

**CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA  
ASCES / UNITA  
BACHARELADO EM DIREITO**

**RAYANNY CAMPOS MELO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: VIOLAÇÃO À DIGNIDADE HUMANA E À  
SAÚDE**

**CARUARU  
2017**

**RAYANNY CAMPOS MELO**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: VIOLAÇÃO À DIGNIDADE HUMANA E À  
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado à FACULDADE ASCES-  
UNITA, como requisito parcial, para a  
obtenção do grau de bacharel em direito,  
sob a orientação do Professor Arquimedes  
Fernandes Monteiro de Melo.

**CARUARU**

**2017**

## BANCA EXAMINADORA

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

---

Presidente: Prof. Arquimedes Fernandes Monteiro de Melo

---

Primeiro Avaliador

---

Segundo Avaliador

## DEDICATÓRIA

*Ao arquiteto do universo, majestoso,  
incomparável Deus.*

*Às vítimas de violência obstétrica.*

*Aos meus pais, Rosilda Bezerra Melo  
Campos e Roberto Campos Silva, meu  
alicerce.*

*Aos meus irmãos, Tarciany Roberta e  
Roberto Campos.*

## AGRADECIMENTOS

Sou demasiadamente grata ao meu Deus pelo dom da vida, proteção, sustento, força e bênçãos que me proporcionou desde meu primeiro respirar no ventre da minha mãe e, até agora. Ao criador da terra e dos céus, e de tudo que nela há toda, seja perpetuamente toda honra, glória e louvor. Agradeço a ti por me livrar dos olhos maus, me guiar quando precisei de luz, pela proteção da minha família, amigos e colegas. Obrigada Deus, por me permitir realizar este sonho de formação acadêmica no curso de direito, na qual buscarei sempre a justiça em favor dos injustiçados.

Agradeço a Deus pela vida do meu Orientador Arquimedes Melo. Sou profundamente grata por sua paciência, e ajuda intelectual nos momentos difíceis.

Sou eternamente grata aos meus pais Roberto Campo Silva e Rosilda Bezerra Melo Campos, por todo amor, cuidado e incentivo que me proporcionaram em minha formação escolar e acadêmica. Ajudaram-me nos momentos mais difíceis das curvas traiçoeiras da vida, me impulsionaram a ser uma cidadã do bem. Eles serão perpetuamente minha vida, meus paradigmas, meu sangue, meus pilares e seres humanos fundamentais. Minha gratidão a eles vai além desse plano existencial na terra. Agradeço também aos meus queridos irmãos Roberto Campos e Tarciany Roberta, pelo apoio na realização deste sonho.

Agradeço o total apoio do meu primo lindo e amado José Jorge Campos, e aos demais primos e primas que estão guardados no meu coração. Sou grata também ao apoio das minhas Tias queridas e amadas.

Reconheço o companheirismo, amparo, apoio e compreensão do meu namorado Lennon Brandão. Obrigada por compreender minha ausência nos momentos de estudos e, reflexão existencial. Agradeço pelas palavras certas nas situações obscuras, pelos sorrisos, abraços, afagos sinceros e pela felicidade que me proporciona.

Agradeço a minha amiga de infância Fernanda Moreira, pelas palavras de conforto, incentivo, por me querer bem e desejar o meu sucesso. Agradeço também aos meus amados amigos de infância: Eudson Wesley; Lucas Vinicius; Diogo Alexandre (Vou levar comigo cada amor de amigo).

Gratidão é a palavra para definir também as amizades de Rayana de Jesus e Siweverton Ruan (Rayeverton), meus amigos que jamais poderia esquecer, irmãos que Deus me presenteou. Através da suas amizades pude confirmar que na vida há amigos mais chegados que um irmão.

Sou grata também pela amizade de Maria Luiza Avelino, amizade construída na graduação de direito, mas entrelaçada além da graduação. Um amiga muito especial. Não tenho palavras para descrever a felicidade que você proporciona as pessoas ao seu redor e a mim. Agradeço a Deus pela sua vida, e admiro a pessoa que és.

Agradeço também as amizades especiais que construí ao longo do curso, que me proporcionaram felicidade, um ombro de conforto, atitudes de amparo, consideração e carinho pela minha pessoa: Ingrid Mikaely; Emilayne Amara; José Filipe; Ana Flávia; Kleber Lindoso; Lucas Santos; Thays Xavier.

Quero agradecer também, as pessoas que não mencionei na quais contribuíram diretamente ou indiretamente para a construção deste sonho.

Por fim, sou grata aos professores que passaram na trajetória da minha vida e compartilharam seus conhecimentos comigo. Que Deus abençoe todos os profissionais que detém tamanha importância e bela missão na terra.

*A solidariedade é o sentimento que  
melhor expressa o respeito pela dignidade  
humana.*

**(Franz Kafka)**

## RESUMO

O presente trabalho propõe uma análise do reconhecimento da violência no âmbito da assistência da saúde da mulher, que importam na violação de direito reprodutivo e sexual no exercício da parturição, seja ela manifestada no momento gravídico, parto, pós-parto ou abortamento. Busca apontar a insegurança jurídica que paira sobre os casos de vítimas de violência obstétrica, sendo este o fator gritante para promoção de impunidades e injustiças. Compreende também, a análise do Dossiê Parirás com Dor de 2012, este composto por relatos de mulheres vítimas de atitudes desumanas, que impulsionou discursões sobre a temática, afim de compreender a origem da forma traumática de parir, e identificar as formas de violência camuflada no ambiente hospitalar, combatida pela militância feminina e todos aqueles entrelaçados pela sororidade, além de, apontar a necessidade de meios para punição dos envolvidos e responsáveis por ela. Explora o estudo do atual cenário de assistência ao parto, oportuno para implementação da humanização na saúde reprodutiva e sexual, com o propósito de fortalecer práticas éticas humanizadas que promovam respeito e conforto à parturiente. Para tal, propõe analisar o projeto lei nº 7.633/14, onde defende o enfrentamento da problemática aqui explanada, todavia, analisamos também, a imprescindibilidade do combate a este mal social e a lacunosidade do Projeto-Lei. Assim, suscita a necessidade de enfrentamento e reconhecimento da violência obstétrica, ao passo que, ela desfaz o protagonismo da parturiente e inflama a dignidade da pessoa humana, direito à saúde reprodutiva e sexual.

**PALAVRAS CHAVE:** Violência Obstétrica; Direito Constitucional; Direitos humanos; Saúde da mulher.

## **ABSTRACT**

The present study proposes an analysis of the recognition of violence in the context of health care to the woman, who import the violation of law reproductive and sexual in the exercise of reproducibility, be it expressed at the time of pregnancy, childbirth, postpartum or abortion. Search engines pointing to legal uncertainty that hangs over the cases of victims of violence obstetrics, this being the blatant factor for promotion of impunity and injustice. It also includes the analysis of the Dossier Parirás With Pain from 2012, composed by reports of women victims of inhuman attitudes, which boosted discussions about the subject, in order to understand the origin of form of traumatic birth, and identified ways of violence masked in a hospital environment, combated by female militancy and all those driven by this feeling, beyond the means for punishment of those involved and responsible for it. Explores the study of the current scenario of labor care, appropriate for the implementation of the humanization in reproductive and sexual health, with the purpose of strengthening ethical practices humanized that promote respect and comfort to the patient. To this end, it proposes to analyze the Brazilian federal bill 7.633/14, which defends the confrontation of the problem here explained, however, we also analyzed, the absolute need of combating this social evil and the disagreements of this bill. Thus, raises the need of coping and recognition of the violence obstetric history, while she undoes the protagonism of the parturient and ignites the dignity of the human person, right to reproductive and sexual health.

**KEYWORDS:** Obstetrical violence; Constitutional Law; Human rights; Women's health.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1 HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE FEMININA NO BRASIL.....</b>	<b>13</b>
1.1 Direito à saúde da mulher e o enfoque de gênero.....	13
1.1.1 A liberdade sexual e os direitos reprodutivos.....	18
1.2 Evoluções das políticas de atenção à saúde da mulher.....	22
1.3 Uma breve trajetória da obstetrícia no Brasil.....	28
<b>2 A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE.....</b>	<b>33</b>
2.1 O movimento da humanização no Brasil.....	33
2.1.1 Das parteiras ao médico: a transição do profissional no nascer....	36
2.2 A desconstrução da medicalização do parto ao movimento humanizador.....	39
2.3 Da relevância da humanização no parto.....	42
2.3.1 O papel da doula no processo de humanização.....	46
2.4 A humanização como resposta à violência obstétrica.....	48
<b>3 A VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL E A PROPOSTA DO PROJETO- LEI Nº 7.633/14.....</b>	<b>53</b>
3.1 Do reconhecimento da violência obstétrica.....	53
3.2 Formas camufladas da violência obstétrica: caráter físico, institucional, material, midiático, psicológico e sexual.....	57
3.3 A maleficência dos procedimentos de rotina considerados invasivos e danosos à saúde da mulher na assistência ao parto.....	59
3.4 Violação à dignidade da pessoa humana e a saúde.....	63
3.4.1 Parturientes em situação de cárcere.....	69
3.5 Dos dispositivos legais vigentes no que concerne a assistência ao parto e uma breve análise do Projeto-Lei 7633/14 e sua lacunosidade.....	71
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>

## INTRODUÇÃO

O nascimento de uma vida é um evento especial, onde compõe um momento inesquecível na vida de uma mulher devido à chegada de um novo ser no mundo, devendo ser memorável com entusiasmos e alegria. Para que esse acontecimento tão significativo seja inesquecível e saudável, a maneira de nascer interfere muito na valoração da lembrança e na saúde da mulher, visto que, se o parto for violento acarretará traumas que repercutirá por muito tempo ou durante a vida inteira da mãe.

A maneira de nascer foi modificada com o passar do tempo, ao passo que, antigamente estava atrelada a um processo fisiológico, na qual o parto era realizado por parteiras e acompanhado por mulheres mais experientes pertencentes à família ou parentesco da parturiente. A forma de nascer incorporada à medicina teve o intuito de dirimir mortes de mulheres e bebês, e oferecer soluções para amenizar as complicações do parto e dores proveniente deste. O avanço da tecnologia propiciou a criação da cirurgia cesárea que detinha como intuito a solução de complicações do parto de risco. A denominação possui etimologia latina “*caedere*” que significa “corte”, porém há associação também ao nome do líder da República Romana, Júlio César (SILVA,1789). Neste caso, o parto pela via cesárea segundo fontes históricas, ocorreu devido ao nascimento de Júlio Cesar, com o intuito de salvá-lo depois defeito um corte no ventre de sua mãe já falecida ele nasceu.

Todavia esta prática foi considerada pelas mulheres a via mais fácil para parir sem dor. A cirurgia cesárea atrelada ao parto sem dor se tornou a opção comum para evitar as dores que o parto provocava. Acontece que, a cirurgia cesárea nem sempre esteve atrelada a necessidade do procedimento, e sim a uma ligação econômica fomentadora da idealização perfeita do parto sem sofrimento, preponderando a ganância dos médicos pelo dinheiro em detrimento da relevância da saúde da mulher. O abuso desse procedimento sem necessidade, incidiu em níveis alarmantes de cirurgias césares, e a reflexão do novo conceito ideal de nascimento pela maioria das mulheres altamente prejudicial, pois o parto deve ser encarado como mecanismo biológico que deve ser realizado com as mínimas intervenções possíveis, além de tratamento respeitoso para com a parturiente.

É indiscutível que a tecnologia na área obstétrica ajudou a amenizar as dores na hora do parto, no entanto, as mulheres optaram pela cirurgia ludibriadas com a falsa ideia que diminuirá a probabilidade de morbimortalidade materna ou neonatal, além de, amenizar a dor de parir. Entretanto não refletem que o parto deve ser visualizado como evento natural da vida humana, percebendo que o nascer demanda espontaneidade para que ele ocorra de forma mais saudável e com menos intervenções humanas.

A institucionalização do parto teve seus aspectos positivos e negativos. Sendo um dos fatores negativos a violência obstétrica, que inviabilizou a protagonização da mulher no momento de partejar, invadindo maleficamente seus direitos reprodutivos. Ademais, o avanço tecnológico propiciou a visão do parto como evento patológico, e trouxe consigo práticas errôneas por alguns profissionais que violam o direito reprodutivo e sexual da mulher, deturpando a genuína naturalidade de nascer. Devendo este ser visualizado como um processo natural da natureza humana.

A violência obstétrica ou no parto é mais um tipo de violência relacionada ao gênero, que ocorre no exercício da reprodução feminina, que ocasiona violação de ordem psíquica e física, violando os direitos garantidos constitucionalmente e internacionalmente da mulher. Arelada também a qualquer ato exercido por profissionais de saúde em função do corpo e do processo reprodutivo, a violência obstétrica está relacionada ao uso de condutas desumanizadas e intervencionistas no que concerne a transformação patológica do parto em evento medicamentoso em detrimento do genuíno sentido do parto.

Na assistência ao parto, a violência obstétrica é o lado invisível deste, pois como geralmente ocorre no ambiente hospitalar é de difícil comprovação do seu acontecimento, principalmente se ela for de ordem psicológica. Nesse sentido, é importante visualizar a mulher como vítima e, não compreender como “frescura” da parturiente suas queixas em relação as atitudes desumanas que dos profissionais envolvidos. Sendo assim, este tipo de violência de gênero deve ser divulgado e combatido assim como qualquer outro, para evitar os casos de violência no contexto hospitalar e combater a violação da dignidade da pessoa humana e à saúde, em uma visão geral preservar o direito reprodutivo da mulher e sua integridade física e psicológica.

Por isso, esse estudo visa compactuar a importância da reflexão em relação a fragilidade da atual assistência no parto no que tange a violência em virtude da grávida. Sendo conveniente a implementação de assistência humanizada na prestação de serviço obstétrico, onde propicie formas acolhedoras e dignas à parturiente e no desenrolar do parto. Nesta perspectiva, o enfrentamento da violência obstétrica é essencial para evitar a naturalização da violência no meio obstétrico. Ademais, muitas mulheres são violadas e se quer sabem que sofreram lesão dos seus direitos reprodutivos e sexuais por falta de acesso às informações.

Logo, à conjectura do autor Michel Odent qual diz que *“Para mudar o mundo é preciso antes, mudar a forma de nascer”*, a maneira de nascer reflete na sociedade, ao passo que, o nascimento é o início de tudo e deve ser pacífico, não violento e traumático. Por isso, o modelo de assistência humanizada e honrosa para com as mulheres e seus bebês, vem ganhado espaço através do movimento da humanização. Através dele, há a disseminação de consequências positivas, na medida em que, a humanização determina o uso de práticas dignas na assistência ao parto que não atrapalhem o mecanismo fisiológico deste e não considerando o evento ligado a patologia. Portanto, consideramos ele é o pilar de essencialidade no enfrentamento da violência, e com a implementação do modelo humanizador na assistência ao parto haverá maior estímulo da ausência de excesso de intervenções, a adoção de atitudes éticas dos profissionais da área obstétrica, e o não abuso de cirurgias desnecessárias, nesse compasso, a humanização gera a conscientização da sociedade no entrelaçamento da solidariedade.

# 1 HISTÓRICO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE FEMININA NO BRASIL

## 1.1 Direito à saúde da mulher e o enfoque de gênero

O conceito concernente à saúde da mulher é abrangente. Há concepções mais peculiares que discorrem apenas sobre aspectos biológicos no que tange a anatomia do corpo feminino, e outras mais extensivas que se interligam com a seara de direitos humanos e questões pertinentes à cidadania. O corpo feminino, na visão mais restrita está relacionado à função reprodutiva e a maternidade (BRASIL, 2011).

A saúde da mulher por muito tempo foi resumida à saúde materna ou à existência de doenças coligadas ao processo de reprodução de forma que, os direitos sexuais e as questões de gênero não estejam inseridos nesse contexto (COELHO, 2003). Esse entendimento tendencioso abre espaço para reflexão das profundas raízes maléficas do machismo que influenciaram a visibilidade da saúde feminina no meio social, tendo em vista que o direito à saúde da mulher engloba a sexualidade e a reprodução.

O movimento feminista teve papel impulsionador na reivindicação da saúde da mulher. A priori, podemos analisar o contexto histórico da redemocratização do Brasil, entre as décadas de 70 e 80, durante a ditadura militar, época de lutas em prol de garantias dos direitos civis, políticos e sociais, que fortaleceram debates políticos e a disseminação de ideias de cunho oposicionista ao regime. Nesse período, houve ampliação dos movimentos sociais, após polêmicos debates sobre o controle de natalidade no Brasil, e frustradas tentativas de programas do governo federal sobre o planejamento familiar.

Na época de 1980 a temática central no movimento feminista respaldou a saúde da mulher, assunto frágil e controverso para o Estado. Os cuidados relacionados ao ciclo gravídico, maternidade e prevenção do câncer foram desdobramentos da temática, mas a saúde da mulher envolvia assuntos polêmicos para os conservadores, estes relativos ao planejamento familiar, sexual e abortivo (PINTO, 2003).

O planejamento familiar era uma questão sensível dentro do movimento feminista, em razão da visibilidade do planejamento familiar no Brasil, entendido

como controle da natalidade das populações pobres. A constante presença do organismo norte-americano Benfam na vivência da ditadura militar contribuiu para a má administração nas distribuições gratuitas de anticoncepcionais entre a população pobre, desse modo, dificultaram a aceitação de qualquer política voltada ao planejamento familiar.

A vontade de limitar o número de filhos era uma grande dificuldade para o movimento feminista, isso fez com que as mulheres organizadas passassem a integrar um papel importante na criação de projetos de planejamento familiar que atendessem as mulheres das camadas mais populares (PINTO, 2003).

O reconhecimento da mulher no meio social, e os demais direitos ressaltados, é o reflexo das intervenções dos movimentos feministas que propiciaram valorização da figura da mulher na sociedade e nas elaborações das políticas públicas de gênero. A união das mulheres fortalecia as ideias revolucionárias.

Assim diz Tales:

Em meados da década de 70, quanto mais as feministas saíam ao encontro das mulheres nos bairros, fábricas e favelas, mais reivindicação saúde ia ganhando corpo. Elas se reuniam para um bate-papo. Começava-se a falar da vida cotidiana e rapidamente derivavam para as questões da maternidade, do parto, de como evitar filhos ou de como tê-los e criá-los com dignidade (TELES, 1999, p. 145).

As conversas possuíam denúncias diante das dificuldades enfrentadas como, por exemplo: ausência de políticas públicas de acesso à saúde, tanto para as grávidas como para suas crianças. Para as donas-de-casa, à assistência médica era muito precária, pois só conseguiam acesso à saúde se estivessem trabalhando ou com a carteira profissional do marido (TELES, 1999). Nesse período, as mulheres delinearão propostas políticas de saúde, além de, reivindicações para construções de postos de saúde que alcançassem os bairros da periferia. É importante frisar que, muitos profissionais da área contribuíram para elaboração de diretrizes das políticas de saúde.

Cada grupo organizado de mulheres, donas-de-casa, mães, trabalhadoras, colaborava com a luta da melhoria assistencial médica às mulheres. Oras, reivindicavam seus direitos frente às autoridades. Ao passo que, sofriam ameaças com intimidações policiais. Alguns companheiros das mulheres organizadas

negavam apoio às reivindicações em favor das melhorarias, e desejavam que suas esposas não participassem. Todavia, foi por intermédio das reivindicações que as mulheres conquistaram seu espaço na melhoria da área da saúde, a qual será mais aprofundada adiante.

No ano de 1994, A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, definiu a saúde reprodutiva como bem-estar completo envolvendo o estado físico, mental e social englobando todas as áreas relativas ao sistema reprodutivo, suas atividades e processos, não apenas a inexistência de enfermidade (BRASIL, 2011). A capacidade de reproduzir implicava à figura feminina uma vida sexualmente amparada e satisfatória ao passo que possuía liberdade decisória sobre quantas vezes desejasse a reprodução.

Essa definição sobre o conceito de saúde da mulher tornou-se, referência pela Organização Mundial de Saúde, atrelada a dimensões da sexualidade feminina e reprodução, tuteladas pelo direito. Não obstante que, houve avanços relacionados a outras definições relativas à saúde da mulher, no entanto a definição da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento restringe a saúde feminina à reprodutividade, e não tratou a saúde-doença como epidemiológica social, por isso desde o final dos anos 60 é alvo de críticas (BRASIL, 2011).

