não aceder à união sexual seja mero capricho ou fútil motivo, podendo, todavia, ele responder pelo excesso cometido. (NORONHA, 1967, p. 27).

O direito não era apenas sobre os corpos, mas também sobre a vida das mulheres sendo autorizado ao marido a tentar contra a vida de sua esposa sobre a justificativa de defesa da honra. Nesta senda, leciona o jurista e estudioso do direito penal da época, José Pierangelli: “Achando homem casado sua mulher em adultério, lícitamente poderá matar assim a ela como o adúltero, salvo se o marido for peão, e o adúltero Fidalgo, ou nosso desembargador, ou pessoa de maior qualidade”.

Esta disseminação da cultura de dominação patriarcalista não é diferente no processo de gestação, parto e puerpério. Procedimentos violentos, tais como a episiotomia e o famoso “ponto do marido” já explorado em capítulos pretéritos, são só alguns exemplos da tradição da violência contra a mulher.

Sobre a falta de empatia e sensibilidade, a desumanização e objetificação do corpo feminino, relata a professora doutora Wilza Pereira em seu artigo Poder, Violência e Dominação Simbólicas nos Serviços Públicos de Saúde:

A objetificação da pessoa atendida pode ser traduzida pela pouca sensibilidade à dor e ao desconforto por ela manifestados, pois nem mesmo chorando Rosiane é notada como uma mulher gestante de trigêmeos com uma altura uterina de 41 centímetros, um fato anatômico (portanto inscrito no corpo da mulher) que torna extremamente desconfortável a posição supina e ginecológica, mesmo por um tempo curto. Mas, mesmo assim, eles demoraram [...] um tempo que não precisava. Como aos objetos não se distingue a capacidade de sentir dor, não há por que considerá-la no contexto do exame feito com as pacientes/objeto. (PEREIRA, 2004, p.398).

Ações descritas como violentas por mulheres estão diretamente ligadas à cultura de que esta não pode possuir liberdade sexual ou autonomia sobre o próprio corpo. Simone Grilo Diniz explica:

Estas dimensões estão associadas ao reconhecimento – ou não reconhecimento – pelos serviços de saúde, dos direitos das mulheres à sua expressão sexual (evidenciada pela gravidez), à integridade corporal, à condição de pessoa, à autonomia e à não-discriminação. Inúmeros estudos mostram que são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, inclusive no SUS. Estudos sobre a perspectiva das mulheres mostram que muitas vezes elas descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas, como negras, solteiras e de baixa renda e estigmatizam a maternidade na adolescência. Os abusos verbais voltados para a humilhação sexual do tipo “quando você fez, você gostou”, são uma constante nos estudos e fazem parte do aprendizado informal dos profissionais sobre como disciplinar as pacientes, desmoralizando seu sofrimento e desautorizando eventuais pedidos de ajuda. (DINIZ, 2009, p. 320).

Ainda neste sentido, o artigo “Violência Obstétrica e os Direitos da Parturiente: O olhar do poder judiciário brasileiro” se baseando no entendimento trazido por Jardim, 2018, discorre:

A violência obstétrica é a exteriorização de uma sociedade que relega à mulher situação de subordinação, deslegitima sua autonomia e a considera titular de um papel reputado menor, a de reprodutora, com a dominação e fragmentação do seu corpo, negando seus direitos (...) O médico, bem como toda a equipe de profissionais da saúde, produz e reproduz as condutas abusivas, naturalizando-as e fazendo com que se transformem em uma cultura nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados. (BRITO; OLIVEIRA; COSTA, 2020, p. 128).

As relações de dominação a que são submetidas as mulheres no âmbito hospitalar durante a gestação, estão intimamente ligadas à cultura social e a educação dada na formação médica fazendo com que este ciclo de violência seja normalizado e o protagonismo da mulher limitado em todos os aspectos.

