



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

Mariana Vieira de Mello Costa

PARTO E DIGNIDADE: Estudo sobre a violência obstétrica em Hospitais Públicos do Recife

Recife
2017

MARIANA VIEIRA DE MELLO COSTA

PARTO E DIGNIDADE: Estudo sobre a violência obstétrica em Hospitais Públicos do Recife

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do grau de Mestre, sob orientação da Prof. Dr. Maria José de Matos Luna e da Prof. Dra. Leila Katz

Recife
2017

Catálogo na fonte
Bibliotecário Jonas Lucas Vieira, CRB4-1204

C837p Costa, Mariana Vieira de Mello
Parto e dignidade: estudo sobre a violência obstétrica em hospitais públicos do Recife / Mariana Vieira de Mello Costa. – Recife, 2017.
106 f.: il.

Orientadora: Maria José de Matos Luna.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação. Direitos Humanos, 2018.

Inclui referências e apêndice.

1. Direitos humanos. 2. Direitos reprodutivos. 3. Gravidez. 4. Violência obstétrica. 5. Parto. I. Luna, Maria José de Matos (Orientadora). II. Título.

341.48 CDD (22.ed.) UFPE (CAC 2018-76)

MARIANA VIEIRA DE MELLO COSTA

PARTO E DIGNIDADE: estudo sobre a violência obstétrica em Hospitais Públicos do Recife

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos obrigatórios para a obtenção do grau de mestre.

Aprovada: 29/11/2017

DISSERTAÇÃO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Prof^a.Dra. Maria José Matos Luna
Orientadora – UFPE

Prof^a. Dra. Leila Katz
Co-orientadora – IMIP

Prof. Dr. Artur Stamford – UFPE

Prof. Dra. Maria de Fátima Lucena – UFPE

Para meu marido, Augusto, e para os meus filhos,
Ana Maria e Augusto Neto, que escreveram comigo
cada linha deste trabalho e escrevem diariamente as
da minha história.

AGRADECIMENTOS

Chegando ao final desta dissertação, emocionei-me ao lembrar do momento em que ela começou, logo após o parto que trouxe ao mundo a minha Ana Maria. Então, fechar este ciclo tão pertinho do nascimento de Augusto Neto foi um grande presente de Deus, a quem não posso deixar de agradecer em primeiro lugar, juntamente a Nossa Senhora das Graças, por todas as bênçãos derramadas em minha vida.

O dia de hoje somente foi possível graças a uma quantidade enorme de pessoas que, de algum modo, participaram de minha caminhada, especialmente os meus pais, Eduardo, Vitória, Gilson e Cândida, pelo apoio incondicional. Mãe, agradeço a você por todos os “deixa comigo, eu resolvo” dos últimos meses e de sempre. Pai, obrigada por ser o meu melhor amigo e maior incentivador. A Augusto, meu marido, agradeço por toda a calma transmitida nos momentos mais críticos da pesquisa, e principalmente por sonhar este sonho comigo. Às famílias Menezes, Vieira de Mello e Costa, especialmente a minha avó Cacilda, pelas minhas ausências tão sentidas; a tia Nana, por me lembrar quão amplo são os direitos humanos, e a minha sogra, Carolina, por ser tão presente em minha vida. Aos meus amados filhos, Ana Maria e Augusto Neto: filha, obrigada por compreender as minhas ausências, e desculpe-me por quando me faltou paciência; filho, obrigada por vivenciar comigo todo o turbilhão de sentimentos e sensações que culminaram no dia de hoje, e, mesmo assim, esperar pacientemente em meu ventre. Aos meus irmãos, Lú, Duda e Lipe, somente gratidão por sempre acreditarem e torcerem tanto por mim. A Rebecca, mestranda do mesmo biênio, obrigada pela troca de experiências ao longo dos semestres. À minha família *lato sensu*, meus amigos, agradeço a cada um de vocês através de minhas irmãs de vida: Maíra e Luiza, por viverem comigo todas as vitórias provenientes deste mestrado, e Aninha, pela parceria do dia-a-dia.

Por fim, à minha orientadora, Prof. Maria José Luna, por ter abraçado o meu projeto desde o primeiro momento, e por todos os ensinamentos, meu profundo agradecimento. À Dra. Leila, que além de co-orientadora, ofertou-me com generosidade seu tempo e materiais indispensáveis para este trabalho. Ao Professor Artur, pela confiança em mim depositada ao longo do estágio docência, bem como a paciência na construção da análise dos dados. A Marina Maria, pela generosidade com a qual abraça a todos. À Tânia, por sua disponibilidade constante, e Emerson pelo alto astral de todos os momentos, e aos queridos amigos de turma, que tornaram esse período mais doce, minha admiração e eterna torcida. A Karla e Ênio, pelo apoio e cordialidade. Agradecimento especial à Raissa e Adel, por terem me apresentado o PPGDH, sempre afirmando que lá eu me sentiria em casa. Vocês acertaram, meus amigos, muito obrigada.