No Brasil, os avanços no plano internacional foram e continuam repercutindo nas transformações internas, tendo em vista a agenda dos direitos humanos das mulheres que influenciou a pauta de política pública em relação à saúde sexual e reprodutiva brasileira. Assim, cabe destaque ao impacto e à inspiração de documentos tais como: a Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher de 1979; a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial sobre População e Direitos Humanos de Viena de 1993; o Plano de ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo 1994; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir, e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994; a Declaração e a Plataforma de Ação da Conferência. Esses documentos influenciam o movimento feminista a exigir efetividade e garantia dos seus direitos (PIOVESAN, 2012).

No que tange ao contexto de saúde no Brasil, o movimento feminista considerava que as desigualdades sociais de gênero refletiam nos problemas de saúde da população feminina. Todavia, com o advento da Carta Magna em 1988 os direitos sociais foram tutelados (direitos de segunda geração), constituídos devido a

necessidade isonômica social, a partir de lutas e conquistas sócio-políticas de direitos, com a finalidade da valoração do indivíduo. Os direitos sociais, segundo Bonavides (2011, p.564) “Nasceram abraçados ao princípio da igualdade, do qual não se podem separar, pois fazê-lo equivaleria a desmembrá-los da razão de ser que os ampara e estimula”. O direito à saúde e à maternidade são direitos sociais explícitos no art.6 da CF/88 brasileiras.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, às condições jurídicas da mulher melhoraram, no sentido de valoração, pois ela assegurava a igualdade entre homens e mulheres. Além disso, o Brasil ratificou tratados internacionais que se entrelaçam com a mesma ideia de igualdade entre homens e mulheres, e idealizam promoção na igualdade, repudiando discriminações contra à mulher e com sentido androcêntrica (perspectiva na qual o homem é o cerne da sociedade) (PIOSEVAN,2012).

A ideia androcêntrica, pode ser visualizada no Código Civil de 1916, ao concluir que ele estabelecia relação hierárquica de gênero e sustentava princípios conservares que retiravam o poder da autonomia feminina, ferindo seus direitos fundamentais, que até então foram reconhecidos pela nossa Constituição Federal de 1988 e renovado pelo novo Código Civil de 2002 no que tange as antigas restrições do remoto Código Civil de 1916. É notório que o tempo passa e a realidade social muda e os diplomas legais devem pelo menos tentar serem adequados à realidade populacional, ou seja ao novo contexto social. Deste modo, podemos analisar que nem sempre os dispositivos legais contemporâneos inovadores estarão em conformidade com os diplomas jurídicos remotos editados no passado, e devido ao novo contexto social promovem tensões e conflitos valorativos (PIOSEVAN, 2012).

Portanto, é importante a revogação de toda normatividade que alimente ideias de papel socialmente predefinidos para homens e mulheres e que objetivam criar obstáculos e discriminação, pois esses fatores acarretam malefícios para a mulher. Além disso, é necessária a construção de um novo paradigma, que inclua a visibilidade de gênero, pois devemos fomentar a cultura fitada na democracia e isonomia de gênero, a partir da observância dos direitos humanos e constitucionais que amparam o direito da mulher.

O gênero possui relação ao conjunto de atributos sociais, crenças e atitudes que definem o significado do ser mulher ou ser homem. Ele é um divisor de águas,

pois delimita os padrões de comportamento, o campo de atuação de cada ser humano, e criação das leis e aplicação.

Assim, esclarece Brasil:

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. (...) O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado (BRASIL, 2011, p.12).

Como o autor elucidou, na maior parte das sociedades, as relações de gênero não são iguais. Este fator incide nas políticas públicas, leis e comportamento social. É perceptível que o gênero influenciou na construção histórica de desigualdade entre homens e mulheres e favoreceu consequências nas condições de saúde feminina, logo, o determinante para a formulação das políticas públicas de saúde são as questões de gênero e suas respectivas particularidades.

Sendo assim, a ideia de igualdade perante a lei propiciou uma inovação nas concepções sociais no que concerne o papel da mulher no núcleo da sociedade, ao passo que o princípio da igualdade propicia o equilíbrio social entre homens e mulheres em termos de direitos e obrigações.

Dessa forma, se todos são considerados iguais, os dispositivos devem amparar os diferentes grupos de mulheres de acordo com suas necessidades (igualdade material), como por exemplo, as mulheres com deficiência que muitas vezes são discriminadas sejam no acesso à formação educacional, na utilização de mão de obra barata e sem remuneração ou por serem preconceituosamente consideradas incapazes de serem mães (SÃO PAULO, 2004). A ausência de isonomia entre gêneros, é tendenciosa no sentido que desencadeia outras desigualdades sociais, relacionadas à raça, idade, classe, sexualidade, religião, deficiência, entre outras.

Portanto, do mesmo modo que algumas pessoas estão sujeitas às vantagens em variação de graus de riscos, mulheres e homens, no meio social também estão sujeitas a padrões diferentes relacionados à saúde. A partir desse entendimento, é necessária a análise do perfil epidemiológico e do planejamento de ações de saúde, no que concerne o reconhecimento da importância de políticas públicas que objetivam diminuir a desigualdade de gênero, que fortaleçam o exercício da

cidadania, possibilitem o respeito, atendimento as necessidades das mulheres, empoderação feminina e o desenvolvimento e autonomia dos grupos de mulheres que reconheçam as particularidades.

Ademais, são fatores determinantes à igualdade, amparo dos direitos de cidadania da mulher, e aperfeiçoamento nas condições de vida. Deste modo, a Constituição brasileira de 1988 e as reivindicações sociais das mulheres organizadas fizeram-se determinante para o aprimoramento de políticas voltadas à saúde da mulher.

### **1.1.1 A liberdade sexual e os direitos reprodutivos**

Na década de sessenta, a revolução sexual foi uma resposta às mudanças sociais em longo prazo que incidiram na estrutura da família e no papel da mulher no meio social (HITE, 1976). Até a segunda metade desse século, a alta taxa de nascimentos era considerada fundamental e importante para sociedade, pois o entendimento majoritário social era que, quanto maior a população, mais rica a sociedade e mais forte o exército (HITE, 1976).

Com o passar do tempo a concepção sobre a mulher mudou em relação a liberdade sexual, pois antes o casamento era uma forte tradição que possuía relevância para fins de prolongar a linhagem familiar, além de ser uma forma de não desonrar a família nos casos de “perda de virgindade”. O costume social mudou em relação ao casamento, uma vez que o homem não o considerava mais fundamental, embora gostassem de terem filhos e de ser pai. Sendo assim, atualmente a paternidade não possui mais vínculo com o casamento e pode-se “permitir” às mulheres a “liberdade sexual” (HITE, 1976).

Ao passo que, se tornou menos importante ter filhos, a mulher foi vista negativamente e passou a ser menos respeitadas, pois eram consideradas em função do papel reprodutivo e já que não era mais relevante sua importância no meio social o status feminino decaiu.

Ao mesmo tempo, visto que as mulheres não estavam mais atreladas ao seu papel de produtoras de crianças, podiam ser livres sexualmente como os homens. O surgimento dessas ideias possibilitou a independência feminina, no entanto como as mulheres não possuíam as mesmas oportunidades de educação e emprego, continuaram submetidas no tradicional papel de dependência masculina.

Vislumbra Shere Hite:

Apesar da chamada revolução sexual, as mulheres (sentido o qual no novo esquema as haviam tornado superficiais, decorativas e supérfluas) se submeteram aos homens mais do que nunca. Isso aconteceu ainda mais *fora* do que dentro do casamento, já que este oferece alguma proteção em termos tradicionais. A crescente submissão e insegurança refletiram-se nas modas infantis, embonecadas, dos anos sessenta: vestidos curtos de mocinhas, cabelos longos (louros) e lisos, grandes olhos inocentes (azuis), e claro uma aparência sempre tão jovem e bonita quando possível. A mudança da atitude masculina em relação à mulher (de mãe e objeto sexual) foi resumida no título do livro de Molly Haskell sobre as mulheres no cinema, *From Reverenceto Rape (Da Veneração à Violação)* (HITE, 1976, p.336).

Analisando o aspecto social, ao contexto que o autor nos trouxe percebermos que, a independência feminina foi timidamente aceita pela sociedade e mulheres em razão de, naquela época o casamento condicionar um amparo de questões morais, sendo assim, a mulher que “se desvalorizava” mantendo relações sexuais sem expectativas de possíveis relacionamentos, era mal vista socialmente.

O reflexo da liberdade sexual, foi a preocupação de passar uma imagem social de “mocinhas” usando como estratégica o campo da beleza, por isso evidenciaram a jovialidade e a beleza feminina, com a ilusão de que a percepção dos seus atributos contribuiria para valoração feminina. Mesmo assim, as circunstâncias conduziram positivamente as mudanças do papel da mulher na sociedade, já que o movimento feminista no final dos anos sessenta e nos setenta tentavam implementar, a liberdade sexual, afim de torná-las livres e independentes.

É notório que, a castidade no meio social esteve historicamente entrelaçada à sexualidade feminina ao passo que o prazer sexual masculino nunca fora reprimido, exceto àqueles submetidos a carreiras eclesiásticas pertencentes a Igreja Católica, na qual precisam se submeter a votos de castidade.

Mesmo assim, até os dias de hoje o homem se submete se quiser a castidade, pois a ele é facultado a perda da virgindade, não sendo submetido à pressão social para manutenção em decorrência da cultura patriarcal, no entanto pressionado a manter uma vida sexual ativa independente de sua condição civil. Por outro lado, à mulher por muitas décadas na história não possuiu autonomia em relação à liberdade sexual, neste caso, a mulher deveria se manter virgem. Caso

perdesse sua “pureza” antes do casamento era considerada, desonrada e apontada como “meretriz”.

Com o advento da nossa Carta Magna de 1988, a mulher teve seu espaço em relação aos direitos reprodutivos e a liberdade sexual, à medida que, ela trouxe um dos princípios fundamentais que corroborou à dissolução de eventuais pensamentos machistas, neste caso instituiu a igualdade entre os gêneros.

Os direitos reprodutivos, estão vinculados aos diplomas internacionais de direitos humanos nitidamente no Plano de Ação da Conferência Internacional do Cairo sobre população e desenvolvimento de 1994, e de Ação de Beijing de 1995 (PIOSEVAN, 2012), e no Título VIII da Constituição Federal de 1988, onde versa sobre a ordem social que respalda o direito que ora estamos abordando correlacionados à saúde e ao planejamento familiar.

Neste sentido, a Constituição Federal de 1988 propiciou maior segurança nos assuntos voltados à saúde da mulher, pois como veremos adiante neste estudo, por um determinado tempo a saúde era considerada precária em razão de não englobar todas as fases da vida feminina. Para alegria de nós mulheres com o surgimento da carta magna o campo da saúde da feminina foi ampliado protegendo à mulher na infância, adolescência, período gravídico, e na velhice, cabendo ao Estado garanti-la através de políticas públicas o acesso universal.

O planejamento familiar respaldado pela Lei Federal n. 9.263 e também assegurado pela Constituição Federal de 1988, possibilitou a liberdade reprodutiva à proporção que proíbe qualquer tipo de intervenção do Estado para fins de controle reprodutivo humano. O planejamento familiar, abrangeu um conjunto de ações de atenção integral à mulher, ao homem, cônjuges ou companheiros. Nele é incluso assistência básica, seja ele para fins de concepção, parto, pós-parto, controle de doenças sexualmente transmissíveis, câncer de pênis, câncer de mama, câncer-uterino (PIOSEVAN, 2012).

Além disso, no que concerne à autonomia reprodutiva, o Estado permite a utilização da pílula anticoncepcional e outros métodos anticoncepcivos, incluindo a casos esterilização em casos excepcionais.

Dado que, a sexualidade humana não é limitada a “geografia sexual”, os órgãos sexuais não são determinantes para nossa postura sexual diante da sociedade, por esse motivo o lesbianismo faz parte da natureza e é exatamente isso que provoca discussões no meio social, pois “ser homossexual” fere os bons

costumes (HITE, 1986). No entanto em relação ao casamento, o Estado reconheceu os direitos de autodeterminação no exercício de sexualidade, à medida que assegura a união entre pessoas do mesmo gênero (não consta explicitamente no texto constitucional, mas o STF reconhece a união de pessoas do mesmo sexo), além de, garantir autonomia na escolha do casal homossexual em relação a assuntos pertinentes a adoção e reprodutividade.

A liberdade sexual propiciou maior autonomia às mulheres, em relação a sua sexualidade, substituído a visão de que o sexo estava apenas ligado ao casamento e conjeturas românticas.

Shere Hite (1986), ao abordar sobre a sexualidade feminina em sua obra esclarece que:

(...) todos nascemos “sexuais” - isto é, cada um nasce com o desejo natural de se relacionar com todas as outras criaturas - animais, plantas, nós mesmos mulheres, homens - quando sentimos amor ou comunicação com eles. Mas a sociedade nos ensina a inibir qualquer desejo que não seja por parceiros com quem é possível procriar, e então nos desperta entusiasmo pelo “ato” enfiando goela abaixo o ideal do amor romântico combinado com o casamento, até o ponto que não se possa pensar em outra coisa. (HITE 1986, p.285).

A visão do campo sexual foi veemente ampliada, pois aos poucos houve a desvinculação do sexo com o casamento, sendo aderido pela sociedade timidamente a ideia de que o prazer deve ser sentido, vivido e desfrutado pela mulher, deixando a antiga concepção de que apenas o homem poderia sentir prazer e ter liberdade sexual, agora, cabe à mulher o poder de escolha para se relacionar sexualmente como ela bem entender, seja com a auto satisfação (masturbação), seja com a conjunção carnal heterossexual ou homossexual ou mediante sua criatividade. Além disso, a autonomia sexual ensejou a liberdade reprodutiva, onde cabe a mulher decidir se ela deseja ter ou não filhos.

Em suma, apesar de que a nossa sociedade ainda se baseie em preceitos patriarcais, “o patriarcado está morto, do mesmo modo que a sexualidade que o definia” (HITE, 1986, p. 403). Como escreveu Shere Hite em sua ilustríssima obra O Relatório de Hite um profundo estudo sobre a sexualidade feminina, em 1976, estamos em um período de transição, e ainda estamos.

Em pleno século XXI, acreditamos que, a sociedade precisa mudar suas concepções em relação às discriminações às mulheres. Por isso que o movimento feminista foi e sempre será importante, pois nossas irmãs pregam a empoderação

feminina, pregam a igualdade e justiça, a ideia de que somos livres para explorar o mundo e descobrir nossa sexualidade, além de, deter de capacidade decisória no que concerne aos assuntos decisórios à sexualidade e reprodução.

## **1.2 Evoluções das políticas de atenção à saúde da mulher**

No Brasil, as relações das políticas públicas voltadas às mulheres que englobam a saúde feminina a todas as fases de sua vida são relativamente recentes, pois teve início na década de 80, com o final da ditadura militar e o surgimento de movimentos sociais de mulheres (SÃO PAULO, 2004).

A assistência nos serviços de saúde apenas atendia aos denominados programas materno-infantis, mas a inquietação feminina para a mudança no acesso à saúde foi maior, ao passo que elas começaram a exigir um atendimento mais abrangente. As mulheres organizadas, reivindicaram no atendimento à saúde a todas as fases de sua vida, desde a infância até a terceira idade, além disso, elas reivindicaram a ausência de planejamento familiar e de acesso à informação e aos métodos contraceptivos (TELES, 1999).

As políticas nacionais, de saúde no Brasil foram recepcionadas nas primeiras décadas do século XX, sendo restringidas nessa época, aos casos relacionados à gravidez e ao parto. O acesso à saúde da mulher era quase exclusivamente ao período gravídico-puerperal, e mesmo assim de forma precária. A assistência preventiva de gravidez indesejada, o acesso a métodos anticoncepcionais ou contraceptivos, prevenção e diagnóstico em relação a doenças ginecológicas malignas, sexualmente transmissíveis, estava em segundo plano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

De acordo com Brasil:

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50, e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiar (BRASIL 2011, p.15).

No Brasil, pairava uma visão reducionista em relação a saúde da mulher, pois o objetivo era que as mulheres fossem “melhores mães”, assim, o papel mais relevante da mulher na sociedade era a maternidade. Na década de 50, a saúde

detinha forte influência dos chamados “Estados de bem-Estar”, advindo da Europa, que tinha como objetivo atingir os grupos mais vulneráveis.

Desse modo, foram implantadas nessa época medidas de combate à fome e de planejamento familiar. Já nos anos 70, houve um maior direcionamento às questões de senso de justiça, ou seja, equidade na integração da mulher no processo de desenvolvimento social, na política e economia para redução de desigualdade entre homens e mulheres, abordado na Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano de década da mulher (1976-1985) (TALES, 1999).

Em 1975 foram criados programas voltados à proteção e assistência materno-infantil como estratégias de cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério, que possuíam grande influência de controle por organismos internacionais como, por exemplo, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) (TELES, 1999). A verticalidade e a ausência de implementação de outros programas e ações propostas pelo Governo Federal, foram outra característica desses programas.

Além disso, as definições de metas eram estabelecidas a nível central, sem qualquer análise das deficiências na área de saúde de determinadas localidades, a consequência era a assistência precária e o baixo impacto relacionado aos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2011).

A militância feminina, que eclodiu na década de 80, contribuiu para implementação do campo da saúde na pauta política nacional e internacional, questões que outrora fora considerada irrelevantes e indignas de apreciação. Esse período propicia a exposição de desigualdades nas condições de vida e nas relações de gênero, os obstáculos relacionados à sexualidade; problemas relativos à anticoncepção; reprodução; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; sobre carga de trabalho das mulheres no âmbito profissional e doméstico entre outros.

A base argumentativa do movimento feminista enfatizou que, as desigualdades sociais entre gêneros contribuíam para problemas de saúde que atingiam peculiarmente as mulheres. Deste modo, a crítica estava associada à necessidade de promover mudanças no contexto político para obtenção de atenção à saúde feminina. Com fulcro nos argumentos do movimento feminista, fora sugerido que a concepção de modificação das relações sociais entre gêneros, prestassem

suporte à criação, execução, e estimação de políticas de saúde para as mulheres. O movimento feminino representado as mulheres, buscou pleitear a condição de sujeito de direito de todas elas, ampliando e censurando a visão reducionista, reivindicando melhorias nas condições concernentes a saúde em todo ciclo de vida, além disso, melhores condições no acesso à saúde, contemplando as particularidades das demais camadas sociais que diferem na cultura e rendimento econômico.

O Ministério da Saúde, no ano de 1984 estabeleceu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propôs inicialmente assistência à saúde as mulheres na faixa etária percebida entre 15 e 49 anos.

Preceitua Tales:

De imediato as feministas reagiram, insistindo num programa que atendesse a todas às fases da vida, que já era uma proposta gerada pelo movimento. Por que o governo propõe a atender apenas a faixa etária que corresponde ao período da fertilidade? Não estará ele a fim de impor a política do controle de natalidade? indagava as feministas. Assim pressionado, o Ministério da Saúde acabou por acatar a proposta que contemplava as reivindicações feministas (TELES, 1999, pp. 150-151).

O PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) possuía princípios e diretrizes norteadores, com o objetivo de hierarquização, descentralização, e regionalização dos serviços, além de integralização e a equidade da atenção na assistência à saúde da mulher, no momento simultâneo em que o movimento sanitário, construía esboço conceitual para embasamento de criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O ilustre programa serviu para beneficiar a classe feminina no que tange o acesso à saúde e os parâmetros para criação de políticas de saúde para mulheres. Dentre os objetivos do Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher estavam: promover a melhora nas condições de saúde e vida da classe feminina brasileira, garantir direitos legalmente ressaltados na constituição federal de 1988 e demais dispositivos legais, favorecer o acesso à saúde; combater a morbidade e mortalidade feminina, principalmente nos casos evitáveis englobando todos os ciclos de vida e os demais grupos de mulheres na sociedade; estender, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (SÃO PAULO, 2004).

A missão deste programa se atrelava em propor serviços de assistência à saúde da mulher em todas suas necessidades, por isso defendeu o acesso à saúde

da mulher em todas as fases de sua vida, por intermédio de atendimento adequado e de qualidade (PAULO, 2004). Além de, promover atividades educativas que permitiam às mulheres conhecer melhor o seu corpo e prevenir doenças, a partir das instruções básicas para prevenção de problemas de saúde mais comuns (PAULO, 2004). O programa garante necessidades específicas, a partir de novas demandas voltadas as questões de AIDS, DSTs, dos assuntos pertinentes ao ambiente do trabalho (assédio moral), saúde da mulher negra, das mulheres deficientes, idosas etc. (PAULO, 2004).