[...] os preceitos da cultura médica hegemônica, perpetuada por meio de suas práticas e da garantia de sua continuidade pela formação dos futuros médicos, funcionam como um dispositivo de verdade que ultrapassa evidências científicas, normas e recomendações de órgãos da saúde[...]As mulheres são infantilizadas também porque é reforçado nesse modelo que, para ficar segura, é preciso que a parturiente seja assistida por seu médico, o mesmo que a acompanhou no pré-natal, e não por uma equipe que esteja de plantão, reafirmando o imaginário simbólico de que o parto pertence ao médico e não à mulher. Essa postura contribui não apenas para o não protagonismo da mulher sobre seu corpo na experiência da gestação e do parto, como também para o alto índice de cesarianas eletivas. (PALHARINI, 217, p. 25).

O sistema patriarcalista de dominação espalha a falta de empatia, anula os aspectos particulares de cada ser humano e generaliza situações, única e exclusivamente, em nome do lucro e do sistema de manutenção capitalista. A

violência obstétrica é mais um aspecto que fomenta a ignorância, a invisibilização e a manutenção das amarras históricas atreladas à violência no processo de nascimento.

A epidemia de cesáreas reconhecida pela OMS no Brasil é um dos indicadores mais claros sobre como o nascimento por linha de produção está diretamente ligado ao lucro a qualquer custo, mesmo que este seja a vida da própria mulher ou de seu bebê que no processo de anulação e objetificação são vistos apenas como mais um número.

Deste modo, é fato a existência de uma ligação direta entre o fator gênero, a objetificação do corpo da mulher, e a violência obstétrica, estando esta essencialmente interligada ao processo de construção histórica da cultura de normalização e banalização da violência de gênero.

CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo, buscamos entender o porquê destas práticas tão violentas ainda fazerem parte do dia a dia das mulheres. Para tal, lançamos mão do método qualitativo em conjunto com dados qualitativos coletados de forma secundária de pesquisas sobre o tema analisando documentos públicos, pesquisas produzidas com tema, relatos de mulheres vítimas, análise de documentários, levantamento de números já relacionados por pesquisadores/as do tema, dentre outros.

No primeiro capítulo discutimos o importante papel do movimento feminista pelo reconhecimento de seus direitos, em especial os direitos sexuais e reprodutivos, ponto importante e de essencial discussão para esta pesquisa. Além disso, analisamos as particularidades trazidas pela migração campo-cidade sobre o processo de parir que se tornou algo institucionalizado e monopolizado pela ideia de que o tal ato deveria ser algo feito sob supervisão e orientação médica, área até então dominada por homens.

A partir desta análise foi possível constatar que existe uma relação histórica de dominação patriarcalista e de objetificação dos corpos femininos presente em todas as esferas sociais levando a atos de violência que se perpetuam em todos os momentos da vida das mulheres e que no parto não é diferente.

Seguindo nossa pesquisa, conceituamos violência obstétrica, suas formas, particularidades e impactos causados às vítimas. Deve-se destacar que o reconhecimento desta espécie de violência já é um grande passo na direção da desmistificação da cultura de violência em nosso país. Este reconhecimento trouxe legitimidade às vítimas que, a partir de uma força conjunta, tornou o problema da violência obstétrica mais que uma experiência particular, expondo um problema social de saúde pública que há muitos anos assolou (e assola) mulheres em todo território nacional.

Estas mulheres deram rosto e voz ao problema e, agora na qualidade de vítimas deste, buscam com seus relatos coibir e acabar com a violência e informar outras mulheres sobre seus direitos e as vantagens de um parto humanizado.

Mostra-se de extrema importância observar que estas vítimas não buscam por nada novo e sim pela efetivação de um direito que há muito tempo faz parte de nosso ordenamento jurídico, ou seja, que sua autonomia e principalmente sua

dignidade sejam respeitadas e que o Estado busque a efetivação dos planos já propostos pela OMS. É a partir da preparação dos profissionais com qualificação e ensino em direitos humanos, e com a destinação correta dos recursos públicos para a saúde que o cenário nas maternidades e hospitais brasileiros há de mudar.