RESUMO

O trabalho em referência trata da proteção dos direitos humanos da mulher especialmente no período denominado ciclo gravídico-puerperal, em face dos procedimentos desrespeitosos e violentos a que são comumente submetidas as mulheres neste momento singular e importante de suas vidas – a denominada violência obstétrica. Com a finalidade de contextualizar as origens da violência obstétrica, são apresentados os aspectos conceituais e históricos dessa violência e das suas diversas expressões de existência, com ênfase na violência contra a mulher, especialmente sob a perspectiva do gênero, a qual se mostra uma das modalidades mais presente nas relações de convívio familiar e social. Em seguida, é apresentada a violência contra a mulher sob a ótica do gênero e dos direitos humanos da mulher, com os seus dispositivos legais aptos à proteção dela contra tais atos violentos, inclusive no que se refere à medicalização do parto. Ao longo da dissertação, é evidenciada a importância que o tema violência obstétrica tem recebido não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, partindo, inicialmente, dos conceitos apresentados por Carafazi e Diniz, segundo as quais a noção de direito é especialmente importante na problematização da assistência, pois permite compreender a complexa questão da violência de gênero nas instituições de saúde, em especial no ciclo gravídico-puerperal, representando uma das mais significativas discussões da atualidade quanto aos direitos das mulheres, interligando tal violação de direitos à teoria da dominação masculina de Bourdieu. Ainda, é verificada a mudança recente operada no atendimento à gestante, e a eficácia das medidas de proteção aos direitos individuais das mulheres, através de ações de humanização do parto realizadas na Cidade do Recife, mediante a realização de pesquisa de campo com mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal, e cujos atendimentos foram realizados nos seguintes hospitais de Recife: Hospital das Clínicas, IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira e Hospital Agamenon Magalhães. Em seguida, através do método científico indutivo, são apresentados de maneira sistematizada os dados obtidos. Ao final, é apresentada a rede de combate à violência obstétrica na realidade do Sistema Público de Saúde de Recife, em hospitais nos quais foram implantadas medidas de humanização do parto, realizadas na defesa de direitos básicos e indisponíveis das mulheres no período compreendido entre o parto e o puerpério.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Direitos Reprodutivos. Gravidez. Violência Obstétrica. Parto.

ABSTRACT

This work deals with the protection of the women's human rights especially in the period known as the pregnancy-puerperal cycle. Such protection will occur in the face of the disrespectful and violent procedures to which women are commonly subjected in this unique and important moment of their lives - the so-called obstetric violence. In order to contextualize the origins of obstetric violence, it will be presented the conceptual and historical aspects of this violence and its different expressions of existence, with emphasis on violence against women, especially from a gender perspective, which is one of the modalities violence against women from the point of view of gender and women's human rights will be presented, with its legal provisions capable of protecting it against such violent acts, including the medicalization of childbirth. Throughout the dissertation, the importance that obstetric violence has received not only in Brazil but throughout the world will be highlighted, starting from the concepts presented by Carafazi and Diniz, according to which the notion of law is especially important in problem of care, since it allows us to understand the complex issue of gender violence in health institutions, especially in the pregnancy-puerperal cycle, representing one of the most significant discussions on women's rights today, linking such violation of rights to the theory of domination male of Bourdieu. It will also be verified the recent change in the care of pregnant women and the effectiveness of measures to protect the individual rights of women through the humanization of labor performed in the City of Recife, through field research with women who lived the pregnancy-puerperal cycle, and whose attendances were performed in the following hospitals in Recife: Hospital das Clínicas, IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira and Hospital Agamenon Magalhães. Then, through the scientific inductive method, the data obtained will be systematized. At the end, the network to combat obstetric violence in the reality of the Public Health System of Recife will be presented in hospitals in which humanization measures were implemented, in the defense of basic and unavailable rights of women in the period between childbirth and the puerperium.