O inédito programa voltado à saúde da mulher recepcionou o que antes estava em segundo plano, ao incluir ações preventivas, educativas, tratamento, abrangendo a assistência à mulher em clínica ginecológica na fase gravídica, em planejamento familiar, no climatério, na prevenção e diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, câncer de útero e de mama, bem como demais necessidades detectadas no universo feminino.

O Sistema Único de Saúde (SUS), é o sistema oficial de saúde no Brasil, na qual foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988, e propôs uma concepção ampla do direito à saúde, espaço para democracia e do papel do Estado a fim da garantia desse direito (AGUIAR, 2011), sendo influenciado no seu processo de criação com a implementação do PAIMS.

Como preconiza Brasil:

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério de Saúde. Particularmente com a implementação da NOA 96, consolida-se o processo de municipalização de ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes (BRASIL, 2011, p. 17).

O método de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher apresenta particularidades no período de 84 a 89, a partir da década de 90 foi influenciado com a proposição do Sistema Único de Saúde, por fatores associados a nova política de saúde, pelo processo de municipalização e regionalização por intermédio do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2011).

O SUS incorporou mudanças no papel do Estado alterando o cenário sistemático público de saúde que até não estavam vinculados a prioridade dentro das políticas do Estado brasileiro, obtendo atenção apenas nos momentos de epidemias ou endemias que influenciavam a área social ou econômica e ameaçavam o modelo capitalista (AGUIAR, 2011).

Nesse contexto, o SUS propiciou contribuições na construção das políticas públicas nacionais de saúde para as mulheres, pois os seus princípios se fitam na universalidade do acesso, integralidade da assistência, igualdade no atendimento, participação social, descentralização político-administrativa, regionalização, hierarquização e responsabilidade para resolução das necessidades de serviços em todos os níveis de atenção (SÃO PAULO, 2004).

Devido à existência de dificuldades na implantação da política de saúde voltada às mulheres, o Ministério de Saúde criou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que aumenta o compromisso dos municípios na Atenção Básica, englobando também a responsabilidade do Estado, determina o processo de regionalização da assistência, e funda mecanismos para consolidar a gestão do SUS.

Desde a chegada da nova Constituição Federal de 1998 a saúde da mulher passou a ser considerada prioridade, além disso, houve reconhecimento da isonomia entre os direitos de homens e mulher. No ano de 2002 a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras, foi organizada com cerca de 5 mil mulheres em todo país, na qual enfatizou a importância da democracia na política, justiça social, inserção do Brasil no contexto internacional, liberdade sexual e reprodutiva (SÃO PAULO, 2004).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da mulher apontou a necessidade de articulação para políticas voltadas a atenção das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. No ano de 2004, houve a criação do Pacto Nacional pela Redução da mortalidade Materna e Neonatal, por intermédio de parceria entre gestores e a sociedade civil, além de criação de diretrizes para humanização e qualidade do atendimento na área da assistência à saúde da mulher, proposta pelo Ministério da Saúde.

A estimulação de boas práticas na atenção obstétrica e neonatal consolidou-se no ano de 2005, através da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, no qual obteve avanços no que tange a assistência à mulher em idade

reprodutiva e a atenção médica para a fertilização, conforme a Política de Atenção Integrada à reprodução assistida.

Subsequentemente, no ano de 2007, ocorreu a implementação da Política Nacional de Planejamento Familiar através de acesso a métodos contraceptivos de forma gratuita para ambos os sexos. Em 2008, ocorreu a parceria da Agência Nacional de Saúde, por intermédio da Política Nacional pelo Parto Natural de Saúde e contra as Cesáreas Desnecessárias.

Os anos de 2009 e 2010 houve maior divulgação das políticas direcionais as adolescentes, adultas e idosas, respeitando suas particularidades. No âmbito Federal, o Ministério de Saúde abrangeu orientações relacionadas à violência da mulher, planejamento familiar, mulheres negras, à AIDS em mulher, ao estado gravídico e puerperal, mortalidade materna e neonatal, ao climatério, ao câncer, à lésbica, ao processo transexualizador.

A I Conferência Estadual de políticas para as mulheres de São Paulo prelecionou que:

Para o pleno acesso, na saúde, a todos os serviços previstos na legislação assim como programas e campanhas é necessário que o Estado cumpra seu caráter laico, firmado na Constituição, não permitindo a interferência de qualquer confissão religiosa na elaboração e execução dos programas de educação e saúde que digam respeito à sexualidade e a reprodução humana, não permitindo que elas interfiram na liberdade sexual e no exercício dos direitos reprodutivos de cidadãos e cidadãs. (SÃO PAULO, 2004, p. 25).

Sendo assim, o acesso à saúde 2009 e 2010 abrangeu grupos de mulheres que até então não eram alcançadas pelos programas, no entanto, agora, independente do grupo ou contexto social a qual estão inseridas, o direito à saúde é garantido pois é ressaltado a todas, e para usufruí-lo o Estado tem o dever de criar políticas que englobe a saúde feminina, além de fiscalizar a eficácia dos programas, buscar melhorias e driblar as dificuldades para a permanência dos mesmos.

No cenário da saúde da mulher no Brasil, houve grande avanço e mudanças significativas, devido às lutas e persistência da militância feminista contra concepções machistas. Com o advento da CF/88 houve a ampliação de programas reducionistas em relação as necessidades da saúde da mulher, que foram fundamentais para o bem-estar feminino propiciando um melhor acesso à saúde de forma mais signa e menos intervencionista, pois o Estado estava preocupado com a

posição de políticas de saúde para “idade fértil” que demandava maior preocupação para o controle de natalidade, e não com o ser feminino em sua totalidade.

### 1.3 Uma breve trajetória da obstetrícia no Brasil

O modelo da assistência ao parto sofreu modificações ao longo dos anos. Em tempos longínquos a dor estava atrelada ao parto, devido à forte influência da Igreja Católica. A visualização do sofrimento era associada como designo divino, castigo pelo pecado original de Eva, sendo censurado e reprimido qualquer apoio que atenuasse os riscos e dores relacionados ao parto.

Na idade medieval, a Igreja Católica considerava o prazer feminino pecaminoso, a mulher que sentisse prazer era imposta uma pena. A Bíblia Sagrada no antigo testamento compactua a dor como forma de penalização do pecado, motivada pela desobediência de Eva por comer o fruto proibido do paraíso, elucidado no livro de Gêneses (capítulo 3: versículo 16), livro que compõe a Bíblia Sagrada: “E à mulher disse: Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua concepção; com dor darás à luz a filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará”.

Ademais, a desvalorização da figura feminina era tratada com naturalidade no decorrer da construção social, pois ao longo do tempo, as práticas nas instituições de saúde foram construídas em ideias arcaicas, nas quais a mulher deveria parir com dor. Essa repudiosa ideia, advém desde antiguidade, com a disseminação cultural sexista, onde a mulher era símbolo do prazer sexual do homem, “coisificada” e considerada inferior, mero objeto sexual de depósito residuais aspérmicos, com finalidades de prazer e procriação.

A autora Simone de Beauvoir (1949) elucida a visibilidade da figura feminina, no que tange as profundas raízes de construção social que por muito tempo predominou na sociedade:

[...] diz Aristóteles. "Devemos considerar o caráter das mulheres como sofrendo de certa deficiência natural". E Sto. Tomás, depois dele, decreta que a mulher é um homem incompleto, um ser "ocasional". É o que simboliza a história do Gênesis em que Eva aparece como extraída, segundo Bossuet, de um "osso supranumerário" de Adão. A humanidade é masculina e o homem define a mulher não em si, mas relativamente a ele; ela não é considerada um ser autônomo. "A mulher, o ser relativo...", diz Michelet (BEAUVOIR, 1949, p.10).

A mulher era conceituada como ser incompleto, que possuía uma peculiar deficiência, pelo simples fato de ser mulher considerada “inferior” ao ser masculino.

O surgimento, da obstetrícia médica amenizou os problemas da parturição com dor, ela oferecia solidariedade humanitária ao passo que a dor poderia ser controlada, por outro lado a obstetrícia cirúrgica masculina, demonstra sua superioridade sobre a missão feminina de partejar, todavia desconstruiu assim a visão religiosa que a dor do parto deveria ser sentida.

A obstetrícia é o seguimento da medicina que versa sobre cuidados das mulheres no período gravídico e puerpério. A assistência obstétrica é voltada à concepção, implantação, crescimento e expulsão do fetal (GONZALEZ, 1994).

Ao longo dos anos, os itens cirúrgico-obstétricos relacionados à tecnologia e os métodos da época foram aperfeiçoados com o avanço de pesquisas voltadas para o campo obstétrico. Os basiótribos, fórceps, embriótomo e sínfisiotomos, instrumentos pertencentes a tecnologia e tempos remotos, atualmente são curiosos para o seguimento arqueológico. Para alguns autores, o parto é um fenômeno “fisiológico patogênico”, correspondendo sempre a danos e sofrimento. O parto poderia ser visualizado, como um estupro invertido, pois a maternidade se iniciaria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais (DINIZ, 1997).

Durante algumas décadas do século XX, no mundo industrializado, mulheres de classe média e alta pariram inconscientes. A sedação total durante o parto (sono crepuscular, ou twilightlepp) foi utilizada na Europa e Estados Unidos nos anos 10, considerada brilhante, o método de “apagamento” fez sucesso entre os profissionais obstétricos e pacientes (DINIZ, 1997).

A mulher sentia dor, no entanto, não lembraria do que havia ocorrido, pois no início do parto era aplicado uma injeção de morfina e, em seguida uma dose de amnésico denominado escopolamina. A escopolamina provocava sensações alucinógenas e devido a isso, as mulheres deveriam ser amarradas durante o trabalho de parto, pois se debatiam e algumas vezes no final do parto ficavam com hematomas.

Os leitos eram cobertos como uma barraca para evitar a exposição da situação vexatória. Na maioria das vezes, o parto era induzido, para isso era utilizado a substância de ocitócitos, e instrumentos para dilatar o colo do útero, com a finalidade de retirar o bebê com o auxílio de fórceps. O parto inconsciente, com o

decorrer de décadas foi abandonado, devido à constatação do alto índice alarmante de morbimortalidade materna e perinatal.

Entretanto, com a chegada de formas mais seguras anestésicas, o modelo de assistência à mulher continuou, mas dessa vez, com a inclusão de novo método que fragmentava as estações do parto seguindo uma linha de montagem: pré-parto; parto; pós-parto.

Inicialmente o modelo hospitalar era voltado à elite, porém se expandiu como padrão da assistência à saúde feminina nas redes urbanas. Mesmo que não houvesse nenhum embasamento científico que ele fosse mais seguro que o parto domiciliar, o modelo hospitalar na metade do século XX foi recepcionado por muitos países, inclusive o Brasil.

Na segunda metade do século XX, as mulheres deveriam partejar conscientes, de forma imobilizada, com as pernas escancaradas e suspensas, a atividade de seu útero acelerada ou reprimida, assistidas por indivíduos estranhos à sua convivência. Submetidas ao afastamento de seus pertences pessoais e a chamada “cascata de procedimentos”.

No Brasil, é rotineira a abertura cirúrgica denominada episiotomia (abertura da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina), além de outros serviços como hospitais-escolas, e a utilização de fórceps para retirada do bebê. Esses métodos são atualmente aplicados à maioria das pacientes do SUS. As mulheres que detêm de maior poder aquisitivo, terminam optando pela cesariana eletiva afim de “prevenir” esse sofrimento.

Com a concepção de parto intervencionista e medicamentosa, ocasionam graves impactos na qualidade de vida das mulheres que se repercutem até hoje. Essa cultura intervencionista advém de tempos remotos, pois no Brasil, o médico só interviria no parto quando houvesse necessidade, mas a realidade mudou na década de 60 quando em 1967 os institutos de aposentadoria e pensões que existiam foram reunidos por força do Decreto-Lei nº 72 e centralizados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Na época, uma norma determinava que o médico, apenas seria remunerado caso atuasse no parto. Em 1990, o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram extintos e criados o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e o Serviço Único de Saúde (SUS), no entanto, a cultura da intervenção desnecessária no parto ainda prevaleceu.

No Brasil, é notório que o tratamento desumanizado e intervencionista possui raízes históricas, pois as academias e escolas técnicas de formações de profissionais careceram por muito tempo de um olhar mais humano no que tange à recepção de procedimentos honrosos na área de saúde obstétrica. Sobretudo, ainda existe a má administração na saúde pública.

Contudo, independente dos pensamentos que pairavam em tempos longínquos, a dor não deve ser justificada, a mulher tem o direito à dignidade humana resguardados na Constituição Federal de 1988 e merece tratamento honrado, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A humanização no parto desconstitui o conceito intervencionista e repugna práticas que violem a dignidade da pessoa humana, pois oferece segurança e respeito no momento gravídico, afim de acomodar as necessidades afetivas, físicas e psicológicas das mulheres. Tem como objetivo respeitar às escolhas da mulher parturiente, propondo atendimento digno, sem nenhum tipo de violência.

A Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH) criada em 2003, implementa técnicas de humanização na gestão de trabalhadores, usuários e nos procedimentos de trabalho:

PNH focou na finalidade de desenhar a função apoio institucional, partindo justamente do entendimento de que para mudar o modelo de atenção e de gestão do parto e do nascimento, é necessário analisar e intervir coletivamente em práticas de saúde “desumanizadoras”, tecer, enfim, uma rede coletiva de produção de saúde materna e infantil capaz de transformar uma racionalidade e um cenário de (des) cuidado naturalizado. Nesse cenário, as mulheres tendem a peregrinar entre os serviços de saúde, a assistência ao pré-natal oferecido pela Atenção Básica tende a não conversar com a assistência ao parto que acontece na maternidade, a mulher tende a parir em uma maternidade a qual nunca visitou e com uma equipe de saúde com a qual não tem vínculo (BRASIL, 2014, p.13).

Destarte, é necessário a implementação de práticas na área da saúde que não confrontem o princípio da dignidade da pessoa humana, de maneira que estabeleça ao parto visibilidade patogênica onde descontrói a naturalidade do nascer e a necessidade de intervenções sem razão clínica no evento tão sublime. É importante também que, haja explanação de informações esclarecedoras à gestante, familiares e profissionais envolvidos no ciclo gravídico. Além disso, mudanças nas escolas médicas, graduações na área de saúde e cursos técnicos,

pois todos necessitam compreender que a mulher merece tratamento digno, humanizado, e a ela cabe o protagonismo do parto.

## 2 A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE

### 2.1 O movimento da humanização no Brasil

Para compreender o surgimento dos movimentos sociais no Brasil, relativos a humanização no parto e nascimento, é preciso entender o contexto da época do seu surgimento, e os modelos de assistência ao parto. A partir da valoração do processo de nascimento foi plausível estabelecer três seguimentos de modelos, sejam eles, o tecnocrático, humanista e holístico, criados pela americana Robbie Davis-Floyd (BRASIL, 2014).

A distinção dos modelos são as seguintes: modelo tecnocrático entende que o corpo deve ser separado da mente, sendo assim o paciente é visualizado como objeto, desta maneira a metáfora mais adequada é comparar o corpo como máquina; a compreensão do corpo humano como organismo, entende como interação de expressões simbólicas que se manifestam por intermédio da cultura.

O modelo humanista aceita o parto como fenômeno integrativo de fatores, psicológicos, sociais, fisiológicos, emocionais e espirituais. Além disso, entende o avanço tecnológico como instrumento essencial nos casos de patologia; já o modelo holístico, se baseia no entendimento do corpo como espaço energético em constante interação com outros campos de energia que vai além de funções orgânicas. Sendo assim, a desestabilização do campo magnético do corpo humano ocasiona a enfermidade. Esse modelo busca resgatar o equilíbrio energético e emocional do paciente para o bem-estar deste (BRASIL, 2014).

É perceptível que as classificações desses modelos facilitam a ordem didática possibilitando maior compreensão entre profissional da saúde e paciente. Identificar o modelo empregado pelo Brasil não é difícil, já que a violência obstétrica ostenta veracidade, estamos nos referindo ao modelo tecnocrático, que objetifica a parturiente esquecendo-se de sua dignidade e ocasionando a violência institucional inflamando a urgência na atenção à assistência no parto.

A construção do modelo tecnocrático ocorreu no século XX, peculiarmente na eclosão da tecnologia no mundo, tendo efeitos intervencionistas e uso intensivo da

tecnologia. Por outro lado, haviam efeitos danosos em detrimento da industrialização da saúde com o aumento das cirurgias cesárea.

O pioneiro da humanização no Brasil, foi o professor da Universidade Federal do Ceará, José Galba de Araújo (1917-1985). Na década de 70, através deste houve a implantação do sistema misto na atenção integrada ao sistema de saúde – as parteiras tradicionais, englobando o parto domiciliar e em casas de parto, amparando a assistência na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (BRASIL, 2014).

Mas adiante, o Ministério de Saúde, denominou o prêmio Galba de Araújo como forma de homenagem àquele que teve iniciativas de humanização (BRASIL, 1998). Os médicos paranaenses Mousés Paciornik (1914-2008) e seu filho Cláudio Paciornik, são considerados também referências, pois disseminaram o parto de cócoras com base nas vivências e conhecimentos indígenas (BRASIL, 2014).

Conseqüentemente o movimento em busca da humanização no Brasil, foi impulsionado por diversos Estados, ao passo que, na década de 70 surgem profissionais com costumes tradicionais inspirados nas parteiras e índios. Em 1980, alguns grupos disponibilizam para a comunidade assistência humanizada no que tange aos assuntos da gravidez e parto, além disso, defendem mudanças na saúde da mulher, a exemplo o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte azul em São Paulo e outros grupos como o Curumim em Pernambuco (DOSSIÊ DO PARTO HUMANIZADO, 2002).

Esse cenário propiciou o surgimento em 1993 da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Se inspirando na sábia conjectura de Michel Odent“ Para mudar a vida, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”. A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), possui como objetivo a divulgação de assistência nos cuidados perinatais com base em evidências científicas.

Além disso, é um movimento que propõe diminuição nas intervenções desnecessárias, pretende reivindicar os cuidados no processo gravídico e em todas as etapas do parto, entendendo o parto como protagonização da mulher. Ademais, compreende o parto como processo fisiológico e não medicamentoso. Seu documento fundador da é a Carta de Campinas, na qual traz denuncia á violência, no que tange a assistência obstétrica em relação às condições pouco humanas que são submetidas mulheres e bebê.

Na medida em que, o sentido da humanização foi se expandido surgiu a primeira maternidade pública considerada humanizada em 1994, a partir daí muito marcos em termos de políticas públicas foram a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas em 1998 além das propostas de Casas de Parto. Para a concessão do prêmio os requisitos se pautam na adesão às recomendações da Organização Mundial da Saúde (DOSSIE DO PARTO HUMANIZADO). O projeto de Casa de Parto, após um início promissor, foi limitado por intervenção da classe médica.

Estes acontecimentos contribuíram no processo de amplitude na humanização do parto nos serviços direcionado pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de Humanização de Hospitais, criado em 2000.

Ao passo que a terminologia humanização se expandiu, houve variadas interpretações a seu respeito, aplicando-se as diferentes formas. Entre elas, a proposta de humanização nos hospitais de maternidade que abrange a assistência ao recém-nascido, prematuro e abortamento.

Sobre as estruturas determinantes da humanização a autora Deslandes explana que:

Como estruturas centrais do processo de humanização, podemos mencionar: a) respeito à fisiologia do trabalho de parto, à garantia da presença de acompanhantes (s) da escolha da mulher e ao suporte físico e emocional para ela e sua família; b) acatamento dos desejos da mulher expressos em seu “plano de parto”, construído ao longo da gestação junto com profissionais da saúde; c) ambiente para que ela seja a protagonista desses momentos tão carregados de sentido humano para ela (DESLANDES, 2002, p. 360).

Entendemos que o movimento humanizador e suas estruturas em relação a assistência ao parto, surge como uma necessidade para reflexão das relações humanas na fria assistência hospitalar. Sem sombra de dúvidas, o tecnismo descarta os aspectos humanísticos (NOGARE, 1977), a partir dessa triste realidade, o movimento humanizador busca devolver o protagonismo da parturiente desrespeitada no processo reprodutivo pelos profissionais e instituições de saúde.

Para alguns, o termo humanização é contraditório e soa como insulto, já que ele propõe humanizar o que já é humano. No entanto, entender o real sentido do processo de humanização no parto é repudiar o cenário social e institucional que naturaliza a violência e não abraçam a sensibilidade e os valores humanísticos,

distanciam a dignidade da pessoa da paciente e propagando intolerância e desprezo nos hospitais.