Além do exposto, destacamos qual seria a visão hegemônica dos profissionais de saúde para o tema, sendo possível observar que, de acordo com o próprio CFM, a classe enxerga o termo Violência Obstétrica como ofensivo, algo que macula a imagem do profissional de saúde. Apesar dos atos serem tidos como violentos pelas mulheres, estes profissionais os veem como necessários e como prerrogativas cuja decisão de utilização caberia somente a eles.

Importante destacar que a justificativa destes sobre a precariedade, em especial do sistema público de saúde, não está sendo desconsiderada. Entretanto, ao observarmos e escutarmos as mulheres durante as pesquisas sobre o tema, fica notório que elas buscam um trabalho de parto mais humanizado, mais empático em que elas sejam protagonistas.

A partir destas observações é plenamente possível concluir que o pensamento da classe médica se baseia em uma concepção histórica e errônea de que seus atos são legitimados pela autoridade conferida a seu cargo. Eles acreditam que este conhecimento independe de qualquer intervenção, opinião ou autorização das pacientes submetidas a procedimentos tidos como necessários, revelando que o senso comum de que o sofrimento é inerente ao pecado original que acompanha as mulheres têm um papel importante sobre esta visão.

A publicação *O corpo feminino invadido: recortes da construção social de um corpo público/objetificado* para o periódico do Núcleo de Pesquisas sobre Gênero da Universidade Federal da Paraíba dá ênfase sobre como este legado histórico de objetificação anula a mulher e reforça este comportamento medieval.

Além de inferiorizada em relação ao homem, colocada como “o Outro”, ou seja, um homem que não deu certo, e anulada enquanto ser humano até em sua intelectualidade, a sexualidade feminina e o corpo da mulher passam a ser silenciados. O uso da simbologia da Virgem Maria propõe a mulher como um ser doméstico/do lar, no intento de reforçar o controle da sua castidade e da moralidade. (CARDOSO *et al*, 2020, p. 73).

Ainda neste sentido complementa:

Portanto, assim como um objeto, o corpo feminino, visto e regido pelos conceitos de posse e propriedade do homem, deve ser usado e pode ser descartado quando não for mais útil. Numa relação de poder e dominação, o homem se sente autorizado a utilizar este “seu objeto” – o corpo feminino – com uma forma violenta, que cristaliza um sentimento misógino. (CARDOSO *et al*, 2020, p. 73).

Fato é que, esta humanização da qual tanto falamos nesta pesquisa, não se resume apenas em um tratamento moderno, e sim a um tratamento empático, que respeite a individualidade e protagonismo de cada mulher e história ali envolvida fazendo do trabalho de parto um momento, sobretudo de empoderamento feminino. Prova disto é que as casas de parto e instituições que adotam as boas práticas descritas pela OMS se preocupam não em fornecer o que há de mais moderno no mundo da medicina, e sim de tornar o trabalho de parto mais simples, acolhedor e, principalmente, protagonizado pela mulher.

Dar mais autonomia e protagonismo para a mulher no momento de parir não significa “desautorizar” ou tentar “usurpar” aquilo que torna um profissional de saúde especialista em práticas obstétricas, muito pelo contrário. O trabalho de parto deveria ser visto como um trabalho conjunto no qual médico e paciente numa relação de confiança mútua traçam o caminho mais humano e seguro para cada situação de parto.

Deste modo, os profissionais da área podem exercer sua capacidade técnica - científica de modo a orientar, auxiliar, e atender estas pacientes dentro de suas particularidades dando à gestante o protagonismo, a segurança e o apoio para uma gestação tranquila e um trabalho de parto humanizado.