Keywords: Human Rights. Reproductive Rights. Pregnancy. Obstetric Violence. Childbirth.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Indicadores e categorias	74
Gráfico 1 - Experiência da Gestante	76
Gráfico 2 - Atendimento	78
Gráfico 3 - Sentimento pessoal sobre o atendimento	80
Gráfico 4 - Incômodos relatados	80
Gráfico 5 - Momento do parto	82
Gráfico 6 - Parto normal	84
Gráfico 7 - Acredita que sofreu algum tipo de violência/ maus tratos ou discriminação	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEDAW Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CEEMM/PE Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna/PE

CIPD Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

HAM Hospital Agamenon Magalhães

HC Hospital das Clínicas de Pernambuco

IMIP Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira,

ODS Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PHPN Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

REHUNA Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	15
2.1	Violência contra a mulher no plural: as diversas modalidades existentes.....	20
2.2	A violência contra a mulher sob a perspectiva de Gênero	23
2.3	Os direitos humanos das Mulheres	29
2.4	Direitos humanos, intervenções sobre o corpo da mulher e a medicalização do parto.....	37
3	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	41
3.1	As diversas faces da violência obstétrica	52
3.2	A violência obstétrica e as normas vigentes	56
3.3	A violência obstétrica sob a ótica da dominação masculina de Bourdieu.....	65
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	68
4.1	A pesquisa.....	69
4.2	A análise de conteúdo.....	73
4.3	A realidade encontrada nos hospitais	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICE A - QUESTÕES DA ENTREVISTA	105

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, uma das formas de violação aos direitos humanos mais praticada e ao mesmo tempo mais silenciada do mundo, capaz de atravessar os séculos perpetuando-se como fenômeno, tem sido alvo, nas últimas décadas, de sucessivas denúncias por parte dos mais diversos movimentos sociais, e obtido um destaque nunca antes recebido, provocando ações de combate e proteção da mulher violentada em seus direitos.

Entre os temas relevantes trazidos para o centro do debate acerca dos direitos humanos das mulheres, destaca-se a discussão sobre a violência institucional, perpetrada no âmbito das instituições de saúde, especialmente quando praticada contra a gestante, parturiente ou puérpera, denominada de violência obstétrica. Tal modalidade de violência, considerada uma das mais significativas discussões da atualidade, é caracterizada pela apropriação do corpo, dos processos reprodutivos da mulher e pela medicalização do parir, praticada pelos profissionais de saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicamentos, patologização de procedimentos naturais e trazendo, como consequência, a perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente acerca dos seus corpos e sexualidade, além de acarretar em repercussões negativas e irreversíveis à qualidade de vida das mulheres.

Nesse contexto, a presente pesquisa busca, como objetivo geral, investigar a violência sofrida por mulheres no ciclo gravídico-puerperal, merecedora de proteção especial por parte do Estado e dos Poderes Públicos. Em seguida, como objetivos específicos do trabalho, pretende-se averiguar se está havendo tal proteção, especialmente através das ações de humanização do parto realizadas na cidade do Recife, com a finalidade de verificar se tais ações são aptas a garantir a dignidade humana da mulher no período do ciclo gravídico-puerperal, bem como apresentar o combate à violência obstétrica na realidade no Sistema Público de Saúde de Recife.

Para a realização desses objetivos, empregou-se, primeiramente, a revisão bibliográfica. Em seguida, e apesar do estudo de direito comparado não constituir escopo desta dissertação, foram apresentados textos normativos de outros países, especialmente Argentina e Venezuela. A escolha por tais ordenamentos decorreu da semelhança existente entre os índices oficiais de violência contra a mulher encontrados no Brasil e os demais índices encontrados nos países da América do Sul; o interesse decorreu, também, da inovação

legislativa apresentada pelos países mencionados, inspirando, inclusive, legislações estaduais e municipais elaboradas nos âmbitos respectivos da federação brasileira – as quais igualmente serão apresentadas na presente dissertação.

Após a etapa da pesquisa bibliográfica, foi realizada pesquisa de campo, recorrendo à metodologia qualitativa-quantitativa, através da aplicação, diretamente pela pesquisadora, de formulário de questões, em mulheres atendidas em três hospitais da cidade de Recife, a saber: Hospital das Clínicas de Pernambuco, Hospital Agamenon Magalhães e IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. A opção por incluir dois grandes Hospitais Escola do Estado decorreu da intenção de verificar se estão sendo aplicadas nos Centros de Formação de futuros médicos as novas recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, bem como da larga discussão em defesa de novos padrões de respeito à mulher e à humanização do parto; já a escolha pela maternidade do Hospital Agamenon Magalhães, ocorreu após a mesma ser apontada como referência no atendimento às gestantes em nossa cidade.