O movimento da humanização, no sentido filosófico, é atrelado ao humanismo, corrente que busca investigar e compreender o homem e sua natureza, considera os valores morais e dignidade do ser humano (RIOS, 2009). A definição de humanização na assistência ao parto é ampla, tendo em vista o entendimento do Ministério da Saúde ao considerar que, o conceito sobre a temática é amplo e está ligado a um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que tendem à promoção do parto e do nascimento saudável e à prevenção de mortes nas maternas e perinatais (BRASIL, 2001).

Portanto, o movimento da humanização foi conquistado através de inúmeras lutas e encontros presenciais daquelas que defendiam uma melhor assistência à mulher, como o movimento feminista, as participantes do Parto Natural e Consciente no Rio de Janeiro e movimentos virtuais através de listas eletrônicas como Amigas do Parto, Parto nosso, Mães Empoderadas, Materno Parto Natural, ademais, seguimentos que defendem a importância da causa.

### **2.1.1 Das parteiras ao médico: a transição do profissional no nascer**

O modelo biomédico dominante na área da saúde é conhecido como medicalização. Através deste, os médicos oferecem soluções técnicas e biomédicas para situações antes consideradas comuns ao nosso cotidiano, como a gravidez e o parto. A implementação desse modelo, implicou profundas transformações na forma de nascer, ao passo que, até meados do século XIX as experiências que envolviam a prevenção da gravidez, reprodução ou parto apenas envolviam mulheres, sendo de domínio exclusivo destas o conhecimento sobre o universo da reprodução (GIFFIN, 1991). No entanto, não significava que a mulher possuísse controle da sua vida reprodutiva, pois, a questão pertencia à esfera privada ou familiar (GIFFIN, 1991).

O controle do processo reprodutivo pela figura médica foi instituído no século XX. Já em meados da década de 70, houve a hegemonia a despeito da assistência obstétrica na maioria dos países desenvolvidos, em decorrência da importância do acompanhamento essencial do médico, na atenção e cuidado no processo reprodutivo e parto (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

A obstetrícia moderna teve sua origem através dos conhecimentos e experiências das parteiras, e aos conhecidos popularmente como cirurgiões - barbeiros (os médicos) eram permitidos participação destes no momento do parto apenas em situações mais complexas, onde envolvia complicações gestacionais, a fim de salvar as vidas das mães e do bebê. A atuação do homem no parto se deu no início da era moderna, no entanto, há muito tempo pendurou a participação feminina no parto.

A ordem moral da sociedade influenciou, no atraso do desenvolvimento da medicina moderna, à medida que havia uma barreira moral em relação aos paradigmas da assistência ao parto, por ser considerado um processo natural, sua assistência pendurou por muito tempo separado da prática médica cirúrgica.

Nesse sentido, podemos observar que, apesar das primeiras escolas de medicina cirúrgica surgirem no Brasil no início do século XIX, na Bahia e Rio de Janeiro, o modo de nascer ainda estava atrelado as profissionais parteiras, no entanto os médicos eram chamados por mulheres ricas, quando a gravidez envolvia complicações.

Entretanto, a implementação da tecnologia no parto propiciada pelos médicos, penduraram positiva visibilidade, ao passo que houve significativa redução nos índices de morbimortalidade materna e fetal (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002), por conseguinte, criou maior credibilidade social da área médica e deixou os serviços assistenciais por parteiras em segundo plano.

Em relação às parteiras na seara obstétrica, as escolas de medicina treinaram mulheres no início do ano 1893 no Brasil. Entretanto, devido à ausência de estimulação da profissão de parteira, ao desestímulo do reconhecimento do ofício, e ausência de associações que defendessem os interesses dessa classe profissional, as escolas que pretendiam treinar as parteiras não se expandiram no país (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

O interesse da classe médica, de elevar o número de obstetras e expandir seu campo de atuação trouxe a percepção do parto hospitalizado e simultaneamente possibilitou o treinamento de alunos de medicina. Várias políticas de incentivo foram propostas por médicos com o argumento plausível da necessidade de evitar o infanticídio (morte do filho provocada pela mãe no momento do parto ou durante o estado puerperal, período este que corresponde ao deslocamento e expulsão da

placenta à volta do organismo materno às condições ulteriores ao estado gravídico), prática em que as mulheres parteiras eram acusadas de cumplicidade.

A possibilidade do controle no nascimento invadiu a consciência popular, não apenas nas técnicas obstétricas, à medida que, as parteiras possuíam algumas atitudes intervencionistas durante o parto ao utilizar técnicas de cunho médico. Há indícios que as parteiras utilizavam entre alguns métodos, manobras para alinhamento da posição fetal, dilatação do útero, ruptura de bolsa, e a botânica na utilização de ervas para avolumar o útero nas complicações pertencentes ao parto (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Isto é, as parteiras utilizavam métodos de cunho médico, no entanto a tecnologia do fórceps (instrumento cirúrgico para retirar o bebê) aos médicos competiam a utilização desse instrumento. Para alguns autores a invenção do fórceps, no final do século XVI, interferiu no modelo de assistência obstétrica, onde até então pairava a predominante perspectiva da observação do parto e intervenção apenas quando fosse necessário, entretanto permitiu visualizar “a luta do homem contra a natureza” (OSAWA; MAMEDE, 1995). Portanto, é relevante salientar que o parto executado por uma parteira não era sinônimo de naturalidade comparado ao realizado por um médico.

Destarte, a medicalização redefiniu o parto tradicional para o parto “moderno”, onde a biomedicina foi inerente a exigência da figura médica intervencionista a fim de garantir um bom desfecho no nascimento. O acréscimo dos profissionais obstetras, fez com que o mercado de trabalho fosse disputado e ocasionasse a marginalização das mulheres parteiras e curandeiras no mercado de trabalho disputado e influenciado pelos profissionais médicos, na qual utilizavam suas influências para tornar ilegal a prática das parteiras (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO NO PARTO, 2002).

Todavia, é importante frisar que, a figura da parteira foi sem sobra de dúvidas essencial na forma de nascer em todo o mundo, pois antes dos médicos elas já possuíam espaço no meio concernente ao parto. O implemento do médico, equipe profissional suporte do médico, e o avanço da medicina no contexto reprodutivo, propiciou inúmeras mudanças na forma de nascer essenciais para a diminuição de complicações no parto, e mortes maternas e de bebês. Por outro lado, ensejou o espaço também para a violência obstétrica, através do uso de práticas pouco éticas

ou intervencionistas geralmente desnecessárias para o momento gestacional a qual a grávida estar inserida.

## **2.2 A desconstrução da medicalização do parto ao movimento humanizador**

A partir da idade média, especificamente após os séculos XVII- XVIII, a cirurgia foi incorporada à medicina e o parto considerado um mecanismo físico. Deste modo, a medicalização do parto se perfez com o intuito de oferecer soluções biomédicas e técnicas nas circunstâncias antes consideradas comum à vida cotidiana a fase gravídica e ao parto. Contudo, o fenômeno da medicalização incidiu nas transformações não apenas no modo procedimental da administração, mas essencialmente na forma como são entendidos e vivenciados pelas mulheres ((DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO NO PARTO, 2002).

Com consolidação do controle do processo reprodutivo pela instituição médica no século XX, e o alcance nos anos 70 do atendimento obstétrica na maioria dos países desenvolvidos, conseqüentemente, o processo gravídico e o parto foram visualizados como fenômenos de cunho médico, sobre tudo, esse personagem se tornou importante no cenário da parturiente que seria submetida aos cuidados e atenção destes profissionais. É indiscutível que, os avanços da medicina obstétrica foram responsáveis pela redução significativamente dos índices de morbimortalidade materna e fetal, pois em tempos remotos, havia grande probabilidade de morte materna ou do bebê caso a gravidez fosse de riscos.

A medicalização do parto é o processo pelo qual inclui a medicina neste, é prejudicial caso haja intervenções desnecessárias e atitudes menos humanas na execução dos procedimentos. As intervenções quando necessárias colaboram na assistência e acabam sendo alternativa indolor, como é o caso da cirurgia cesária.

O parto normal, não significa que ele não tenha intervenção, pois quando a paciente é submetida a este, e não possui passagem para o nascimento ela tem sua vagina e períneo cortado (episiotomia) para facilitar a passagem da criança, ou ocorre a aceleração no tempo do parto para ocorrer mais rápido, através da droga ocitocina.

O movimento da humanização propõe assistência humanizada, com mínimas intervenções, respeitando a parturiente, dando lhe espaço para protagonização no parto, sendo relevantes as suas escolhas vontades, sobre tudo, visa promover laços

de solidariedade. A imprevisibilidade do parto e outros processos na área de saúde inerentes ao ser humano, sempre gerou o entendimento na qual eles devem ser controlados e explicados (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO NO PARTO, 2002). Dessa forma, o parto de caráter medicalizado foi definido como modo predominante na concepção social moderna, já que os rituais médicos e tecnológicos deslocaram a visão fisiológica tradicional do parto para perspectiva patológica, onde muitas vezes é administrado medicações, utilizado procedimentos, e técnicas sem base científica prejudiciais à saúde da mulher, ao contrário do que deveria ocorrer no evento do parto, se respaldar em evidências científicas desviando a paciente e seu bebê de riscos.

A partir da necessidade da implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência no parto, foi publicado em 1996 o conjunto da medicina baseada nas evidências pela Organização Mundial de Saúde, e traduzido pela Ministério de Saúde do Brasil em 2000, o qual traduziu e enviou a todos os ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstétricas do Brasil por intermédio de entidade representativas (OMS,1996).

O documento classificava as rotinas do parto em quatro categorias: a primeira versava condutas que são úteis e que devem ser estimuladas; a segunda indicava comportamentos claramente prejudiciais ou sem eficácia que deveriam ser evitados e eliminados; o uso de condutas sem evidências científicas que deveriam ser usadas com precaução fazem parte da terceira categoria; a quarta recomendação de conduta, se respaldava nas frequentes utilização de procedimentos ou técnicas inapropriadas que provocam danos e não benefícios ( OMS, 1996).

Afim de que, a medicina fosse um ramo genuíno e atrelado ao parto, foi imprescindível a inclusão da gravidez e parto como estado patológico, independentemente da complexibilidade deste, incluindo assim as intervenções obstétricas de caráter instrumental ou de técnicas cirúrgicas necessárias ou não.

No entanto, o que comprometia a chegada da medicina em relação ao parto, era a confiança feminina, ao passo que na esfera obstétrica foi necessária estabelecer a validade dessas novas técnicas para e garantir a segurança no parto.

Como dilucida o Dossiê Humanização do Parto:

Como argumento, os médicos alegavam possuir conhecimento especial e habilidade para reduzir a mortalidade materna e neonatal. Contudo, quando se leva em conta o grau de desenvolvimento da

medicina no século XX, a alegação torna-se no mínimo, discutível. Há evidências de que a intervenção médica teria aumentado os riscos de infecção e de agressões para a mãe e o feto, pela falta de assepsia e o mau uso de instrumentos como o fórceps, que causava inúmeras lesões e a formação de fistulas vesico-vaginais e o reto-vaginais. Ainda que a prática das parteiras fosse limitada, estima-se que, em 1878, uma mulher inglesa aumentava em seis vezes sua chance de morrer se tivesse seu filho em um hospital. (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002, p. 9).

Tendo em vista esses aspectos, a medicina obstétrica foi criticada no que concerne à postura asséptica no século XX, pois a falta de higienização propiciava infecções às mulheres, além de riscos de morte, promovendo a falta de confiança das mulheres no discurso médico de redução de mortes maternas e fetais.

Por outro lado, com o passar do tempo, os significativos avanços da medicina permitiram melhores técnicas cirúrgicas, anestésicas e de assepsia a qual fazem parte do processo de medicalização do parto.

O estímulo para a realização de parto em hospitais se deu, sobretudo, com a crença de melhor forma de acompanhamento gravídico, parto e tecnologia para a retirada do feto em caso de aborto. Sem sombra de dúvidas, a figura médica é fundamental no acompanhamento gravídico, ao passo que, através deste pode prevenir de doenças e complicações antes mesmo do parto ocorrer.

O médico, a equipe de enfermeiros, e técnicos contribuem para melhor assistencial no parto. Os avanços tecnológicos foram de grande valia para promoção de saúde reprodutiva e sexual das mulheres. Nos referimos as equipes médicas que transparecem seu profissionalismo ético e humanizado, oferecendo assistência respeitosa e de alguma forma facilitando o momento do parto sem experiência vexatória e traumática.

Portanto, as boas práticas que estimulam o respeito à dignidade da pessoa humana e não levam a violência obstétrica fazem parte do movimento humanizador, que desfaz a medicalização como elemento essencial, já que, nem sempre é preciso de procedimentos intervencionistas tendenciosas, medicamentos para acelerar o parto ou para outras finalidades que induzam a condução deste, desrespeitando o tempo biológico de cada mulher, ou intervindo sem desnecessariamente no momento de partear.

Sendo assim, o movimento humanizador quebra paradigmas da ligação de gravidez com o processo patológico, e tem como objetivo derrubar os vestígios de

maus-tratos, vexames, procedimentos invasivos e danosos à saúde sexual e reprodutiva da mulher, afim de reverter o caótico cenário de violência no parto.

### **2.3 Da relevância da humanização no parto**

O modelo intervencionista desnecessário deturpou a imagem genuína do parto, como evento patológico e não natural à medida que as mulheres acreditaram que as intervenções médicas são atreladas na melhor forma de nascer. Ao contrário, do entendimento tendencioso, as intervenções desnecessárias e o uso de cirúrgicas cesáreas sem necessidade poderiam violar seus direitos sexuais e reprodutivos. Dependendo do quadro de saúde da mulher pode desencadear consequências irreversíveis. Todavia, o ato cirúrgico pode ser compreendido como método que salva vidas, na qual deve ser utilizado com cautela, e quando há indicação.

O tratamento desumanizado possui raízes históricas, tutelado pela Igreja Católica que entendia o sofrimento do parto como designo divino. O modo desrespeitador em virtude da mulher parturiente, também se vincula à formação das academias e escolas técnicas de profissionais no ramo da saúde, que até buscam desconstruir ideias arcaicas relacionados ao parto com dor.

Para isso, os profissionais da medicina têm a grande missão de recepcionar o princípio da humanização no que tange a execução de procedimentos onde nenhum direito da mulher seja violado. A consequência de as mulheres optarem por procedimento cirúrgico inviabilizou a protagonização da mulher no parto, pois devido à vulnerabilidade da situação há maior probabilidade da parturiente acatar os procedimentos considerados nem sempre “adequados” pela equipe médica.

O resultado da falsa concepção de melhor forma de nascer através da intervenção cirúrgica foi constatado nos dados alarmantes de cesárias no Brasil, que extrapolou número de 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Em alguns casos o parto intervencionista, sem dor pode estar atrelado ao mercantilismo, ao passo que, os fatores socioeconômicos são preponderantes em detrimento dos riscos obstétricos.

As instituições médicas particulares aparentam serem as fomentadoras do nascimento através de procedimento cirúrgico diante dos benefícios econômicos auferidos, e assim o parto com intervenções técnicas ou cirúrgicas passou a ser percebido como marca “moderna” e alternativa. Isto ocorre devido ao contexto

capitalista a qual a nossa sociedade está inserida. Sendo assim, a situação da assistência ao parto no Brasil é perceptível o atrelamento do aspecto econômico, é não à saúde da mulher.

Devido à violência no parto no universo hospitalar, algumas mulheres aderiram à ideia da normalização do anormal, seja ele o favoritismo ao parto intervencionista, maquiado à crença de parto com qualidade.

A busca do parto sem dor, sem medo e sem risco, é sem dúvida a projeção criada pelas mulheres que optam pelas cesáreas, afinal, cirurgia cesárea é a via “mais fácil” para a ligadura de trompas, método anticoncepcional que vem esterilizando absolutamente uma parcela de brasileiras, embora na maioria das vezes a mulher não é informada que o parto é tecnicamente o momento inadequado para realização da laqueadura.

O fenômeno desumanizador pode estar atrelado ao progresso tecnológico, incluso na assistência à saúde, geralmente associado à técnica e a tecnologia, ao depender de como é utilizada, a técnica pode ser degradante e ocasionar a violação à saúde (BERMEJO, 2008).

A tecnolatria é a falsa convicção da cura por intermédio único da técnica, esquecendo-nos de que existem outros componentes importantes na relação prestacional à saúde, que engloba a execução adequada da técnica, caso seja necessária para determinada situação (BERMEJO, 2008). Para desvincular a desumanização na assistência ao parto, a implementação da humanização no ambiente hospitalar e no uso da tecnologia é fundamental.

A humanização pode ser compreendida através da atenção às grávidas, parturientes, aos bebês, além do acesso à tecnologia adequada. A relevância da autonomia da mulher na escolha do local do parto, e a pessoa que irá acompanhá-la no momento do parto. A preservação da integridade moral e corporal da mulher parturiente e neonato, atenção emocional à mulher no momento gravídico, parto ou abortamento, a proteção contra toda e qualquer violência em virtude da grávida.

No Brasil, o cenário preocupante no universo obstétrico, mobilizou o Ministério da Saúde à criação de Políticas Públicas voltadas para a atenção da Saúde da mulher, objetivando garantir os direitos reprodutivos, sexuais e de cidadania.

Podemos tomar como exemplo a criação do Programa de Assistência Integral à saúde da mulher (PAISM), além das demais portarias relacionadas à saúde reprodutiva, dentre as relevantes, a portaria 466/2000 que instituiu o pacto pela

redução de cesarianas, que deve ser utilizado em casos específicos, e o programa de humanização no pré-natal e nascimento portaria 569/2000 objetivando o controle da mortalidade morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registrada no país e promoção de atitudes respeitadas à paciente e bebê.

A Declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” do ano de 2014, compactuou que:

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente (OMS, 2014).

Ao analisar o conteúdo da Declaração da OMS acima, podemos identificar a necessidade de, enxergar à mulher como pessoa digna e respeitável sem preconceito quanto a sua concepção filosófica, condição econômica, origem cultural, sexualidade remete a sensibilidade do ser humano em respeitar o outro pelo simples fato de assim o ser, esta é a lógica da humanização, onde se respalda na dignidade da pessoa humana e mantém fulcro em preceitos éticos, respeitáveis, não degradantes.

Sendo assim, a Declaração da Organização Mundial da Saúde, compactua com a humanização no parto, que visa desconstituir a intervenção desnecessária no parto e repugnar práticas que violem a dignidade da pessoa humana e afete os direitos reprodutivos, compactuando segurança e respeito no momento gravídico, parto ou no abortamento, a fim de acomodar as necessidades afetivas, físicas e psicológicas das mulheres. Objetivando, a promoção da autonomia da mulher, o acesso à saúde reprodutiva com tratamento digno, sobretudo, o respeito à parturiente.

O processo de humanização é algo complexo e envolve o interesse e mobilização social, principalmente daqueles que estão envolvidos no trabalho para o estabelecimento da humanização na saúde ao parto. É preciso desconstruir e reconhecer o que é desumano na esfera obstétrica.

Assim preleciona Bermejo:

Humanizar é um processo complexo que compreende todas as dimensões da pessoa e que vai desde a política até a cultura, a organização sanitária, a formação dos profissionais da saúde, o desenvolvimento de planos de cuidados etc. (BERMEJO, 2008, p. 22)

Assim sendo, a humanização é um fator de ordem ética, pois é atrelada a moral de quem humaniza ou desumaniza, não obstante, as pessoas são seres dotados de moralidade. A princípio os profissionais da área de saúde, devem possuir uma postura inclinada para a solidariedade, além de, reconhecer a missão da profissão e a fragilidade do paciente. Visualizar o seu semelhante como ser individual também dotado de valores éticos e fragilizado devido à situação do momento gravídico ou do parto.

O âmago da desumanização inclina-se na própria condição de pessoas (BERMEJO, 2008), a moralidade dos profissionais, a postura ética destes fazem parte do processo humanizador, a partir do momento que o profissional enxerga a paciente como ser humano digno de tratamento honroso e labora com ética no processo do parto, estará incluindo a humanização no acesso à saúde reprodutiva.

Acontece que, a desumanização paira no mundo da saúde obstétrica, e é um fator preocupante. Nos permite refletir a atual situação do sistema de saúde obstétrico em contrapartida da insegurança jurídica nos casos de violência contra a parturiente devida a falta de consciência daqueles que estão envolvidos com a assistência ao parto e ausência de lei que criminalize a conduta violência em virtude da parturiente.