Esta parceria, como bastante discutido durante a pesquisa, pode ser fortalecida e muito beneficiada pelas políticas públicas voltadas para o parto humanizado, assunto amplamente discutido no terceiro capítulo desta pesquisa. Cabe ao Estado trazer a efetividade na aplicação destas fornecendo não só a estrutura necessária para tal, elaborando campanhas educacionais com o fim de mudar esta estrutura de tradição de violência contra a mulher e incentivando a aplicação das boas práticas preconizadas pela OMS, fortalecendo o SUS para combater este problema social e de saúde pública.

Foi possível observar que a construção de políticas públicas e o estreitamento dos laços entre sociedade civil e Estado é uma arma poderosa para iniciarmos a construção de novos paradigmas, não só para reescrevermos a história social e

científica do parto, mas para mudarmos este olhar patriarcalista e machista sobre a mulher.

Além disso, descrevemos o importante trabalho de algumas redes da sociedade civil, como a Rede Paro do Princípio e a ReHuNa. Redes que diante da alarmante realidade que envolve o acompanhamento pré, durante e pós-parto em nosso país promovem ações voltadas para empoderar as mulheres durante este momento de parir, educando, informando e atendendo gestantes, educadoras e pesquisadoras para que este problema de saúde pública seja cada vez mais conhecido e combatido.

Como vítima desta espécie de violência, pude observar que a precariedade não só de materiais e recursos por parte do Estado, mas de conhecimento e empatia por parte da equipe responsável pelo atendimento, é proveniente desta cultura de violência contra a mulher disseminada por séculos em nosso país. É fato que as situações vividas por nós mulheres vítimas de violência obstétrica muitas vezes não são alvo de denúncias formais, exatamente por estarmos inseridas em uma sociedade massivamente doutrinada a entender que este tipo de situação não caracterizaria uma violência em si, e sim procedimentos necessários.

Superando toda a parte voltada para compreensão do que vem a ser esta espécie de violência, quais suas manifestações e consequências, como esta impacta na vida das suas vítimas, a visão destas em contraponto a visão dos profissionais de saúde e quais os direitos sexuais e reprodutivos relacionados ao tema, passamos a discussão que fomentou toda a pesquisa: a violência obstétrica como construção histórica da cultura de normalização e banalização da violência de gênero. É inegável a relação histórica existente entre a violência de gênero, a objetificação do corpo da mulher e a violência obstétrica, pois esta se mostra como problema urgente de saúde pública levando milhares de mulheres a lidarem com sequelas físicas e psicológicas permanentes ou até mesmo perderem a vida durante o processo de gestação, nascimento e puerpério.

Portanto, é indiscutível que, para que haja uma verdadeira eficácia na aplicação das políticas públicas voltadas para a prevenção e combate à violência obstétrica e eficiência no atendimento às mulheres em situação de gestação e puerpério, é imperativo que mudanças culturais e educacionais no combate a violência de gênero aconteçam. Somente assim será possível formular uma reforma

no sistema de formação dos profissionais de saúde que levará conseqüentemente na redução e posterior extinção deste tipo de violência “normalizada” pela história.