Em cada instituição foram entrevistadas cinco gestantes e/ou puérperas atendidas, negras ou brancas, totalizando, o *corpus* do presente trabalho, quinze entrevistadas. Já a sistematização e análise dos dados ocorreram através da análise de conteúdo, método eleito por se mostrar o mais apropriado, diante da metodologia escolhida e dos objetivos – gerais e específicos, propostos pelo presente trabalho.

Como indicadores à realização da análise, foram utilizadas as seguintes observações: experiência da gestante (1.), atendimento pré-parto (2.), o momento do parto (3.) e ponto de vista da puérpera (4.). Já as categorias, foram delimitadas a partir dos seguintes entendimentos: para o indicador 1.: aborto (1.1), filho anterior (1.2) e não tem experiência (1.3); para o indicador 2.: satisfatório (2.1), não satisfatório (2.2), satisfação pessoal no atendimento (2.3) e insatisfação pessoal no atendimento (2.4); indicador 3.: intervenções médicas não humanizadas (3.1), divididas em necessárias (3.1.1) e não necessárias (3.1.2), e intervenções médicas humanizadas (3.2); por fim, as categorias do indicador 4. foram: reconhecimento do processo violento (4.1), satisfação com o processo do parto (4.2) e insatisfação com o processo do parto (4.2).

Quanto à organização, a dissertação desenvolve-se em três seções. Na primeira delas, é apresentada a violência contra a mulher. São trazidas, nesta seção, noções históricas da violência, porém de modo breve, em razão do estudo histórico da violência não se incluir como objetivo da dissertação. Assim, a violência é apresentada como fenômeno social, cujos

efeitos são capazes de atingir e violar os direitos individuais do outro. Trazemos a discussão sobre a violência para o âmbito feminino, e apresentamos as diversas faces da violência contra a mulher e as origens históricas de sua existência.

De início, são trazidas as duas teorias destinadas a demonstrar uma superioridade física ou mental dos homens sobre as mulheres, geradoras da violência a que são submetidas as mulheres, a saber: a teoria de cunho biológico e a teoria do fenômeno cultural, sendo argumento da primeira teoria uma superioridade fisiológica do homem sobre a mulher, e a segunda tendente a demonstrar um monopólio do conhecimento por parte dos homens, decorrente de uma divisão das tarefas por gênero, em razão da convivência social, efetivada ao longo dos séculos. Ao final da apresentação de ambas as teorias, entretanto, denota-se a fragilidade das justificativas trazidas pelas teorias, sendo possível afirmar que a violência contra a mulher na verdade representa um produto e ao mesmo tempo um elemento estrutural de subterfúgio à dominação masculina, muito embora tais teorias persistam até os dias atuais, sendo capaz de influenciar as relações de poder.

Em seguida, enfocamos nas diversas expressões da violência contra a mulher, partindo-se da tipologia trazida pelo Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, segundo a qual ela é dividida em três amplas categorias, a partir das características apresentadas pelos agentes agressores, quais sejam: violência autodirigida; violência coletiva e violência interpessoal. Segundo o Relatório mencionado, reside nesta última categoria a maioria dos atos de violência dirigidos à mulher, inclusive a violência de gênero, devidamente apresentada na subseção seguinte, sendo relevante ressaltar que as questões de gênero, quando expressamente relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, atravessa os limites dos fatores biológicos, integrando as conjunturas política e socioeconômica referentes aos próprios papéis sociais, suscetíveis a alterações de acordo com os aspectos culturais de cada lugar.

Ressaltamos, ainda, os direitos humanos das mulheres, sendo examinados os dispositivos legais aptos à proteção dos direitos individuais da mulher, muito embora, saliente-se que a própria perpetuação das violações aos direitos humanos das mulheres pode, também, ser consequência da própria legislação vigente, predominantemente masculina, porquanto elaborada em sua esmagadora maioria por homens. Em seguida, são construídas ligações entre tais direitos humanos, as intervenções médicas no corpo da mulher, e o fenômeno da medicalização do parto, o qual se apresenta, no Brasil, como consequência da atuação estatal fundada no Estado Social, que, sob o pretexto de promover direitos, termina

por subtrair a autonomia da mulher e impor modelos de conduta e ações capazes de atingir, de maneira danosa, a esfera individual da gestante-puérpera.