Assim, a falsa concepção do parto patológico e medicamentoso deve ser desconstruída, vez que o parto é algo biológico e deve ser tratado com maior naturalidade possível. Neste sentido, a apoderação do corpo feminino em relação a violência obstétrica constitui violação sistemática de seus direitos humanos reprodutivos e sexuais, que demonstram uma nova modalidade de violência e subordinação por razão de gênero.

A humanização no parto é sem sobra de dúvidas um grande passo para o respeito à mulher no exercício reprodutivo e sexual. O que deve ser levado em conta, é a relevância do princípio humanizador no processo gravídico, no acesso à saúde da mulher, pois a implantação da humanização no parto é uma diretriz que ajuda a reestabelecer o aspecto genuíno do parto e compreender que o nascimento

de uma vida é um evento especial e marcante que deve ser recordado com alegria e não frustrações.

### **2.3.1 O papel da doula no processo de humanização**

Antigamente, as parturientes eram acompanhadas por mulheres mais experientes, que lhe ajudavam com suporte emocional e físico. Geralmente as mulheres que já tinha passado pelo processo do parto e possuíam filhos, pertencia à família da grávida ou eram amigas mais próximas. Após o parto, nas primeiras semanas de vida da criança, a acompanhante ajudava nos afazeres domésticos e cuidados com o bebê.

Na proporção que o parto passou para a esfera médica, o costume social de mulheres experientes ligadas a laços afetivos ou de afinidade com a gestante no acompanhamento do parto, ficou cada vez mais raro dentro dos hospitais e maternidade, pois a assistência passou para as mãos da equipe médica onde envolviam médico (a) obstetra, enfermeira (o) obstétrica, técnico em enfermagem, e pediatra, cada profissional com sua função no contexto do parto. No entanto, ficou uma lacuna no que tange ao acompanhamento físico e emocional daquela mulher que estava prestes a dar à luz. Pois bem, essa lacunosidade foi preenchida com a figura da doula. As doulas são mulheres assistentes de parto profissionais, onde dão suporte emocional afetivo e físico às mulheres em estado gravídico ou no trabalho de parto. Transmitem à mulher, segurança no momento de vulnerabilidade, como objetivam promover experiência prazerosa e positiva.

Segundo o Dossiê Humanização do Parto:

As doulas usam recursos diversos em seu trabalho, com massagens, técnica de respiração estimula à livre movimentação, visualizações, exercícios de alongamento, além de muito carinho e afeto, o que dificilmente pode ser oferecido por uma equipe de atendimento tradicional. Muitos profissionais do Brasil, vêm desenvolvendo projetos de incorporação e treinamento de doulas nos últimos anos. Algumas vezes em parceria com os movimentos populares de saúde. (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002, p. 20).

Devido ao ambiente dos hospitais ou instituições de maternidade, com grande número de pessoas desconhecidas no evento tão íntimo da parturiente, as doulas desempenham um papel essencial de suporte à mulher, pois são encarregadas de suprir o medo e a ansiedade, além de, tentar aliviar as dores com técnicas e com

seu carinhos e afeto. Sabe-se que a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, apoiam as práticas de cuidado ao parto e ao nascimento que garantem a uma atenção de qualidade atenção humanizada. Por isso, atualmente no Brasil há estímulo na incorporação da figura da doula no ambiente hospitalar, não cabendo o desrespeito desse seguimento no ambiente obstétrico.

A acompanhante doula, não substitui o médico nem sua equipe, não cabe a ela fazer exames, cuidar da saúde do recém-nascido, discutir os procedimentos que devem ser utilizados. Ou seja, a doula não executa e não substitui os profissionais da tradicional assistência ao parto, ela complementa, soma, e preenche a equipe médica com assistência emocional e física à parturiente.

Segundo a Associação Nacional de Capacitação de Doulas, a figura da doula compõe a integração de conhecimentos de experiência humana somado ao progresso científico, no frio cenário hospitalar. O surgimento desses anjos do parto advém desde tempos remotos não se sabe precisamente o início de tudo, no entanto, atualmente no Brasil a figura da doula ganha espaço, haja vista o grupo de doulas criado em 2002. Ele se formou devido à iniciativa de quatro doulas de Campinas e São Paulo.

O início do trabalho se deu com a criação de um site onde são disponibilizadas informações sobre a profissão de doula, cadastro nacional de doulas, assuntos referentes ao parto e fotos (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO NO PARTO, 2002). As metas do grupo se respaldam no incentivo à profissão por intermédio da divulgação dos profissionais que atuam na assistência ao parto, a promoção de experiência prazerosa e positiva no parto, a ideia de resguardar o parto como momento fisiológico devendo ser realizado com as mínimas intervenções possíveis.

Em relação à figura da doula no acompanhamento do parto em Pernambuco, foi criada a Lei Estadual de Pernambuco nº 15880 de 17/08/2016, se espelhou em medidas semelhantes legitimadas por outros Estados, para evitar situações vexatórias no que tange o impedimento das doulas no momento do parto.

A lei cria a obrigatoriedade da recepção das doulas nos hospitais, maternidades, casas de parto e os estabelecimentos similares tanto na rede privada como na pública de saúde do Estado de Pernambuco. Ela objetiva permitir a presença de doulas durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto, e propiciar suporte emocional e físico, quando solicitada pela mulher parturiente, não havendo ônus ou vínculo empregatício, deixa clara a lei.

Devido à iniciativa do deputado Zé Maurício que desenvolveu a lei, ela resguarda às grávidas o direito à companhia das doulas, não confundido com o direito a um acompanhante instituído pela Lei Federal nº 11.108 de 07/04/2005. A lei estabelece o direito à companhia das doulas no ambiente hospitalar e de maternidades, a livre escolha da doula pelas gestantes e parturientes, o direito do uso de instrumentos de trabalho de doulas sejam eles, bolsa de água quente, óleos de massagens, equipamentos sonoros, bola de exercício físico construído com material elástico e macio, banqueta auxiliar para o parto, que podem ser utilizados no parto para o bem-estar da mulher.

A lei é taxativa na vedação das doulas em relação a execução de procedimentos médicos ou clínicos, bem como procedimentos concernentes a enfermagem obstétrica, e comina sanções quando ocorre o descumprimento por parte das doulas, do administrador público ou estabelecimento de saúde que descumprir a lei. Visto que, o parto é um evento muito especial na vida de uma mulher, a figura da doula no processo do parto humanizado é importante para dar suporte no momento de tamanha vulnerabilidade. No âmbito hospitalar essa nova personagem surge para complementar à assistência à parturiente, encarregada de amparar o evento fisiológico propiciando carinho e experiência prazerosa, não para desmerecer os trabalhos dos profissionais da equipe médica.

Destarte, as instituições, e todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto devem proporcionar as melhores condições para que essa experiência seja a melhor possível. No mais, é de suma importância o reconhecimento da missão das doulas consideradas “anjos do parto” e o respeito desse seguimento.

Além disso, o governo deve se manifestar a respeito daqueles Estados que não reconheceram as doulas como assistentes no parto, pois muitas delas são expulsas dos hospitais devido a ignorância dos profissionais da saúde e a falta de previsão legal para proteção delas. Ademais, o poder público deve criar mecanismos para garantir os direitos da mulher e fiscalizá-los, com o propósito de evitar injustiças.

#### **2.4 A humanização como resposta à violência obstétrica**

Na nossa realidade social, a violência aparece estruturalmente ante a desigualdade das camadas populacionais e a deficiência do Estado de suprir as

demais imprescindibilidades dos cidadãos, abrindo espaço para marginalização de indivíduos que não alcançam acesso ao exercício dos seus direitos e deveres (RIOS, 2009). No entanto, a problemática da violência paira no contexto histórico em todas as sociedades, e nas sociedades modernas surge como instrumento de organização e dominação (COSTA, 1986).

Em relação à violência obstétrica, a inercia do poder público, a preponderância do machismo, o sistema mercantil em detrimento dos valores éticos, a superficialidade humana na coisificação das pessoas e a desvalorização da vida, a ausência da temática sobre a humanização na preparação dos profissionais de saúde, são fatores que sustentam a violência obstétrica em nosso Brasil.

O comportamento violento, é decorrente de um problema social, histórico e cultural, apontado como forma de dominação, sendo instrumental nos valores culturais vigentes, e notável no modo de ser das pessoas (RIOS, 2009).

Nesse mesmo compasso, é necessário observar que o Estado condena a violência, mas em algumas situações ela pode ser usada como meio para determinado fim. Isso acontece também com a opinião pública, a sociedade condena a violência, no entanto, há aceitação quando ela é naturalizada nas escolas, na instituição familiar (violência doméstica), no ambiente de trabalho e nos hospitais- maternidades.

A desumanização no mundo da saúde através da violência institucional decorre de relações sociais ligadas à sujeição dos indivíduos. A transformação do antigo sistema hospitalar sob nova ótica da modernidade por intermédio de novos conhecimentos e técnicas, repercutiu no distanciamento dos envolvidos, sejam eles o paciente e os profissionais da área de saúde (RIOS, 2009). Tornando o trabalho mecânico e sem sentido como potencial violento, pois perdeu qualidades essenciais do contato técnico e solidário, necessário a assistência no parto.

Consequentemente há espaços e grande necessidade de criar meios para a implementação de acesso à saúde humanizada, sendo esta a solução e resposta à violência obstétrica.

Assim dilucida a autora Rios:

A humanização como reação à violência institucional na saúde busca recuperar o lugar das várias dimensões discursivas dos sujeitos que atuam ou recorrem às instituições de saúde, desconstruindo relações de dominação-submissão e dando lugar à construção de saberes

compartilhados e o desenvolvimento dos potenciais de inteligência coletiva. (RIOS, 2009, p. 35).

É necessário ter em mente que, a humanização no que tange a área obstétrica, se perfaz através de atitudes que coloquem a mulher como protagonista do parto, e não violem seus direitos, por isso, a construção da humanização desvincula o comportamento violento dos profissionais nas instituições.

Para alcançar a humanização, requer necessariamente a educação dos profissionais envolvidos e, a execução de ações protetoras contra situações e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente deste (RIO, 2009). Já que no Sistema Único de Saúde existe a Política Nacional de Humanização, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde.

Apresenta a humanização como pilar essencial em qualquer política de saúde, ela é compreendida na mudança cultural da atenção dos usuários, da gestão dos processos de trabalho, no estímulo da relevância do paciente e na busca de melhores condições para os profissionais efetuarem seus trabalhos da melhor forma possível (BRASIL, 2004).

Portanto, implica necessário fortalecer mecanismos como este que impõem dignidade na assistência e buscam maior acesso à saúde, através da observância dos princípios desta política que busca a inseparabilidade entre a atenção e a gestão da saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos.

No Brasil, há décadas os grupos feministas denunciam as circunstâncias pouco humanas na qual as mulheres são submetidas, no momento do nascimento (REHUNA, 1993). As mulheres organizadas consideram que, o parto por intermédio da via vaginal ocorria devido às interferências obstétricas desnecessárias, que influenciam nas questões fisiológicas do parto e estimulam a patologia desse evento, transformando o parto em experiência tenebrosa e horripilante que refletem impotência e dor.

Sendo assim, não há de se espantar com o prediletismo feminino na conjectura em relação a cesariana como melhor forma de dar à luz (REHUNA, 1993), justificando a “epidemia” de cirurgias cesarianas atreladas ao contexto de violência na assistência ao parto.

A violência relacionada aos serviços de assistência tem sido constante em estudos sobre a violência de gênero no Brasil. As vítimas de violência obstétrica têm uma percepção do parto como um evento violento e traumático, pois alguns

funcionários foram nervosos e agressivos, humilhando-as, menosprezando-as e não consideram suas dores. É comum os funcionários exporem as pacientes à situações vexatórias, sejam elas de cunho verbal com humilhações, xingamentos, agressões verbais do tipo “na hora de fazer você não gritou” (D’ OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002).

Há reclamações parecidas no que concerne a prestação assistencial à saúde feminina no processo gravídico nos países com culturas diversificadas. Esse tendencioso tratamento é mais intenso nos casos de mulheres pobres, lésbicas, portadoras do HIV, usuárias de drogas, prostitutas, mulheres solteiras, adolescentes, como o Dossiê Pariras com Dor (2012) nos revela através de depoimentos de mulher.

A temática sobre a violação dos direitos humanos com relação à saúde reprodutiva da mulher, também faz parte da realidade de outros países, como podemos vislumbrar a importante documentação desta através do *Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de La Mujer* (CLADEM), onde nos traz narrações de várias mulheres, que retratam maus-tratos, humilhações, negligências, ofensas, desdém dos funcionários da saúde nos estabelecimentos públicos de saúde no seu estudo *Silencio y Cumplycidade- Violencia Contra la Mujer em los Servicios Públicos de Salud em El Perú* (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Os depoimentos também esclarecem uma série de intervenções sobre o corpo feminino, além disso, paira a vulnerabilidade em um momento tão importante na vida da mulher, para mais, exposição desnecessária nos casos de abortamento culpabilizando à mulher sem sequer ouvi-la.

Em caso de violência obstétrica, cabe a mulher recorrer aos instrumentos jurídicos que amparam a autonomia reprodutiva e sexual, a fim de fazer valer seus direitos, pois o cuidado à saúde por intermédio de atitude respeitosa é um direito humano (RIOS, 2009) e todo profissional da saúde e qualquer seguimento deve exercer suas atividades com decência, não submetendo a paciente á tratamento desumano ou degradante.

Assim sendo, o poder público deve atentar para as medidas que viabilizem a humanização na assistência no parto, para propiciar acesso à justiça reprodutiva e sexual, que são considerados direitos fundamentais de uma sociedade, como enfatiza o autor Mauro Cappelletti (1988, p.12) “O acesso à justiça pode, portanto,

ser encarado como o requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos”. Portanto a humanização em detrimento da violência no parto inflama a consciência a solidariedade e busca qualidade no acesso à saúde reprodutiva.

### **3 A VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL E A PROPOSTA DO PROJETO- LEI Nº 7.633/14**

#### **3.1 Do reconhecimento da violência obstétrica**

No sentido amplo a violência é um fator complexo no universo social, que corresponde à violação da integridade física ou moral, seja com emprego da força seja com uso da ameaça, vitimando a sociedade ou um particular (OLIVEIRA, 1894). Em relação à violência em virtude da mulher, a Convenção Interamericana para Prevenir Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher de 1994 (conhecida também por Convenção de Belém do Pará) em seu artigo primeiro definiu violência contra a mulher como: “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

Na construção social, o tratamento naturalizado em relação à violência voltada à mulher não é novidade, e no campo da assistência à saúde não é diferente. Acontece que, se a parturiente violentada ou a paciente em situação de abortamento, teve seus direitos violados reclamar ou não concordar com o tratamento grosseiro ou doloroso, quando poderia ser evitada a dor, o profissional de saúde culpa a mulher, pois a vítima “mereceu” e provocou a situação (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), desviando a responsabilidade dos médicos, enfermeiros, e qualquer profissional envolvido no atendimento obstétrico.

Apesar de a temática ser relativamente nova, e reconhecida timidamente pela sociedade devido também à falta de lei vigente que verse sobre o assunto, é o tipo de violência concernente a vida privada da mulher sendo de difícil divulgação ou denúncia. No entanto devido ao Dossiê elaborado no Brasil no ano de 2012, pela Rede Parto do Princípio para a CPMI (Comissão parlamentar mista de inquérito, formados por representantes da Câmara dos Deputados e Senado Federal), onde objetivou investigar e desvendar irregularidades na área da saúde da mulher no que tange à reprodutividade, reuniu relatos de mulheres que vivenciaram o lado “invisível do parto”, sejam eles a dor, a vulnerabilidade, o desrespeito e o desamparo jurídico.

Ele contribuiu também para o fortalecimento no combate e o reconhecimento de mais um tipo de violência em virtude da mulher, seja ela a desumanização no parto: violência obstétrica.

A violência obstétrica está atrelada à violência de gênero, na proporção que é direcionada tão somente à mulher na qual se encontra no período gravídico, parto, pós-parto ou abortamento. Caracteriza-se com qualquer ato de violência voltado à parturiente no exercício da sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometida por profissionais da saúde ou que nela estejam envolvidos (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde ao se deparar com o atual cenário da saúde feminina em todo o mundo, se pronunciou no ano de 2014 expedindo Declaração sobre Prevenção eliminação de abusos, desrespeito maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, com o objetivo da mobilização mundial sobre a violência obstétrica e direitos humanos, elucidando que, toda mulher é merecedora de padrões atingíveis de saúde e, que o tratamento desumano viola os direitos das mulheres, além de ameaçar o direito à vida, à saúde, à integridade física. E apontou a importância nas políticas de saúde para a mulher, pois estas asseguram o acesso e cuidado sexual e reprodutivo de forma segura, amenizando os índices de morbidade global e mortalidade materna.

A declaração analisou as últimas décadas, e chegou à conclusão de que, houve uma melhora nas taxas de assistência institucional de saúde em relação ao parto, por intermédio de mobilização social, seja por incentivos, educacional ou medidas políticas adotadas.

No entanto, segundo a declaração da OMS (Organização Mundial de Saúde) ocorreu que, as pesquisas voltadas às experiências das mulheres durante o ciclo gravídico, principalmente no parto demonstraram que o parto é ainda um fator preocupante, na qual o desrespeito pode ocorrer em qualquer momento gravídico, até mesmo nos casos de abortamento. No entanto, o parto é o momento especial que a mulher está mais vulnerável, e qualquer ação negativa em virtude da parturiente remete consequências maléficas para a mãe e bebê.

Ademais, constatou que a situação da saúde feminina no mundo inteiro é um quadro perturbador, pois muitas mulheres ainda passam por situações vexatórias de abusos, desrespeitos que conseqüentemente violam à dignidade da pessoa humana e à saúde.

Os desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde englobam tratamento desumano bem como violência física, moral, psicológica. Pode ocorrer nas práticas dos procedimentos médicos, na ausência de informação ou de consentimento na realização de procedimentos, na recusa em administrar analgésicos, quando há violação à privacidade, negligências durante o parto que consequentemente provocam complicações graves podendo comprometer a vida da mulher e do bebê.

Foi verificado também que as mulheres de baixo nível socioeconômico, inclusas nas minorias étnicas, mulheres solteiras e as adolescentes, e as que possuem HIV (*HumanImmunodeficiencyVirus*) estão mais vulneráveis a compor o número de vítimas de violência obstétrica.

A declaração da Organização Mundial de Saúde esclarece que, atualmente não há consenso internacional em relação à resolução da problemática aqui abordada, mas há uma agenda de pesquisa para formulação de medidas possíveis para promoção de prevenção e eliminação de violência contra a mulher, a fim de alcançar melhorias do caótico cenário obstétrico.

Por isso, nos trouxe recomendações que devem ser inclusas nas políticas de saúde da mulher, visando à promoção de impactos positivos na seara da saúde feminina, no que tange a otimização na assistência ao parto, administração do sistema de saúde como um todo, garantindo o respeito da sexualidade e reprodução feminina.

Para isso, a declaração da Organização Mundial de Saúde estabeleceu medidas que devem ser seguidas, sejam elas: a contribuição dos governos e aliados para o desenvolvimento de pesquisa e ação no combate ao desrespeito e os maus tratos em relação à mulher; o incentivo à iniciação de programas que apoiem a causa e a permanência destes nos cuidados da saúde materna; a implementação do apoio ao tratamento digno como elemento essencial à assistência à saúde com qualidade; a disseminação sobre a importância da protagonização da mulher no parto, enfatizando os direitos das mulheres a assistência digna durante o período gravídico e o parto; a elaboração de dados que viabilizem a existência de boas práticas na área da saúde, assim como àquelas que violem o direito da mulher na assistência à saúde; a sistematização da prestação dos serviços de saúde e a conscientização dos profissionais envolvidos; a buscar da interação de todos

interessados, a fim de aperfeiçoar a assistência e esforços na otimização assistencial e, o banimento de qualquer desrespeito contra a mulher parturiente.

Todavia, para assegurar a não violabilidade dos direitos femininos e reprimir a violência obstétrica, não basta à iniciativa de pesquisas, interação social e programas que apoiem a causa e a permanência destes. Devem ser laborados objetivos a curto, médio e longo prazo, além de medidas coercitivas que repugne tamanho desrespeito à mulher e bebê, pois estamos falando de vítimas de violência que não podem esperar, mulheres vulneráveis a risco de vida, perturbação psicológicas, danos estéticos, entre outras maleficências.