É medida de urgência que seja deixado de lado o senso comum e que se passe a entender que muitas situações, apesar de enraizadas no seio do Estado, não são situações normais, tão pouco devem ter status de legítima por este. É preciso lutar para se mudar a realidade do país e trabalhar pela melhoria na efetivação da aplicação de políticas públicas voltadas a educar para que se possa erradicar esse “legado maldito” e por fim, de uma vez por todas, na violência contra as mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Adriana Blaskesi; THOMÉ, Liane Maria Busnello. Violência obstétrica e os mecanismos de proteção jurídica no direito brasileiro. **Revista do Ministério Público do RS**, Porto Alegre, n. 87, jan./jun. 2020.
- ALVES, Cândice Lisboa; MARCONDES, Thereza Cristina Bohlen Bitencourt (Org.). **Liberdade, Igualdade e Fraternidade: 25 anos da Constituição Brasileira**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2013.
- ALVES, Maria Tereza. S. B.; SILVA, Antônio Augusto M. (Org.). **Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e seu recém-nascido no SUS**. São Luís: UFMA/Unicef, 2000.
- ATTÉI, Jean-François. **A barbárie interior**. Ensaio sobre o i-mundo moderno. Trad. Isabel Maria Loureiro. São Paulo: Editora Unesp, 2002.
- ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup. 2, p.465-469, 2003.
- BARTOLOMÉ RUIZ, Castor M.M. **As Encruzilhadas do humanismo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- BETTO, Frei. A marca do batom: Como o movimento feminista evoluiu no Brasil e no mundo. **ALAI**, América Latina em Movimento, 2001. Disponível em: <https://www.alainet.org/pt/articulo/105262?language=en> . acesso em: 17 jul. 2020.
- BOURDIEU P. **La domination masculine**. Paris: Seuil; 1998.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 jan. 2021.
- BRASIL. **Lei 10.406**, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 10 out. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Ministério da Saúde. 1996.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério**. Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma**.

Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. Ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Brito CMC, Oliveira ACGA, Costa APCA. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.9, n.1, p.120-140, jan./mar. 2020.

CARNEIRO, R.G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. Campinas, SP: [s. n.], 2011.

CERES, Grupo. **Espelho de vênus: identidade social e sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: Processo-consulta CFM nº 22/2018 – **Parecer CFM nº 32/2018**, 2018. Disponível em: <http://old.cremerej.org.br/downloads/835.PDF>. Acesso em: 04 mai. 2019.

CORREA, S. & AVILA, M.B. Direitos Sexuais e Reprodutivos – Pauta Global e percursos Brasileiros. *In*: BERQUO, Elza (org). **Sexo e vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: Unicamp 2003.

CORREA, S.; Freitas, A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. **Estudos Feministas**, v. 5, n. 2, p. 389-396, 1997.

COSTA, Ana Maria CECATTI, José Guilherme SORRENTINO, Sara Romera CANELLA, Paulo R.B. **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**, Rede Saúde, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-40425>. Acesso em: 28 ago. 2020.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual sobre violência obstétrica**. Disponível em: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/FOLDER_VIOLENCIA_OBSTERICA.PDF. Acesso em: 21 jan. 2016.

DELBERT, G.G & GREGORI, M.F. Violência e Gênero: Novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-2822009000200012&script=sciartitext>. Acesso em: 10 out. 2019.

DINIZ, C.S.G; NIY, D.Y; ANDREZZO, H.F.A; CARVALHO, P.C.A; SALGADO, H.O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde e Educação**, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n56/253-259/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DINIZ, Carmen. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2005.v10n3/627-637/>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DINIZ, S, G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19921>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DINIZ, Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto: um diálogo.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/?lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2021.

DOMINGUES, José. **As ordenações Afonsinas. Três séculos de Direito Medieval – 1211 a 1512.** Tese (Doutorado). Universidade de San Tiago de Compostela, 2007. Orientador Científico: Prof Doutor Pedro Ortega Gil. Portugal: Edições e Actividades Culturais, Unipessoal Lda. 2007.

DOSSIÊ da Violência Obstétrica: Parirás com Dor. Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012.

DOSSIÊ Gênero e Ciências: Histórias e Políticas no Contexto Iberoamericano. **Cad. Pagu**, v.49, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Acesso em: 17 jul. 2021.

DOSSIÊ Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**, São Paulo, 2002.

DREZETT, J. **Painel de descriminalização do aborto.** Brasília, 2005. Realizado em Brasília e promovido pela secretaria especial de Políticas para mulheres. Disponível em: <http://www.ipass.org.br/>. Acesso em: 17 ago. 2021.