A violência obstétrica propriamente dita é o objeto da segunda seção, na qual são apresentados os conceitos da temática, as repercussões dela decorrentes e a dificuldade de se combater tal modalidade de infração aos direitos humanos, cujo debate, apesar de recente, refere-se a práticas muito antigas. Em seguida, são abordadas as diversas modalidades da violência obstétrica identificadas pela doutrina, bem como são trazidas as normas vigentes, apontando a omissão legislativa federal sobre o tema. Apesar de tal omissão, são apresentadas as portarias, instruções normativas e recomendações dos diversos órgãos brasileiros e estrangeiros. São destrinchadas, ainda, as leis estaduais e municipais existentes na federação brasileira sobre a matéria.

Ainda na segunda seção, é construído um paralelo sobre as origens da violência obstétrica e a teoria da dominação masculina de Pierre Bourdieu, a partir das raízes do relacionamento de dependência e subordinação construído entre “dominante-dominada”, analogicamente aplicada à relação “médico-paciente”.

A quarta e última seção apresenta os aspectos metodológicos da dissertação e a maneira como ocorreram a pesquisa bibliográfica e de campo. Ainda, foi destrinchada a maneira através da qual os dados foram sistematizados, mediante aplicação do método indutivo, com o objetivo de verificar “se” e “como” ocorreu a mudança recente no padrão de atendimento à gestante, e a eficácia das medidas de proteção aos direitos individuais das mulheres, através de ações de humanização do parto realizadas na Cidade do Recife. Ao final, foi feito um cotejo entre os dados encontrados, a normas vigentes e a farta doutrina consultada, a fim de verificar se a hipótese formulada através da pesquisa proposta foi confirmada.

2 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência, tão presente no dia-a-dia da nossa sociedade, não é criação da era moderna. Sua origem reside na expressão portuguesa, derivada do latim “vis”, mais tarde modificada para “violentia”, que significam respectivamente “força” e a “força que se usa em desconformidade com o direito e com a lei”. Assim, age de modo violento quem emprega, intencionalmente, força excessiva e exagerada, objetivando dano ou intimidação moral a outrem, e que, por consequência, transforma o indivíduo violado em seus direitos, ou em sua integridade, em mero objeto, ao qual se pode fazer o que bem quer.

Minayo (2005) afirma que a violência não é una, é múltipla, referindo-se às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. Fazendo referência também a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder, e a vontade de domínio, de posse, e de aniquilamento do outro ou dos bens de outrem, sendo, tais manifestações, aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, de acordo com normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou em decorrência de aparatos legais da sociedade.

Corroborando com este entendimento, Schraiber (2005) aduz que violência é todo comportamento que desconhece e viola os direitos das pessoas, tais como o direito ao respeito e à dignidade de cada indivíduo, homem ou mulher. Saffioti (2004), oportunamente, traz o conceito de violência para o âmbito feminino, e a define como a ruptura de qualquer forma de integridade da vítima, seja ela física, psíquica, sexual ou moral. A mencionada autora ressalta, entretanto, que o conceito referido não encontra lugar ontológico, optando por utilizar o conceito de *direitos humanos* e entendendo por violência contra a mulher todo agenciamento capaz de violar tais direitos (SAFFIOTI, 2004).

A Organização Mundial da Saúde, em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação¹”. No mesmo sentido, Dahlberg e Krug, em artigo extraído do mencionado Relatório Mundial, acrescentam ainda, que “o “uso de poder” também leva a

¹ Organização Mundial de Saúde. *World report on violence and health*, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

incluir a negligência ou atos de omissão, além dos atos violentos mais óbvios de execução propriamente dita” (DAHLBERG; KRUG, 2002, p.1165). Assim, o conceito de "uso de força física ou poder" deve incluir negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio, além de outros atos auto-infligidos.

É possível afirmar que a violência contra a mulher é embasada por duas modalidades de justificativas, as quais pretendem demonstrar uma superioridade física e/ou mental dos homens sobre as mulheres, a saber: as teorias de cunho biológico e as que a entendem como fenômeno cultural (PESSIS; MARTIN, 2005). Portella ressalta que tal violência é ao mesmo tempo um produto e um elemento estrutural na subordinação das mulheres. Assim, “a violência é componente das relações desiguais de gênero, e, por isso, “atravessa” as demais relações sociais, sobrepondo-se a elas, e manifestando-se de forma relativamente homogênea em todas as classes e segmentos sociais” (PORTELLA, 2005, p.93).