Por isso, as vítimas de violência obstétrica esperam do Poder Público medidas excepcionais de amparo nos casos de existência de lei, onde viabilizam o senso de justiça daquelas mulheres vítimas, ao passo que a violência obstétrica viola simultaneamente a dignidade do ser humano quando atinge o nascituro, além de violar os direitos humanos adotados internacionalmente e, direitos fundamentais constitucionalmente respaldados pela CF/88. Para isso, cada país deve criar meios que viabilize a humanização na assistência à mulher, e usar sua força coercitiva para punir àqueles que causam danos ao corpo feminino, posto que, toda mulher tem direito à assistência à saúde digna e respeitosa, durante o pré-parto, parto e pós-parto, implica salientar que as mulheres em situação de abortamento também detêm o direito a tratamento digno, e não devem ser submetidas a exposição de discriminações e desrespeitos.

Sendo assim, observamos a existência da violência de gênero através da preocupação da Organização Mundial de Saúde na emissão de declaração sobre a temática, nos movimentos nas redes sociais, na criação de grupos de mulheres que se mobilizam para o enfrentamento da violência obstétrica. Confirmamos também a existência desse tipo de violência quando nos debruçamos no conteúdo do Dossiê Parirás com dor criado em 2012 pela rede Parto do Princípio, onde traz um rico estudo sobre a violência obstétrica no Brasil, incluindo depoimentos de vítimas. Além disso, analisa leis vigentes em países vizinhos para a classificação de modalidades de violência camuflada de procedimentos benéficos na assistência ao parto, e respalda a importância do reconhecimento da violência obstétrica.

### **3.2 Formas camufladas da violência obstétrica: caráter físico, institucional, material, midiático, psicológico e sexual**

A violência obstétrica, pode se camuflar em determinadas atitudes ou procedimentos de rotina nas instituições de saúde. Tendo em vista estes aspectos, podemos considerar que, esse tipo de violência de gênero, na maioria das vezes é vivenciada silenciosamente, pois é comum a mulher ser visualizada como mera paciente, submetida a procedimentos rotineiros sem razão clínica nas instituições de saúde, muitas vezes sem consentimento e desnecessários à circunstância. Desta forma, a mulher é colocada em segundo plano por não ser compreendida como protagonista do parto, sendo vítima de violações dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Através da análise de legislações vigentes da Argentina e Venezuela relacionada à temática aqui abordada, o Dossiê Parias com Dor, nos permitiu identificar a violência na assistência ao parto, ao passo que nos traz relatos de mulheres vítimas. Dentre outros objetivos, buscou compreender o significado da violência obstétrica e abordou situações desrespeitosas e vexatórias. E, devido à ausência de referências na produção técnica e judiciária brasileiras, criou modalidades de violência obstétrica, sejam elas de cunho físico, institucional, material, midiático, psicológico e sexual.

A violência obstétrica se caracteriza com atos praticados contra a mulher em virtude do exercício de sua reprodutividade e sexualidade, na qual abrange qualquer profissional de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos sejam eles de instituições públicas ou privadas, bem como civis (PARTO DO PRINCIPIO, 2012).

Sendo assim, ela pode ser compreendida como qualquer ato ou intervenção praticada em virtude da grávida, sem a devida explanação de informações e anuência dela, ou tratamento desumano e abusivo contra a mulher, relacionados aos serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto ou abortamento (PARTO DO PRINCIPIO, 2012). Sabe-se que a violência no parto ocorre com a manifestação de atitudes diversas, podendo ser de ordem, física, institucional, material, midiático, psicológica e sexual.

Em relação ao caráter físico, são consideradas todas as ações danosas sem recomendações e ausência de embasamento científica, onde incidam sobre o corpo

feminino, e causem dor ou dano físico. Como por exemplo: tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); privação de alimentos; manobra de Kriteller (ato de empurrar a barriga da gestante para “facilitar” na saída do bebê); uso de ocitocina (substância química para acelerar o processo de parto); cesárea eletiva sem indicação médica; ausência de analgésico na cirurgia ou na curetagem (procedimento para retirar o feto morto nos casos de aborto).

A violência obstétrica de cunho institucional, ocorre através de ações ou formas de organizações relacionadas aos serviços de saúde, sejam eles de natureza públicos ou privados, que impossibilitem, atrapalhem, procrastinem o acesso da mulher aos direitos ressaltados na Constituição Federal 1988 e tratados internacionais. Ocorre nos casos que, às mulheres são impedidas ao acesso de serviços concernentes à saúde, ao direito de amamentar, omissão ou violação dos direitos das mulheres durante o período gravídico, parto e puerpério, ausência de fiscalização das agências reguladoras e órgãos competentes, protocolos institucionais que confrontem as normas vigentes.

O ato violento de caráter material é detectado quando a pessoa jurídica ou física age ativamente ou passivamente auferindo recursos financeiros da mulher em processo reprodutivo, violando o direito já garantido por lei. A exemplo, podemos apontar os profissionais ou planos de saúde que cobrem valores econômicos indevidamente; indução a plano de saúde privativo, sendo a única maneira de garantir a presença de um acompanhante.

Quanto a forma de caráter midiático, ocorre por ações de profissionais que laborem na área de comunicação, onde atingem psicologicamente mulheres no processo gravídico, tal como violem seus direitos por intermédio de imagens, mensagens ou símbolos expandidos publicamente, propagandas de apologia às práticas contraindicadas, para fins econômicos, sejam elas: cirurgias cesarianas, ridicularização do parto normal, merchandising de substituição do aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce.

A violação à mulher de caráter psicológico é aquela que, ocorre em toda ação verbal ou comportamental, que provoque sentimento de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, receio, insegurança, dissuasão. As humilhações, ofensas, ameaças, omissão de informações relevantes, mentiras, desonras, desrespeito aos padrões culturais da mulher, são exemplos de violência obstétrica de caráter psicológico.

Para mais, a violência obstétrica também pode ser de caráter sexual, quando há violação da intimidade ou pudor feminino, onde atinge a integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não as partes íntimas ou sexuais do corpo. Como exemplo destacamos a episiotomia (corte da vulva até o períneo), os exames de toque invasivos (agressivos e constantes), sejam eles para identificar dilatação ou para fins didáticos, as cirurgias cesarianas sem consentimentos, lavagem intestinal, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimentos.

### **3.3 A maleficência dos procedimentos de rotina considerados invasivos e danosos à saúde da mulher na assistência ao parto**

Há pouco tempo, a violência obstétrica foi reconhecida como questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde, e devido ao tema ser recente, é desafiador e necessário a proposição de uma análise de suas definições, origens, impactos na saúde materna, responsabilidade dos profissionais, políticas de prevenção e reflexão da atual estrutura dos serviços de saúde.

Esse tipo de violência ocorre devido à prática de procedimentos inadequados ou perigosos realizados de forma rotineira nos partos, que devem ser evitados, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

O despreparo dos profissionais de saúde, a ausência destes nas unidades de saúde à mulher, ou a ausência de políticas públicas, resultam a má assistência na área de saúde, na qual ocasionam aproximadamente 287 mil mortes de mulheres no mundo inteiro anualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), por motivo de complicações gestacionais, além do desamparo social de mulheres e crianças em situação de risco, um dos fatores cruciais de sua morbidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo o livro criado em 2000 pelo Ministério da Saúde sobre “URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MATERNAS: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna”, as causas predominantes de morte materna são as diretas (são aquelas que ocorrem devido a complicações e não por motivo de doenças), sendo seu perceptual alarmante de 74%. Dentre essas, a hemorragia, infecção puerperal, eclampsia e aborto. Além disso, ressalta que a maioria dos

óbitos poderiam ser evitadas caso houvesse uma assistência com qualidade no pré-natal, parto, puerpério e nos casos de emergências maternas.

A irresponsabilidade dos profissionais na prestação da assistência digna no parto resulta inúmeras consequências, podemos observar que a violência obstétrica não ocorre apenas pela ausência destes nas unidades de saúde, desumanização no atendimento, ela ocorre devido à falta de fiscalização dos procedimentos na assistência à saúde reprodutiva. Não obstante, a prática leva a perfeição, mas alguns procedimentos desnecessários muitas vezes dolorosos são utilizados de formar reiterada sobre o corpo feminino em detrimento do aprendizado, acabam violando profundamente a intimidade da mulher quando são desconfortáveis e dolorosos, podendo ocorrer nas intervenções para fins didáticos. Ocorre que, a violência obstétrica pode ser consumada a partir do toque vaginal excessivo, o que é comum na rotina dos hospitais escolas, além disso, não é estranho que várias mulheres estejam próximas para realizar o exame do “toque”.

Geralmente a parturiente se sentem mero corpo experimental, ao passo que o procedimento invasivo ocorre na maioria das vezes sem o devido consentimento da gestante ou ausência de informações sobre o procedimento, seja do nome de quem executa o procedimento, seja da necessidade deste. Sendo assim, compreendemos que não é estimulado um vínculo de proximidade humanizada entre paciente, médicos, alunos e aqueles que estão envolvidos na assistência ao parto.

Nessa mesma linha de raciocínio, no que tange a violação do direito da mulher no momento de partejar, como a Bíblia Sagrada menciona que há tempo para tudo em baixo dos céus, o desenrolar do tempo do parto deve ser respeitado pelos profissionais envolvidos e dosado as intervenções para não acarretar danos à parturiente e a vida do bebê. Acelerar o trabalho de parto consiste em apressar, antecipar o processo de parto, sendo assim, pode ser comparado ao arrancamento de um fruto de uma árvore na qual não está totalmente maduro, estamos nos referindo às intervenções para aceleração de parto.

Acontece que, para ocasionar a dilatação os médicos costumam utilizar uma substância denominada ocitocina, que proporciona o aceleração do parto aumentando a intensidade e contrações uterinas a fim do rompimento artificial da bolsa, seguidas de episiotomia, manobra Kriteller, fórceps. Nos casos que, são verificados sofrimento fetal ou é inviável o parto “natural” recorre-se a cesariana que será apenas realizada caso o anestesista esteja no dia disponível. Não obstante

que, as intervenções utilizadas rotineiramente, sem razão clínica para apressar o desenrolar do trabalho de parto é muito prejudicial para mãe e bebê, inclusive podem propiciar complicações irreversíveis, consequentemente a morbimortalidade.

Para verificar a dilatação do útero no parto normal, é realizado o exame do toque. Além desses procedimentos de rotina, é utilizado uma manobra corriqueira durando o exame, seja ele a “redução” ou “dilatação” do colo do útero de forma manual, onde é um procedimento bastante doloroso, executado para a antecipação do trabalho de parto (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Os procedimentos dolorosos não param por aqui, a episiotomia talvez seja o procedimento de rotina mais temido das mulheres. Conhecida tecnicamente como episiotomia, a cirurgia na vulva realizada com um bisturi ou tesoura, algumas vezes sem anestésicos, tem sido utilizado rotineiramente em centenas de milhões de mulheres, por volta de meados do século XX (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), realizado com a ilusão de que facilite o parto e preserve a genital da mulher. Apesar de não ter embasamento científico, é sem sombra de dúvidas o pesadelo das mulheres que passaram pelo processo de parto, pois além da dor, afeta o períneo, os vasos sanguíneos, e músculos responsáveis pelo suporte de alguns órgãos.

No entanto, nos anos 80, houve a consciência de que, o procedimento não promovia saúde genital, uma vez que provocava danos sexuais (deformidade, problemas na cicatrização), poderia provocar infecções, dor e aumentar o risco de ocorrer incontinência urinária e fecal. Devido a esses motivos, a episiotomia de rotina é considerada por doutrinados como uma forma de mutilação genital, por isso eles propõe uma mudança na nomenclatura, denominando esse procedimento quando é utilizado sem razão clínica como “agravo sexual iatrogênico” ou de “ferimento sexual iatrogênico no parto” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Ela é única cirurgia realizada no Brasil sem o consentimento da paciente e sem que a mesma seja informada sobre a necessidade de realizá-la, seus riscos ou sobre possibilidade alternativa de tratamento. Deste feito, a episiotomia no Brasil contradiz os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

De acordo com a pesquisa Nascer no Brasil na qual integra a Cartilha do Ministério Público de Pernambuco sobre Humanização no Parto de 2014, 53,5% das mulheres sofreram episiotomia, e pode ser ainda mais elevada este dado, vez que inexistente registro oficial do procedimento. Sendo assim, a episiotomia é o lado

invisível do parto, onde não há fiscalização da razão clínica deste em cada caso nos procedimentos de rotina.

É preciso salientar que a dor da episiotomia é atrelada ao “ponto marido” vez que após a dolorosa episiotomia, vem à necessidade de fechar o local dilacerado pela passagem do bebê, e devido às raízes culturais machistas a maioria dos médicos denominam o fechamento da abertura como “ponto marido”, na qual é um ponto mais apertado realizado na região onde fora realizada a episiotomia, para fins de deixar o canal vaginal mais rígido e preservar o prazer masculino no ato sexual, após o parto. No entanto está associada a dores na relação sexual e até mesmo a impossibilidade da penetração.

O Parto do Princípio, nos esclarece que:

No caso brasileiro, a questão da episiotomia é marcadamente um problema de classe social e de raça: enquanto as mulheres brancas e de classe média que contam com o setor privado da saúde, em sua maioria serão "cortadas por cima" na epidemia de cesárea, as mulheres que dependem do SUS (mais de dois terços delas) serão "cortadas por baixo", passarão pelo parto vaginal com episiotomia (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 89).

É evidente que, as mulheres que dependem do Sistema Único de Saúde promovido pela rede pública, tivessem a opção de escolha no SUS em relação ao procedimento da episiotomia em detrimento da cirurgia cesariana, haveria grande probabilidade de não escolherem a cirurgia no órgão genital com o bisturi ou tesoura, pois este procedimento geralmente é executado sem anestesia, como podemos nos deparar com os depoimentos de mulheres trazidos pelo Dossiê Parirás com Dor.

Além do abuso do procedimento da episiotomia, os altos índices de cesáreas em nosso país sem a devida indicação é motivo de grande preocupação, e refletem a má administração da saúde pública e a necessidade de mudanças no tradicional modelo de assistência no parto. O uso desnecessário da cirurgia cesárea também é uma preocupação internacional, vez que a Organização Mundial de Saúde expediu Declaração sobre Taxas de Cesáreas no ano de 2015 e apontou que o Brasil lidera o ranking mundial no uso da cirurgia cesárea. Todavia, a Organização Mundial de Saúde recomenda e considera seguro o índice de 15% de cirurgia em cada país.

Acontece que, o favoritismo das mulheres pelo parto intervencionista é maquiado pela crença de que a qualidade do atendimento obstétrico será melhor, já

que é associado à tecnologia utilizada no que tange procedimentos operatórios. A preponderância de cesáreas no Brasil é atrelada a fatores socioeconômicos, e na maioria das vezes não é relevante os riscos clínicos de cada caso. Todavia, é importante salientar que, a cesariana é um método para vidas, mas deve ser utilizada de maneira adequada e quando há indicação.

O Dossiê da Rede Parto do Princípio abordou, também sobre a cirurgia cesárea eletiva sem necessidade clínica, onde pode ser realizada antes do início do trabalho de parto ou no tempo do trabalho de parto sem que seja caracterizada urgência ou emergência. Trouxe também explicações sobre a cirurgia cesariana por conveniência do médico, dissuasão e coação da mulher, sendo comprovada a existência desse cenário preocupante por meio de depoimentos de mulher que passaram por esse tipo de violações aos seus direitos reprodutivos.

A criatividade humana no que tange o universo do sistema capitalista extrapolou e, invadiu o espaço da naturalização do parto com o surgimento de empresas responsáveis por organizar festividades no parto, com direito à gravação ao vivo do parto para os familiares e buffer. O feito desse sistema econômico facilitou a banalização da cesariana, a partir da idealização de segurança da cesárea eletiva através de divulgação e publicidade em jornais, ocorrendo neste caso violência obstétrica é de caráter midiático na visão do Dossiê.

Destarte, o abuso dos procedimentos intervencionistas para fins didáticos, aceleração no parto, manobras perigosas para expulsar o bebê da barriga, cirurgia de episiotomia e cesarianas, sendo relevante que algumas mulheres são submetidas a esses procedimentos sem anestesia do início ao fim (na sutura, ato de fechar o corte através de pontos), são danosos à saúde da mulher e do neonato. Portanto, a ausência de razão clínica em procedimentos de rotina sem indicação utilizada de forma danosa à mulher, devem ser evitados por aqueles que trabalham na assistência à saúde reprodutiva, pois podem violar a integridade do corpo feminino, a saúde psicológica da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos, sendo que, as marcas da violência obstétrica não se retratam apenas no corpo, mas na alma da vítima. Desta forma as práticas maléficas na assistência à saúde devem ser visualizadas como uma afronta aos direitos humanos, ao passo que inflama direitos atrelados a estes.

### 3.4 Violação à dignidade da pessoa humana e a saúde

A trajetória histórica em relação aos serviços de saúde da mulher, abordado no primeiro capítulo deste trabalho, expressou discriminação, insatisfação e violações de direitos, na qual esteve vinculada a tensão e mal-estar psíquico-físico daquelas que tiveram seus direitos violados. Podemos observar que, com o decorrer do tempo houve pontos positivos em relação à assistência à saúde da mulher, devido à expansão dos programas de saúde e ao alcance de todas as fases da vida feminina.

No entanto, em relação à assistência do parto, em pleno século XXI, mesmo com os avanços da tecnologia, melhoramento de técnicas, e aprimoramento das instruções para a formação dos profissionais na área da saúde, a humanização na assistência à saúde é ausente pois, observamos que não houve muitos avanços quando nos deparamos com cenários de irresponsabilidades de profissionais, como podemos facilmente perceber, ao nos debruçarmos no Dossiê da rede Parto do Princípio. Observamos que o atual cenário obstétrico é preocupante e assustador, pois mesmo com as garantias belíssimas que possuímos ao acesso a saúde de forma digna e com qualidade garantida pelo Estado, independente da instituição ser pública ou privada, ainda ocorre discriminações, abusos, desrespeitos e violações aos direitos das mulheres.

Tendo em vista esses aspectos, é oportuno vislumbrar um dos princípios mais importantes, consagrado e respeitado pela Constituição do Brasil de 1988: a dignidade da pessoa humana. O termo “dignidade” no latim significa *dignitas* “o que tem valor”, sendo assim, remete-se ao respeito, consciência de valor, e honra em relação ao ser humano, sendo este digno de tratamento respeitoso em qualquer situação, seja ela coercitiva pela força estatal ou no âmbito da temática aqui abordada, na assistência ao parto, na prestação de serviços à saúde da mulher.

Porém, a dignidade da pessoa humana, possui diferentes interpretações, mas numerosos autores compactam que este princípio é o valor interno insubstituível em relação ao homem em razão do seu ser, não pela utilidade que venha a propiciar, mas pelo simples fato de ser humano (BERMEJO, 2008).

O princípio aqui tratado, consiste no respeito à vida, seja este o sem dúvida o princípio mais fundamental dentre todos os direitos constituídos na nossa legislação brasileira. Ademais, sem a vida não há possibilidade de exercer os demais direitos consagrados e ressaltados na Constituição Federal de 1988, cabendo ao Estado

assegurá-la tanto na condição de manter o indivíduo vivo quanto de proporcionar dignidade na subsistência (MORAIS, 2014).

Deste modo, o direito à vida está atrelado ao direito à dignidade da pessoa humana, pois todo indivíduo que participa do nosso Estado democrático de direitos possui dignidade e esta deve ser respeitada, haja vista a ressalva da nossa Constituição Federal de 1988, o direito à dignidade é tratado como direito fundamental.

A dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral relacionado à pessoa, de notória manifestação através da autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que estabelece por si só a pretensão de respeito por parte das demais pessoas, sendo importante todo estatuto jurídico assegurá-los, e excepcionalmente limitá-lo ao exercício, mas sempre sem desmerecer a pessoa enquanto ser humano (MORAIS, 2014).

A reflexão mais precisa sobre a dignidade de cada indivíduo respalda-se em sua racionalidade, sociabilidade, liberdade, responsabilidade (BERMEJO, 2008). Sendo assim, este princípio é uma potencial bússola ética para a harmonia social e a não violação de direitos das mulheres na assistência no parto.

Ressalvado pela nossa atual Constituição Federal de 1988, o direito à dignidade é tratado como direito fundamental em seu artigo 1º, onde é considerado o cerne das sociedades democráticas de direito e, fundamento limitador das ações estatais e humanas. Além de, ser respeitado pela nossa Carta Magna, os direitos humanos se têm a ele, sendo a dignidade da pessoa humana direito inalienável (PIOVESAN, 2010).