FUJITA, Júnia Aparecida laia da Mata; SHIMO, Antonieta Keiko kakuda. Parto Humanizado: Experiências no Sistema único de Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, p.1006-1010, out./dez. 2010.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO & SESC. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado.** 2010. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/15405c11429e6796?projector=1>. Acesso em: 10 out. 2019.

HUNGRIA, Nelson; LACERDA, Romão Cortes de. **Comentário ao Código Penal.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1956. v. VIII, p. 187.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes.** Tradução Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MARCELINO, Maria Fernanda. A criminalização do aborto e as violências do patriarcado. **Sempre viva Organização Feminista**, 2020. Disponível em: <https://www.sof.org.br/criminalizacao-aborto-violencias-patriarcado>. Acesso em: 19/10/2021

MARQUES, Teresa Cristina de Novaes. Elas também desejam participar da vida pública: várias formas de participação política feminina entre 1850 e 1932. **Revista Gênero**, Niterói, 2004. v.4, n.2, 1. sem. 2004, p.149-169. Disponível em: <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/251/171>. Acesso em: 15 jan. 2021.

MONTENEGRO, Marília. **A Lei Maria da Penha: uma análise criminológico-crítica.** Rio de Janeiro: Revan, 2015.

NETO, Francisco Daniel *et al.* A migração do campo para os centros urbanos no Brasil: da desterritorialização no meio rural ao caos nas grandes cidades. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 4, n. 5, Edição Especial, p. 2254-2272, ago. 2018.

NORONHA, E. Magalhães. **Direito Penal**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1967. v. 2, p. 27 (Dos crimes contra a pessoa. Dos crimes contra o patrimônio).

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.2, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Acesso em 17 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus Tratos Durante o Parto em Instituições de Saúde**. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra, 2004.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos do Homem** (1948). Disponível em: <http://www.humanrights.com/pt/what-are>. Acesso em: 28 jan. 2021.

PALHARINI, L.A. **A história da atenção ao parto e nascimento**: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema. Campinas, SP. [s.n.], 2015.

PALHARINI, Luciana Aparecida. **A história da atenção ao parto e nascimento**: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema. Campinas, SP: [s.n.], 2015.

PEREIRA, W.R. **Poder, Violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde**. São Paulo: Contexto Enferm, 2004.

PIERANGELLI, J. H. **Códigos Penais do Brasil**: evolução histórica. São Paulo: Jalovi, 1980.

PIOVENSAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 14. ed. São Paulo : Saraiva, 2013.

PULHEZ, Mariana Marques. **A Violência obstétrica e as Disputas em Torno dos Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Florianópolis: [s.n.], 2013.

REHUNA – Carta de Campinas. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. (Orgs.) **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora Senac, 2005.

RIBEIRO JUNIOR, Nilo. **Sabedoria da Paz – Ética e Teológica em Emmanuel Lévinas**. São Paulo: Loyola, 2008.

RODRIGUES, F. A. C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério**, p. 1-7, mar. 2017

SCHUNK Pereira Gabriel, A Criação inteira geme em dores de parto: desenvolvimento e natureza nas cartas encíclicas e apostólicas papais (1967-2015). **Temporalidades** - Revista de História, v. 11, n. 3, set./dez. 2019.

SCOTT, J. Gênero: Uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação & Realidade**, 2995. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/71721/40667>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SENS, MM; STAMM AMNF. Percepção dos Médicos Sobre a Violência Obstétrica na Sutil Dimensão da relação humana e Médico-paciente. **Interface**, Botucatu, 2019.

SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por Enfermeiras em um Centro de Parto Normal**. Orientadora: Prof^a Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2014.

SILVA, Livia Nornyam Medeiros da; SILVEIRA, Ana Paula Knackfuss Freitas; MORAIS, Fátima Raquel Rosado De. Programa de Humanização do Parto e Nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v.11, sup. 8, p. 3290-3294, ago. 2017.

ZORZAM, Bianca; CAVALCANTI, Priscila. **Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito**. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.