Descobertas arqueológicas e etno-arqueológicas sugerem que o comportamento humano agressivo é inerente à espécie humana, e que a agressividade e a violência eram necessárias para uma subsistência bem sucedida (LEROI-GOURHAN, 2005). Pessis e Martin (2005) destacam, entretanto, que o papel dominante dos homens face às mulheres não existia nos primórdios e que a divisão das tarefas ocorria de modo igualitário. Ocorre que os bebês da espécie humana, diferentemente de outras espécies primatas, não possuem o instinto de sobrevivência e a capacidade de se prenderem ao corpo das mães, razão pela qual se faz necessário atenção e suporte do grupo humano, com a finalidade de facilitar a sobrevivência. Deste modo, a tarefa de proteção dos recém-nascidos passou a ser assumida pelas mulheres, cabendo, no contexto da época, aos homens o dever de proteção da comunidade.

Saffioti (2004) afirma que a justificativa mais convincente para tal divisão das tarefas nas sociedades de caça e pesca refere-se ao monopólio da amamentação do bebê no seio por parte das mulheres, haja vista que o trabalho era realizado com os bebês lactantes amarrados ao peito ou às costas de sua mãe, e o seu choro ou ruídos chamaria a atenção da presa, o que prejudicaria a caça e poderia colocar em risco a vida do próprio caçador, porém não impediria o trabalho agrícola.

A partir daí, iniciou-se uma especialização na divisão do trabalho por gênero, a qual fora agravada pelo desenvolvimento e refinamento técnico, permitindo o aumento da probabilidade de vida e necessidades, e terminou por separar as atribuições de homens e de mulheres: estas passam a acumular responsabilidades relacionadas à maternidade, e ao

trabalho agrícola, enquanto aos homens cabia a preservação do grupo, defesa do território, dos alimentos e das riquezas:

(...) A apropriação masculina do conhecimento será solidariamente defendida por eles. Esse estereótipo de exclusão feminina do conhecimento constituirá uma estrutura conservadora, em torno da qual se organizará a maior parte das sociedades históricas (PESSIS; MARTIN, 2005, p. 22).

Dessa forma, constata-se o papel influenciador da cultura em criar diferenças entre homens e mulheres no contexto da violência, haja vista que, pela teoria apresentada, a ligação direta entre ser homem e ser violento foi culturalmente cultivada. Schraiber (2005) destaca não ser possível interpretar tal ligação como “causa natural” ou como parte da essência masculina, ressaltando a construção cultural, cultivada e valorizada no modo de viver em sociedade. O fato é que, diferentemente das mulheres, tolhidas desde a tenra infância para aprender a controlar os seus instintos e desejos, os homens são culturalmente instigados a deixar transparecer a “masculinidade” e os instintos primitivos de reação e de violência desde bem pequenos.

Não há um motivo justificante para alguns indivíduos se comportarem violentamente com outros, ou que indique por qual razão a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras: a verdade é que ela é um fenômeno social, resultante da complexa interação dos mais diversos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Compreender como esses fatores estão relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência (DAHLBERG; KRUG, 2002).

Defendendo a corrente de cunho biológico, estudiosos da temática defendem como a razão dos homens serem mais violentos uma herança genética propensa a atos de violência, possivelmente desencadeada pela carga hormonal da testosterona, presente nas pessoas do sexo masculino (SCHRAIBER, 2005). Tal teoria não explica, entretanto, porque existem homens que não são violentos, ao tempo em que muitas mulheres possuem tendência à violência, razão pela qual termina por abrir espaço para novas discussões. Luna e Freitas (2012) aduzem que, no passado, pensavam-se homens e mulheres na condição de sujeitos nos quais o sexo estaria desatrelado da cultura, sendo consequência exclusivamente do fator biológico a existência de relações de poder entre o masculino e o feminino – é a teoria biologizante.

Por esta teoria, segundo os autores, na medida em que essa concepção anulava de modo gradativo os direitos das mulheres, em contrapartida estimulava reflexões sobre o modo

como os seres humanos se constituem de sexualidade e, por esta razão, assumem papéis sociais. A partir da concepção dos papéis no seio da sociedade, é possível enxergar a formação de homens e mulheres essencialmente construídos a partir das relações humanas, ou seja, considerando o contexto cultural. Desta maneira, pode-se afirmar que o sujeito, diante da sua essência social, constitui-se a partir das relações humanas e, eis então a introdução do termo “gênero”, tomando para si esse caráter cultural e histórico, influenciador da construção dos papéis definidos de homens e de mulheres. Ao compreender o gênero sob o seu aparato cultural e histórico, passa-se a considerar as relações de poder que o permeiam (LUNA; FREITAS, 2012).