O princípio da dignidade fundamenta os direitos humanos, haja vista a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1948, onde nos apresenta a relevância deste na implantação social considerando: “Que a liberdade, a justiça e a paz no mundo têm por base o reconhecimento da dignidade intrínseca e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana”. Sendo assim, os direitos humanos, são fundados na relevância de respeito à igualdade de gênero humano, sem ênfase nas diferenças concretas de ordem social e individual inerente a cada pessoa (PIOVESAN, 2010).

Nesse mesmo compasso, a violência obstétrica atinge a saúde humana, na qual pode ser compreendida, pela definição da Organização Mundial da Saúde

(OMS), o bem-estar social entre os indivíduos. A saúde, portanto, é o bem-estar dos indivíduos e toda coletividade no meio social, sendo capazes de alcançar equilíbrio existencial, através de fatores biológicos, sociais, políticos, culturais, comportamentais e ambientais (FORTES; ZOBOLI, 2003). Na reprodução e sexualidade feminina, não é diferente, o bem-estar corresponde à saúde. Entretanto a violência obstétrica deturpa o real significado da saúde, ocasionando marcas psicológicas ou físicas que repercute de modo negativo na vida da mulher.

A Constituição Federal de 1988, ressalva o direito à saúde no título II dos Direitos e Garantias Fundamentais, capítulo II a qual foi direcionado aos direitos sociais, no art.6º, onde incluiu a saúde como direito de todo cidadão. Mais adiante, no artigo 196, estabelece que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

Para garantir o acesso à saúde de forma universal no Brasil, foi criado o Sistema Único de Saúde SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que garante o acesso integral, universal e gratuito como política de atendimento à saúde para toda população do país. Ele é regularizado pelas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, leis Orgânicas da saúde, com propósito de alterar a desigualdade na assistência à saúde populacional, determinando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo vedada cobrança pecuniária em relação à prestação do serviço.

O Sistema Único de Saúde disponibiliza acesso universal, todavia a ele cabe determinar formas mais igualitárias possíveis no acesso à assistência no parto em todo Brasil, não apenas em algumas regiões. Além disso, os programas já existentes voltados às mulheres parturientes, criados por portarias e leis, devem ser mantidos e fiscalizados, a fim da otimização da assistência e o combater à violência obstétrica. Por consequência, os direitos das mulheres são preservados e expandidos, sendo que também haverá a promoção do princípio da justiça distributiva no acesso à saúde.

Contudo, a Organização Mundial de Saúde, reconhece que a oferta de saúde a todas as pessoas que compõe a totalidade populacional não é possível, sendo

assim, sempre será necessário estabelecer prioridades na distribuição de recursos (FORTES; ZOBOLI, 2003).

Se o governo distribui os recursos de saúde de forma justa, podemos observar a implementação do princípio ético da justiça distributiva, como bem esclarece os autores Fortes e Zoboli:

As escolhas de uma justa distribuição de recursos de saúde podem ser fundadas em alternativas teóricas que procuram interpretar o princípio ético de justiça distributiva. Essa reflexão remete a discutir qual a responsabilidade do Estado na implementação de políticas públicas, quais e quantos recursos devem ser dirigidos à assistência à saúde, quais as prioridades para a distribuição de recursos entre programas, projetos, e instituições de saúde (FORTES; ZOBOLI, 2003, p.35).

Da teoria para a prática, o acesso à saúde deve ser estabelecido, através de políticas públicas que distribuam conforme as imprescindibilidades de cada região, as necessidades de cada mulher, estendendo políticas públicas para regiões onde há menor acesso à saúde feminina, ou regiões que, necessitam de programas para maior acessibilidade e respeito de mulheres negras, deficientes, imigrantes, indígenas, lésbicas, em situação de cárcere e etc. Ao passo que, foi observado no Dossiê da Rede Parto do Princípio, muitas que detinha alguma dessas características sofreram preconceito no atendimento ao parto.

Além disso, ele nos apresenta depoimentos de mulheres brasileiras violadas onde sofreram exposições comprometendo à saúde, sendo expostas a situações vulnerais e serviços precários na assistência no parto. Ferindo o princípio da dignidade da pessoa humana, e pondo em dúvida a garantia do acesso universal e igualitário da saúde que a Constituição de 1988 prevê.

A exemplo, alguns procedimentos médicos desnecessários, proibidos, ou sem embasamentos científicos que ainda fazem parte da rotina nos hospitais de saúde foram apontados em seu conteúdo, dentre eles escolhemos: a manobra de Kriteller, episiotomia, tricotomia.

A manobra de ou técnica de Kristeller é uma manobra obstétrica utilizada durante o parto que consiste no emprego de pressão na parte superior do útero com a finalidade de favorecer a saída do bebê. No entanto, essa manobra é proibida pelo Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, pois é danosa á saúde e pode desencadear danos físicos.

A episiotomia é um corte executado na região do períneo (zona muscular entre a vagina e o ânus) com o intuito de ampliar o canal vagínico para melhor execução do parto. Acontece que, nem sempre esse corte é necessário, às vezes é realizado sem anestesia local e quando suturado (ato de fechar o local do corte) é efetuado o “ponto marido” com o intuito de deixar a vagina mais apertada para o prazer sexual masculino, ou o corte é exorbitante causando trauma psicológico a mulher e dano estético.

A tricotomia é a raspagem dos pelos pubianos, que objetiva “limpar” a área que será trabalhada pelo médico e diminuir os riscos de infecções pós-operatórias. Sendo que, essa técnica às vezes é utilizada sem necessidade, provocando desconforto à mulher, entretanto, a tricotomia é indispensável na região onde será feito o corte, mas no caso de parto normal, haverá aparição dos pelos pubianos apenas nas laterais e nas proximidades da região onde será realizada a episiotomia.

Dentre esses procedimentos supracitados que afetam a saúde da mulher existem outros procedimentos e ações que violam a saúde feminina, onde foram explanados no tópico acima que abordam as formas que caracterizam e camuflam a violência obstétrica.

Neste sentido, são necessárias que ocorram mudanças na atual assistência ao parto, a fim de modificar a má visibilidade da forma de nascer no Brasil, tomando como base a humanização, na qual é vinculada a protagonização da parturiente, respeitando a dignidade da pessoa humana, e respalda-se no respeito à mulher, nascituro e sociedade, promovendo e protegendo à saúde, moralidade e integridade física, garantindo a harmonia no ambiente hospitalar e bem-estar da mulher parturiente e família.

Contudo, mesmo com a disponibilização de acesso à saúde gratuito pelo SUS, para às mulheres gestantes e aquelas em situação de abortamento, o sistema apresenta falhas quando não fiscaliza os procedimentos utilizados na assistência de rotina nos hospitais, quando permite a peregrinação da gestante em busca de uma vaga para parir, nos casos que não disponibiliza atendimento para a gestante e a mesma perde o bebê na maternidade, nos casos de desumanização nos procedimentos obstétricos, que provoca desconforto para mulher e sentimento de violação; no atendimento à mulher em situação de abortamento, onde muitas vezes é vítima de maus-tratos por ser visualizada como homicida, mesmo nos casos de aborto espontâneo, ela é desrespeitada com palavras, ou na prestação da

assistência médica, quando é submetida a procedimentos sem anestésicos, não sendo considerada a sua dor de perda, há então dupla dor, somada a dor da curetagem (procedimento para retirar o feto sem vida).

Sendo assim, devemos observar a importância das formulações do imperativo categórico do filósofo alemão Immanuel Kant (1724-1804), onde devemos considerar a relevância do respeito à humanidade, tratando o outro como se fosse a nós, não como um meio para chegar a um determinado fim, mas como ponte para chegar a um bem comum de forma graciosa (BERMEJO, 2008). Portanto, o respeito ao próximo é primordial para alcançar um sistema universal humanizado, na qual busca promoção da saúde sem desrespeito e violações de direitos previamente constituídos e ressaltados pelo nosso ordenamento jurídico.

A humanização é relativa à competência profissional dos agentes de saúde, das doulas que participam do momento do parto e todos aqueles que fazem parte da assistência. Sendo assim, a humanização é a inclusão das ciências humanas na formação daqueles que participam do processo do parto, observando a importância das relações entre pacientes e diferentes profissionais e respeitando a figura feminina (BERMEJO, 2008). Para promover a humanização na prestação de serviços concernentes a saúde, no nosso caso, na assistência ao parto, segundo Pangrazzi, deve ser considerado relevante a unicidade de casa pessoa, tomando por base a diversidade humana, na qual não pode ser generalizada. Além desse fator, o protagonismo também deve ser incluído no atendimento à saúde das usuárias, onde a paciente deve compreender sua situação de maneira clara e objetiva, e assumir com responsabilidade as opções terapêuticas disponíveis a qual tem direito (BERMEJO, 2008).

Logo, qualquer conduta humana violenta repercute negativamente na assistência ao parto e no modo de nascer em uma sociedade. Sendo assim, o respeito ao ser humano relevante, pois quem labora no campo da saúde eticamente deve proceder de maneira tal, humanizada respeitando o momento gestacional e do parto. É importante frisar que, a violência obstétrica é um problema de saúde pública, onde deve ser reprimido e sanado através da fiscalização Estatal, onde deve ser abatido da assistência no parto, pois a violência obstétrica transgride a dignidade da pessoa humana, a saúde, alma e o corpo do ser violado, além de, comover os entes familiares, os amigos do meio social, e todas as mulheres

entrelaçadas com a sonoridade na qual lutam pela prevenção e repressão da violência contra a mulher.

### **3.4.1 Parturientes em situação de cárcere**

As mulheres em condição de cárcere estão sujeitas as mesmas desigualdades que passam as outras, adicionando as precárias condições prisionais do nosso país (I Conferência Estadual de Políticas para as Mulheres de São Paulo, 2004).

A I Conferência Estadual realizada em São Paulo sobre políticas para as Mulheres explanou a necessidade da capacitação dos profissionais que compõe o sistema prisional, em relação ao gênero com o objetivo de alcançar tratamento respeitoso e humano e criar mecanismos para informação e acesso a programas específicos relativos ao acesso à saúde, onde garantam o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais, para o respeito da cidadania dessas mulheres à margem social e muitas vezes esquecidas pela máquina estatal.

Kant sustenta em A Metafísica dos Costumes:

Desprezar os outros (contemnere), ou seja, negar-lhes o respeito devido aos seres humanos em geral, é em todas as situações contrário ao dever, uma vez que se tratam de seres humanos [...] Aquilo que é perigoso não constitui objeto de desprezo [...] Contudo, não posso negar todo respeito sequer a um homem corrupto como ser humano; não posso suprimir ao menos o respeito que lhe cabe em sua qualidade como ser humano, ainda que através de seus atos ele se torne indigno desse respeito. (KANT, 2003, pp. 306-307).

Desse modo, o autor considera que, qualquer indivíduo é merecedor de dignidade, independe da mais vil ação que venha a cometer no meio social. E, no campo obstétrico não é diferente, se tratando de assistência à parturiente, a mulher deve ser respeitada e tratada com dignidade, independentemente da cor de sua pele, raízes culturais, sexo, condição financeira, e conduta criminosa.

A parturiente em situação de cárcere merece tratamento humanizado para que a sua dignidade não seja ferida, e sua saúde seja protegida. Ela deve ser englobada nas políticas de acesso à saúde reprodutiva, para ter acesso a uma assistência digna sem o uso das algemas no momento de partear, além de, direito à acompanhante, às informações sobre o estado de saúde da criança, entre outros direitos garantidos pelos dispositivos legais vigentes do Brasil e Direitos Humanos.

Ademais Kant, considera, portanto, o princípio da dignidade da pessoa humana pertinente à condição dos seres humanos revestidos deste, considerando que todos os seres humanos são dotados de moralidade. Conseqüentemente, essas mulheres devem ser tratadas como seres humanos pelo simples fato de assim o ser.

Neste sentido, o acesso à assistência no parto e o respeito à dignidade da pessoa humana atrelada ao tratamento humanizado, deve ser alcançado por todas as mulheres, principalmente aquelas em situação de cárcere.

### **3.5 Dos dispositivos legais vigentes no que concerne a assistência ao parto e uma breve análise do Projeto-Lei 7633/14 e sua lacunosidade**

Atualmente no Brasil não existe lei específica que verse sobre a violência obstétrica, para prevenção e punição nos casos do tal ato infame e perverso no momento mais vulnerável da vida gravídica da mulher no exercício do partejamento ou abortamento. Observamos que, o movimento humanizador na assistência ao parto, adveio com a ideia desmistificar o lado invisível do parto, seja ela a vivência da dor de forma velada que propaga profundos traumas, além do físico e psicológico. Para isso, o movimento humanizador, propõe derrubar os vestígios de maus-tratos, vexames, procedimentos invasivos e danosos à saúde sexual e reprodutiva da mulher.

Mesmo assim, as mulheres vítimas necessitam de amparo e atitudes governamentais que promovam o bem-estar e recuperação dos traumas tecidos na alma, para reaver a protagonização do parto, na qual foi revertida pela violência obstétrica em dor, insatisfação, insegurança jurídica, retrocesso na saúde e na construção da solidariedade, além de, inflamar um dos princípios mais respeitados da nossa Constituição brasileira de 1988 e base norteadora de qualquer dispositivo legal: O princípio da dignidade da pessoa humana.

O princípio humanizador é importante, no entanto, o respaldo jurídico para a prevenção e punição desse tipo de violência voltado à mulher é sem sombra de dúvidas louvável para a promoção da justiça. No Brasil, há dispositivos legais soltos que podem ser aproveitados para assegurar direitos da parturiente, onde se encontram ressaltados nas Convenções, Constituição Federal de 1988, Código Civil, Código Penal, leis e portarias.

Dentre as Convenções mais relevantes podemos vislumbrar a “Convenção sobre a eliminação de todas as formas de Discriminação contra a mulher”, recepcionada pela Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 18/12/1979, ratificada em 1º de fevereiro de 1984 pelo Brasil, e a “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher”, conhecida também como “Convenção de Belém do Pará”, na qual foi amparada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americano na data de 6 de junho de 1994, e ratificada pelo Brasil no ano de 1995 em 27 de novembro.

Esta estabeleceu o que pode ser considerada discriminação contra a mulher, seja ela, toda forma de distinção que tenha como objetivo prejudicar a mulher, com base na igualdade de gêneros, direitos humanos e liberdade fundamental na seara social, cultural, econômica, e civil ou qualquer outra área.

A Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979 em seu artigo 12 dispõe:

Artigo 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 igualdade 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 e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.

No referido artigo, nos deparamos com o amparo à gestante na assistência ao parto, ao passo que, ele assegura o atendimento apropriado à mulher em situação gestacional, e posterior a este, proporcionando acesso gratuito à saúde, responsabilizando os países que a ratificaram a garanti-lo, como é o caso do Brasil, que garante o acesso à saúde pelo Sistema Único de Saúde.

No entanto, não basta apenas disponibilizar o acesso à saúde gratuitamente se ele funciona de forma precária e desumanizada. Sendo assim, essa Convenção surgiu com a proposta de eliminar desigualdade de gênero e foi muito além, quando incluiu o direito ao acesso à saúde para as mulheres gestantes, obrigando os Estados-partes o cumprimento de todas medidas contidas na própria Convenção, a fim de alcançar melhoras no que tange a temática de discriminação contra a mulher, combatida há décadas pela militância feminista.

Aquela, em seu artigo nono respalda a adoção de medidas que os Estados-partes deverão assegurar em relação à violência que as mulheres possam sofrer em decorrência de sua raça ou raízes étnicas, mulheres refugiadas, migrantes, desterradas. Atenta também a considerar às mulheres submetidas à violência na condição de gestante.

Em relação à codificação brasileira, a nossa carta magna de 1988, estabeleceu o princípio a dignidade da pessoa humana como princípio fundamental e norteador dos demais dispositivos legais. Assegurou também o acesso universal igualitário à saúde. Ademais, criou o SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que garante o acesso integral, universal e gratuito como política de atendimento à saúde para toda população do país.

Nos casos de violência obstétrica, o Código Penal brasileiro estabelecido pelo Decreto-Lei nº 2.848 de 1940, pode ser utilizado nos casos que levem à morte da gestante pela tipificação do homicídio art. 121/CP, observando a modalidade culposa ou dolosa que interferirá na penalidade. Nos casos de omissão de socorro, art. 135/CP. No evento de xigamentos, constrangimentos e desrespeitos, sendo estes ensejos para injúria, previstos no artigo 140 do Código Penal. Na ocorrência de lesão corporal, previsto no artigo 129/CP, o que acontecem muitos nos procedimentos de episiotomia mal feitas, na qual a mulher é cortada demasiadamente no períneo (corte feito entre a vagina e o ânus para passagem do bebê) e recebe vários pontos para o fechamento deste. Sendo que, algumas vezes os procedimentos mal executados propiciam anomalia na genitália feminina, garantindo à mulher o direito de perceber o dano estético ressalvado pelo Código Civil de 2002.

Com relação às leis mais relevantes, podemos observar a Lei nº 11.108/2005, que alterou a Lei nº 8.080/1990, para assegurar o direito as mulheres parturientes a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto. Mas os relatos de mulheres do Dossiê da Rede Parto do Princípio, algumas gestantes não tiveram garantida a presença contínua de um acompanhante. Diante do exposto, a vigência da lei não pressupõe efetividade, é necessária a fiscalização das prestadoras de serviços à saúde, ao passo que, alguns hospitais não respeitam o direito estabelecido por essa lei.

A Lei nº 15880 de 17/08/2016, lei estadual de Pernambuco, também é importante, pois autoriza o direito à presença de doulas no trabalho de parto e pós-

parto, nas instituições que prestem serviços relacionadas a assistência ao parto, independente de ser pública ou privada, foi um grande avanço no que tange a assistência humanizadora durante o parto em Pernambuco.

Em relação às portarias, elas amparam os direitos das mulheres parturientes e dos bebês. Dentre as mais relevantes estão as: Portaria 985/1999, estabeleceu a criação de centros de parto normal a Portaria 569/2000 que instituiu programa de humanização no pré-natal e nascimento visa o controle da mortalidade morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registrada no país; Portaria 466/2000, institui pacto pela redução de cesarianas, pois esse mecanismo deve ser utilizado apenas quando houver necessidade como objetivo de proteção a mãe e o bebê; Portaria 1459/2001, uma das mais importantes portarias, pois instituiu a rede cegonha, que assegura à mulher o direito de planejamento reprodutivo e humanização no ciclo gravídico; Portaria 1067/2005, elucidou a criação de política nacional de atenção obstétrica e neotal; Portaria 399/2006 estipulou o pacto pela saúde; Portaria 1153/2014, reestabeleceu critérios de habilitação da Iniciativa Hospitalar Amigo da Criança; garantindo o contato de e pele e amamentação na primeira hora de vida; Portaria 371/2014 estabeleceu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido.

Com relação à uma lei específica que trate da temática em estudo não há. Todavia, tramita há anos o projeto de lei nº 7.633/2014 proposto pelo deputado Jean Wyllys, que versa especificamente sobre a violência obstétrica, sendo a proposta bem oportuna em detrimento do atual cenário de insegurança jurídica na qual vivemos.

Composto por 31 artigos estão divididos por três capítulos. O Título I aborda a temática sobre diretrizes e princípios relacionados aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto, parto e puerpério. Neste capítulo, além de resguardar o respeito a mulher e a cultura de suas raízes o que nos chamou atenção foi a elaboração obrigatória de um plano de parto, onde será estabelecido disposição de vontade da parturiente, bem como o estabelecimento de sua escolha para ser realizado o pré-natal e o parto.

Nos casos que sejam inviáveis a escolha, mesmo assim, constará o nome e a equipe responsável, a presença ou não de um acompanhante de livre escolha da gestante nos termos da lei nº 11.108/2005, o uso da posição verticalizada no parto,

a questão do alojamento conjunto e a utilização de métodos de analgesia e direito a informação aos riscos e benefícios.

Além disso, a mulher deve ser informada de forma clara e precisa a respeito dos procedimentos de rotina e de assistência ao parto. O plano de parto só poderá ser alterado, caso seja comprovado a urgência ou emergência dos riscos de morte fetal ou materna, bem como explanado justificativamente o procedimento clínico adotado.

Em seu artigo 11 esclarece as condutas vedadas em relação aos profissionais integrantes da equipe de saúde, no entanto, não deixou clara a sanção no caso do descumprimento das condutas proibidas, pairando então a sensação de flexibilidade da punição relacionada a violência obstétrica.