Contudo, Luna e Freitas ressalvam que, apesar do debate de gênero apresentado ter conquistado o seu espaço, infelizmente as perspectivas da teoria biologizante persistem até os dias atuais, e detém capacidade de influenciar as relações de poder existentes em diversos contextos sociais. É fato incontestável que os discursos midiáticos, religiosos, jurídicos e escolares reproduzem constantemente as desigualdades entre homens e mulheres, na medida em que corroboram com a lógica binária, a qual traz a ideia de que o homem ocupa sempre o primeiro lugar e a mulher permanece em segundo plano. Assim, as concepções equivocadas de homem racional e público versus mulher sentimental e privada são estimuladas e reproduzidas. Socialmente, essa lógica estabelece papéis ou performances que irão ampliar o espectro da desigualdade entre homens e mulheres e os distanciam no que compete ao acesso igualitário de direitos; o discurso e a prática machista e violenta preponderam nas relações de poder (LUNA; FREITAS, 2012).

Saffioti (2004), por seu turno, discorda da visão da violência contra a mulher baseada na perspectiva biologizante, e afirma que violência contra as mulheres, especialmente no Brasil, é comumente confundida com violência de gênero, como se sinônimos fossem, o que não pode ser admitido, afirmando que a violência de gênero é a categoria mais geral, decorrente de uma espécie de *organização social de gênero* que sempre privilegia o masculino. Para a autora, a violência de um homem contra o outro, ou de uma mulher contra outra mulher, também podem ser inseridas no conceito de violência de gênero, quando o motivo da violência residir na disputa de dois homens por uma fêmea; ou de duas mulheres por um macho (SAFFIOTI, 2004). Saffioti reconhece, no entanto, que o termo “violência de gênero” concerne, preferencialmente, aquela ocorrida entre homem e mulher.

No âmbito brasileiro, falar de violência é falar da própria história do Brasil, onde todos os grandes acontecimentos oficiais – tais como a chegada dos portugueses, a proclamação da

Independência e a proclamação da República, além da violenta repressão a movimentos populares como o Quilombo dos Palmares, Canudos e a revolta da Chibata, entre outros, foram manchados por sangue (OLIVEN, 2010). Oliven relata que, na República Velha, os operários sempre eram vistos como potencialmente perigosos, e os líderes afastados ou até mesmo deportados, quando estrangeiros, sob o pretexto de seus ideais não se alastrarem entre os demais companheiros (OLIVEN, 2010).

Os atos de violência do Estado contra a população, entretanto, atingiam somente as classes populares. Somente a partir de 1964, com o advento da repressão política, as classes média e alta, até então detentoras do mito de índole pacífica do brasileiro (OLIVEN, 2010), foram atingidas pelas mãos de ferro dos órgãos de segurança, posto que o regime repressor, então vigente, precisava aumentar a violência institucional para alcançar os seus objetivos de acelerar a acumulação de capital e efetuar uma “modernização conservadora”, extinguindo a estabilidade no emprego, promovendo arrochos salariais e baixando uma legislação de exceção. Em outras palavras, o objetivo era promover uma repressão e acumulação de capital e, ao mesmo tempo, criar a ideologia do binômio “segurança e desenvolvimento” (OLIVEN, 2010).

A partir daí a violência urbana foi alçada ao status de “problema nacional”. Oliven ressalta, entretanto, que:

(...) quando os meios de comunicação de massa e alguns políticos falam em “violência urbana” estão se referindo quase que exclusivamente à delinquência de classe baixa, minimizando o arbítrio policial e omitindo, que, na realidade, são os acidentes de trabalho, a desnutrição e a miséria que vitimam um número maior de habitantes de nossas grandes cidades (OLIVEN, 2010, p. 8).

Misse (2006) afirma persistirem duas características da violência que, mesmo como o passar dos anos, das diversas transformações das estruturas sociais e apesar de muitas mudanças históricas da própria utilização da expressão, não se extinguiram: *como* se usa e *contra quem* se usa. Para o autor, o indivíduo violento é sempre *o outro* e raramente alguém se admite violento, ao passo que a utilização de tal palavra tem conotação social de denúncia do próprio ato ou do ator.

Concordamos com Oliven ao afirmar que a violência também representa um mecanismo de dominação pelas classes dominantes, e ao mesmo tempo se transforma em estratégia de sobrevivência por parte das classes dominadas (OLIVEN, 2010). Acrescentamos, ainda, que tal viés de instrumento de dominação da violência pode ser utilizado ao debater a violência contra a mulher, esta modalidade tão arraigada em nossas

relações sociais, posto que é, sem dúvidas, uma das modalidades mais recorrentes e mais danosas, a qual, apesar da evolução do conhecimento e das lutas travadas pelos movimentos feministas e pelos defensores dos direitos humanos, ainda hoje se perpetua década a década, aparentando estar longe de chegar ao fim.