No artigo 13 do projeto lei em estudo, encontra-se respaldado o conceito de violência obstétrica de forma esclarecedora, considerando a violência obstétrica como apropriação do corpo e a violação do processo reprodutivo feminino, através do tratamento desonrante dos profissionais envolvidos na assistência ao parto, abrangendo o abuso de medicamentos e apontando a patologização do parto em detrimento do genuíno sentido do parto, que deve ocorrer de forma mais natural possível, tal que interfira na autonomia e capacidade feminina na tomada de decisões relativas ao seu corpo e sexualidade, deixando em segundo plano a protagonização da mulher no evento da parturição. No entanto, o artigo mencionado deixa vago que os profissionais da saúde podem ser apontados como violadores do projeto lei que repudia a violência obstétrica.

No entanto, não especifica aqueles que poderão ser considerados profissionais da saúde, sabendo-se que, outros profissionais além do médico e enfermeiro, estarão envolvidos assistência do parto. O Dossiê da Rede Parto do Princípio, reconheceu e compreendeu que a violência obstétrica não é de cunho exclusivo de profissionais, pois podem ser estendida aos demais indivíduos que compõe a assistência obstétrica no parto.

Sendo assim, houve a inobservância daquele que criou o Projeto-Lei, já que, não recepcionou a pluralidade das fontes de agressões em relação aos profissionais envolvidos, tendo em vista que, o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, considera violência obstétrica toda pratica que viole o exercício da saúde sexual e reprodutiva feminina, cometida pelo profissional da área de saúde, abrangendo os profissionais técnico-administrativos

de instituições privadas e públicas, servidores públicos, tal como civis, deixando claro quem pode ser considerado violador dos direitos das mulheres.

O art.14 especifica as formas de caracterização da violência obstétrica, na modalidade verbal ou física, na qual fazem parte o tratamento agressivo usando termos de baixo escalão ou que de alguma forma que denigram a imagem da mulher, a omissão nas solicitações ou queixa da mulher durante o ciclo gravídico em relação a necessidade da mulher, o induzimento a cirurgia cesariana nos casos que ela não é necessária.

Dentre as demais ofensas explanadas foram abordadas as concernentes à cultura, religião, etnia, estado civil, escolaridade, orientação sexual, condição socioeconômica, da parturiente. Mais uma vez, constatamos a inobservância do legislador, ao passo que, a violência obstétrica se camufla além das duas modalidades que recepcionou, sendo esta caracterizada também através das formas institucionais, midiáticas, materiais e sexuais, como bem elucidados no Dossiê Parirás com Dor.

O Título II, discorre sobre a erradicação da violência obstétrica. O artigo 17 nos chamou atenção, pois ele trata da comunicação da violência obstétrica através de ouvidorias dos serviços de saúde e às comissões de monitoramento dos índices de cesarianas e de boas práticas obstétricas- CMICBPO. Afim de punir os atos apurados, praticados pelos profissionais da equipe de saúde, uma vez que, constituem infração à legislação sanitária federal, resultando penalidades ao estabelecimento de saúde.

O parágrafo primeiro do artigo 17 relata que os profissionais de saúde estarão submetidos à responsabilização civil, criminal e administrativa caso violem os direitos da parturiente. Todavia, o projeto – lei deveria especificar as sanções direcionadas aqueles que violentaram a mulher, sendo assim, faltou especificidade já que a violência obstétrica incide no exercício reprodutivo da mulher, e atinge a pessoa humana no contexto mais vulnerável de sua vida, e estamos tratando de violência, o legislador deveria no mínimo compreender que a violência obstétrica é uma postura criminosa, no entanto, ele encarregou a análise do que pode ser considerado crime para o magistrado.

Além disso, a sanção não deve ser obscura, branda ou flexibilizada, entendemos, portanto, que a ausência de detalhamento das sanções implica lacunosidade jurídica na criação do Projeto-Lei em estudo.

No que tange a implementação da humanização na assistência ao parto, o projeto - lei nº 7.633/14, incentiva o parto humanizado. Ele determina que, todo estabelecimento de saúde voltado ao atendimento no parto, deverão expor cartazes informativos expressando as condutas humanizadas, e informações referentes aos órgãos para denunciar a violência obstétrica.

No artigo 19 do referido projeto, há o incentivo da implantação de conteúdos relativos ao atendimento humanizado, no que tange a assistência à mulher, e ao conceito, responsabilizando as escolas e universidades a implementação obrigatória na grade curricular dos cursos de saúde. A abordagem da humanização no Projeto-Lei foi muito importante, ademais, o sistema de saúde como o todo, e principalmente o seguimento da obstetrícia, necessita de um olhar mais clínico, já que as pessoas envolvidas na assistência à saúde na maioria das vezes são profissionais de saúde que deveriam agir com ética e solidariedade na prestação dos seus serviços.

O artigo 20 do projeto lei estende a humanização ao Sistema Único de Saúde e a qualquer rede de saúde suplementar e filantrópica do Brasil, bem como os serviços prestados de forma autônoma. Mais adiante, os parágrafos do artigo 22 respaldam condutas que participam da assistência humanizada. O artigo ressaltou importantes condutas como, por exemplo, o direito à intimidade da mulher e respeito ao tempo biológico da parturição, dentre outros.

Sabemos que a Organização Mundial de Saúde recomenda o índice ideal de 15% para caso de cesarianas, e com o intuito de reduzir o caótico cenário de cesárias sem necessidade no Brasil, o Projeto-Lei no art. 24 demonstrou estratégia para solução responsabilizando o Poder executivo Federal em consonância com as instituições de ensino e saúde as práticas de estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, em plano nacional e internacional, que favoreçam os direitos humanos e impulsionem as metas de Pacto pela Vida e de redução da mortalidade de mães e bebês.

Adiante no mesmo artigo, parágrafo dois, o Projeto-Lei assegura o direito ao parto domiciliar, devendo os profissionais de saúde atender a mulher e a seu neonato sempre que solicitados. Todavia, sabemos que, o parto domiciliar é alvo de críticas pelos profissionais da saúde, ao passo que, com o passar do tempo, o cenário do parto foi desvinculado das casas das parturientes e vinculado aos hospitais-maternidades, propagando uma visão de segurança às gestantes já que os médicos usavam a tecnologia no parto.

Por outro lado, atualmente algumas mulheres preferem que o lugar do parto seja em suas casas, para isso procuram atendimento particular, sendo muito difícil disposição do médico pelo Sistema Único de Saúde executar um parto na residência da gestante. Sendo assim, o Projeto-Lei frisou um ponto muito importante na humanização do parto, buscando sempre respeitar a escolha da mulher no ambiente da execução do nascimento, deixando à disposição profissionais de saúde caso ela solicite essa opção.

O Título III tem como objetivo instituir mecanismos que controlem os índices de cesarianas, e que promovam as boas práticas obstétricas. Para maior controle dos índices de cirurgias cesarianas, o artigo 26 ressalta a necessidade das instituições ou estabelecimentos obstétricos privados ou públicos preconizarem a média estabelecida pela Organização Mundial da Saúde, no entanto, os hospitais-maternidade que demandem grande fluxo de atendimento de alto risco são a exceção, devendo eles criarem e pactuarem oficialmente seus próprios índices.

Para mais, há uma proposta de criação a nível estadual, municipal e institucional de estabelecimentos assistenciais ao parto da rede privada ou pública, onde serão regulamentadas por meio de portarias que demandem finalidade de acompanhamento e controle e redução dos índices de cesariana no país. O Projeto-Lei em estudo, não abordou a fiscalização do procedimento de laqueadura ocorre de costume no Brasil, em relação à contra-indicação no momento da cirurgia cesariana, pois este procedimento pode acarretar malefícios para saúde feminina. O projeto deveria trazer essa temática e propor monitoramento desse procedimento maléfico às mulheres brasileiras

Em relação aos índices de cirurgias cesarianas, o Projeto-Lei propõe no §8 do artigo 26 a criação das comissões de monitoramento do índice de cesarianas e das boas práticas obstétricas (CMICBPO), de caráter temporário, ou seja, sua vigência estará atrelada a diminuição das taxas de cesariana, isto é, até o país se adequar as taxas nacionais de cesarianas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde. Determinando sanções explícita no § 16, incisos I e II do artigo 26 para as instituições-maternas que mesmo notificadas no prazo estipulado pelo mesmo parágrafo, não atenderem as recomendações da comissão para diminuição dos seus índices cirúrgicos maternos.

Contudo, analisamos que, essas comissões deveriam ter caráter permanente à medida que, o cenário da assistência ao parto necessita de fiscalização constante,

não apenas no controle dos índices de cesarianas, mas do padrão de qualidade nos serviços obstétricos oferecidos nos hospitais-maternos, seja do seguimento público ou privado.

Nas disposições gerais contidas no Título IV, alude que seus princípios e as observações da lei, pelas instituições de saúde e profissionais da área de saúde independem da criação das Comissões de Monitoramento do índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas. Adiante, o artigo 29 relata que, os profissionais e instituições que não cumprirem o conteúdo desse Projeto-Lei estão sujeitos à sanção no âmbito, administrativo, civil e penal por suas ações e omissões.

Percebemos a grande valia da criação do Projeto-Lei 7633/14 com o objetivo de sanar o caos na seara obstétrica no combate e enfrentamento à violência na assistência à saúde da mulher, no que concerne o exercício reprodutivo ou sexual. Todavia, em sua criação não foram observados minuciosamente o importante Dossiê da Rede parto do Princípio, na qual deveria ser utilizado como material base para a criação do Projeto-Lei, tendo em vista que, ele abordava a temática e já subsistia antes do Projeto-Lei.

Destarte, compreendemos a importância do Projeto-Lei no enfrentamento à violência obstétrica e demais casos de impunidade de violência no parto. Por outro lado, observamos pontos lacunosos que ensejam insegurança jurídica, ao passo que o projeto lei nº 7.633/14 não recepcionou todas as modalidades de fontes plurais de violência, apenas respaldou duas modalidades específicas, sejam elas verbais e físicas, mas compreendeu a maioria (não todos) dos atos caracterizadores contidos no Dossiê de forma solta não especificando a modalidade.

Além disso, não recepcionou a forma de violência obstétrica material que abrange a obtenção de lucro no processo reprodutivo violando os direitos já garantidos, podendo ser cometida por ações ativas ou passivas de pessoas físicas ou jurídicas, e a modalidade midiática executada por profissionais através de meios de comunicação, na qual violam psicologicamente as mulheres em processo reprodutivo, ofendendo os seus direitos por intermédio de imagens, mensagens ou outras formas difundidas publicamente, ou apologia às práticas contraindicadas, nas quais podem ser enquadradas como violência obstétrica. Dentre outros pontos importantes esses merecem ser revistos e adicionados ao projeto, a fim de englobar as formas que camuflam a violência no evento mais belo da vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Graças à militância, lutas e reivindicações do movimento feminista em busca da valorização da mulher no meio social, especialmente no que tange a temática da saúde reprodutiva e sexual da mulher, houve a ampliação na década de 80 no Brasil das políticas públicas de saúde voltadas a classe feminina.

Antes não havia preocupação na extensão da assistência em todas as fases da vida feminina, todavia, as mulheres e os profissionais que apoiaram a causa conquistaram espaço em pro da englobação de todas as fases da vida feminina, não se restringindo ao sistema modelo reducionista de saúde que apenas amparava à função reprodutiva, e auxiliava nas doenças pertinentes ao processo de reprodução, respeitando assim, os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres.

A assistência no parto sofreu modificações coma transição das parteiras ao parto hospitalizado, realizado por uma equipe médica, e devido ao avanço da medicina obstétrica e tecnologia na forma de nascer. Conseqüentemente, as complicações na hora do parto, ou antes, deste poderiam ser solucionadas, ao passo que, a medicina moderna amenizou os problemas da parturição e a dor oferecendo a solidariedade humanitária.

Por outro lado, o uso abusivo da tecnologia no evento do parto, ensejou a violência obstétrica, e transformou o nascer como momento patológico e medicamentoso, utilizando práticas que violam os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, propiciando o uso abusivo de cirurgias, muitas vezes sem necessidade, exorbitando os dados de cesárea recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

O combate à violência contra a mulher também defendida pelas mulheres, organizadas na eclosão do movimento feminista, até hoje se repercute na sociedade na luta contra violações dos direitos fundamentais ressaltados na Constituição Federal de 1988 e amparados pelos direitos humanos.

Dentre os demais tipos de violência de gênero, a violência no parto é uma preocupação atual, visto que o cenário da assistência no parto demanda uma análise urgente e a implementação de medidas fiscalizadoras de combate, a fim de modificá-lo e propiciar melhorias na saúde reprodutiva da mulher.

Para evitar a violência no parto, o movimento humanizador tem um pesar importante na missão de trazer a visão do momento de partear como algo natural e não patológico, afastando o modelo intervencionista desnecessário deturpador da genuína concepção do parto como evento natural, desfazendo a ideia de que o excesso de intervenções médicas é a forma mais segura de nascer.

No entanto, a assistência ao parto deve ocorrer de forma mais natural possível utilizando procedimentos adequados intervindo nos casos de complicações no parto. A humanização no parto possui finalidade de trazer à figura feminina como protagonista do parto, e oferecer assistência confortável e que disponibilize dignidade, amparo, solidariedade à parturiente e ao neonato.

O combate a essa modalidade de violência de gênero fez com que a Rede Parto do Princípio- Mulheres em rede pela maternidade composta por mais de 300 mulheres em 22 Estados brasileiros elaborassem o Dossiê Pariras com Dor em 2012 para a Comissão Parlamentar Mista (CPMI) da Violência Contra as Mulheres. Ele possui vários relatos de mulheres que foram violadas na assistência no parto, traz a existência da violência obstétrica, e nos mostra às práticas obstétricas que camuflam a violência no parto, ferem a saúde da mulher e o princípio da dignidade da pessoa humana, violando seus reprodutivos.

Para solucionar a insegurança jurídica da problemática, tramita no congresso nacional o Projeto-Lei nº 7633/14 que respalda a humanização da assistência à mulher e do neonato, responsabiliza aqueles que praticam atitudes desumanas na assistência e cria meios para o enfrentamento da violência.

Todavia, atualmente não há lei que verse especificamente sobre a violência obstétrica, apenas dispositivos normativos que podem se adequar dependendo da conduta maléfica em virtude do exercício reprodutivo. Consideramos, portanto, oportuna a criação dessa lei.

Destarte, compreendemos que a violência obstétrica deve ser combatida, aliás, toda e qualquer desigualdade de gênero e violência. Sendo assim, devido à criação do Dossiê, podemos reconhecer a existência de mais uma modalidade de violência em virtude da figura feminina não no contexto doméstico ou de trabalho, mas no na seara da saúde reprodutiva.

Portanto, a reflexão do atual modelo obstétrico e da ausência de lei que verse sobre a violência obstétrica, é conveniente chegarmos a um denominador comum para solucionar as injustiças de impunidade daqueles que violam os direitos da

mulher no período reprodutivo. Também é imprescindível o reconhecimento jurídico da violência obstétrica e a aprovação do Projeto-Lei 7.633/14 sobre a temática, ajustando algumas lacunas deste apontadas nesse estudo.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, p. 192.

**Alepe aprova essa semana lei que garante presença de Douglas nos estabelecimentos de saúde.**

Disponível em: <http://blogdomarioflavio.com.br/vs1/alepe-aprova-essa-semana-lei-que-garante-presenca-de-douglas-nos-estabelecimentos-de-saude/>. Acesso em: 17 de novembro de 2016.

**Amigas do parto, as outras.** Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/poutras3.html>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo**. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1949.

BERMEJO, Jose Carlos. **Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores**. Traduzido por Guilherme Laurito Summa. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

**Bíblia Sagrada**. Tradução na linguagem de hoje. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 26. ed. São Paulo: Malheiros editores LTDA, 2012.

BRASIL. **Lei nº 156.880 de 17 de agosto de 2016**. Disponível em: [http://www.bigwine.com.br/norma/lei-15880-2016-pe\\_327594.html](http://www.bigwine.com.br/norma/lei-15880-2016-pe_327594.html). Acesso em: 8 de novembro de 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 8 de novembro de 2016.

BRASIL. **Portaria de nº 1.067 de 4 de julho de 2005**. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:->

0e\_Sa7zmu0J:www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/downjatencao-obstetrica-e-neonatal+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 28 de setembro de 2016.  
BRASIL. **Portaria de nº 1.153 de 22 de maio de 2014.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria de nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria de nº 371 de 7 de maio de 2014.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria de nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 466 de 14 de junho de 2000.** Disponível em: <http://www.leideportugal.com/primeira-serie/portaria-n-o-466-h-2000-saude-curso-disposto-licenciatura-146071>. Acesso em: 28 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999.** Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e\\_cpn.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e_cpn.pdf). Acesso em: 28 de setembro de 2016.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.633 de 2014.** Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1257785](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785). Acesso em: 21 de outubro de 2016.

CAPPELETTI, Mauro. **Acesso à Justiça.** Tradução de Ellen Gracien Northfleet. Porto Alegre: Sergio Antorio Fabris Editor, 1998.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para elaboração do manual do gestor municipal.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2003b.

**Convenção interamericana para prevenir punir e erradicar a violência contra a mulher**, 1994.

**Convenção Sobre A Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher**, 1979.

CURIA, Luiz Roberto; CÉSPEDES, Livia; NICOLETTI, Juliana (Org.). **Vade mecum**. 17 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

**Declaração da Organização Mundial de Saúde, OMS**. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, 2014.

DESLANDES, Suely Ferreira (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas**. Coleção Criança, Mulher e Saúde 1. Humanismo. 2. Assistência à saúde. 3. Relações médico-paciente. 4. Saúde da mulher. 5. Saúde infantil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 416.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP, 1997.

**Dossiê humanização do parto**. Rede Nacional Feminista de Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002. p. 40. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>. Acesso em: 19 de outubro de 2016.

**Douglas**. Disponível em: <http://www.douglas.com.br/artigos.php>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; ZABOLI, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli (orgs.) **Bioética e Saúde Pública**. Centro Universitário São Camilo. São Paulo: Loyola, 2003, p. 167.

GIFFIN, Karen. **Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, abr./jun.1991.

GONZALEZ, Helcye. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. 15. ed. São Paulo: Senac, 1994.

**História de parto cesariana.** Disponível em: <http://mundoeducacao.bol.uol.com.br/historiageral/historia-parto-por-cesariana.htm>. Acesso em: 13 de dezembro de 2016.

HITE, Share. **O Relatório de Hite**, 18. ed. São Paulo: Editorial S/A, 1986.

**I Conferência estadual de políticas para as mulheres de São Paulo** (ano da mulher), 29 e 30 de maio de 2004.

KANT, Immanuel (1724-1804). **A metafísica dos costumes**. Tradução de Edson Bini. Bauru/São Paulo: EDIPRO, 2003. Disponível em: <https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2013/08/te1-kant-metafc3adsica-dos-costumes.pdf>. Acesso em: 19 de dezembro de 2016.

Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1985.

Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 1. ed. 2.reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / ministério da saúde, secretaria executiva, núcleo técnico da política nacional de humanização. Brasília: Editora MS, 2004.

Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

NOGARE, P. D. **Humanismo e anti-humanismo: introdução à antropologia fisiológica**. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.

OLIVEIRA, Miguel Darcy de; BARSTED, Leila Linhares; OLIVEIRA, Rosiska Darcy. **Você e a violência**. Rio de Janeiro: Instituto de ação e cultura, 1984.

Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

OSAWA, Ruth H; MAMEDE, Marli V. **A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto.** Jornal Brasileiro de Ginecologia, Rio de Janeiro, v.105, n.1/2, 1995. pp.3-9.

**Parto do princípio.** Violência Obstétrica: Parirás com Dor, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 5 de setembro de 2016.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p.119.

PIOVESAN, FLÁVIA. **Temas de direitos humanos.** São Paulo: Saraiva, 2012.

**Quem somos.** Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

**Responsabilidade administrativa civil e penal do médico.** Disponível em: <http://www.pauloquezado.com.br/detalhesartigos.cfm?artigo=artigo&wartigo=6&wart=Responsabilidade-Administrativa-Civil-e-Penal-do-Mdico>. Acesso em: 13 de novembro de 2016.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea, 2009.

**Saúde da mulher.** Universidade Federal do Maranhão. São Luiz: UNASUS/UFMA, 2013.

SILVA, António de Moraes. **Grande dicionário da língua portuguesa.** 10. ed. v.12. Lisboa, 1789, 10. ed. 12 vols., Lisboa, Confluência: 1949-1959.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Breve História do feminismo no Brasil.** Coleção tudo é história. São Paulo: Brasiliense, 1999.