Ainda sobre as causas geradoras dos atos de violência praticados pelo homem contra a mulher, pode-se dizer, também, que ela é decorrente da necessidade de afirmação do poder, no momento em que a mulher pratica ações consideradas pelo homem como incompatíveis com o seu papel social (SAFFIOTI, 2001); ou, também, pode decorrer da quebra de expectativas de papéis, ou seja, da necessidade do homem de reafirmar o seu papel de gênero tradicional, comprometido em casos nos quais ele deixa de ser o provedor da casa (THINK OLGA, 2014).

Para Griffin, a percepção da opressão às mulheres e a possibilidade de transformação nasceram juntas, a partir da auto-identificação coletiva da mulher como "mulher". Desse modo, surge a crítica ao significado naturalizante/biologizante de "mulher", a qual estabeleceu "mulher" como categoria política, ou seja, em outras palavras, uma proposta de produção de conhecimento em que o objeto a ser estudado (mulher) ao mesmo tempo deve ser re-significado (GRIFFIN, 1991).

2.1 Violência contra a mulher no plural: as diversas modalidades existentes

Quanto aos tipos de violência existentes, adotamos a tipologia trazida pelo *Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde* (OMS, 2002), a qual ora apresentamos brevemente, cujos dispositivos dividem a mencionada violência em três amplas categorias, a partir das características apresentadas pelos agentes agressores, quais sejam: violência autodirigida; violência coletiva e violência interpessoal. Por violência autodirigida se entende o comportamento suicida e as diversas modalidades de automutilação, tais como arranhar-se, cortar-se, retirar partes do corpo, etc. Já a violência coletiva, subdivide-se em violência social, econômica e política, as quais são categorias que sugerem motivos para os atos violentos cometidos por grandes grupos ou países. Por fim, a violência interpessoal ocorre contra outras pessoas, e subdivide-se em violência entre membros da família ou entre parceiros íntimos, e a

violência na comunidade, a qual ocorre entre indivíduos sem relação pessoal ou convivência (DAHLBERG; KRUG, 2007). Daí, constata-se ser, nesta última categoria, qual seja, a violência interpessoal, que reside a esmagadora maioria dos atos de violência praticados contra a mulher.

Já sobre a natureza dos atos violentos, podem ser: atos de natureza física, sexual, psicológica, ou relacionada à privação ou ao abandono. Dahlberg e Krug (2007) ressaltam, entretanto, que, apesar desta tipologia da natureza dos atos não ser universalmente aceita, ela fornece uma estrutura útil para a compreensão de todos os tipos cotidianos de violência, dos mais simples até os atos violentos dotados de complexidade praticados em todo o mundo.

Quanto às modalidades dos atos de violência contra a mulher, também é possível afirmar que a violência contra a mulher é o gênero do qual são espécies diversas modalidades de violações aos direitos humanos, entre as quais: violência sexual, violência física, violência doméstica, intrafamiliar e intraconjugal, violência de gênero, violência institucional, etc. Daí acatarmos a sugestão Schraiber no presente trabalho, e utilizarmos o termo “violências”, no plural, em virtude da pluralidade de modalidades de agressões a que estão submetidas as mulheres (SCHRAIBER, 2005).

A violência sexual pode ser considerada a agressão mais grave ao próximo, tal como o homicídio, tendo em vista que consiste na apropriação indevida e não consentida do corpo da mulher, o seu bem mais íntimo. De acordo com a OMS², violência sexual é “qualquer ato sexual ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção”, reconhecendo-a como um problema de saúde pública de escala global.

Segundo a mencionada organização, a violência sexual pode ser praticada por qualquer pessoa, independentemente da relação com a vítima, e em qualquer cenário, incluindo a casa e o trabalho. O Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional³ (devidamente ratificado pelo Brasil), em seu artigo 7º, reconhece a agressão sexual, a escravidão sexual, a prostituição, a gravidez, a esterilização forçada ou qualquer outra forma de violência sexual de gravidade como equivalentes a crimes contra a humanidade.

² OMS. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher* - Ação e produção de evidência, 2010, p. 11. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2017.

³ Decreto nº. 4.388, de 25 de setembro de 2002, que promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4388.htm>. Acesso em: 20 out. 2017.

Já a violência física ocorre quando uma pessoa causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma passível de provocar lesões externas, internas ou ambas. Segundo Narvas e Koller:

São considerados atos de violência física: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, amarramentos e estrangulamentos, lesões por armas ou objetos, obrigar a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados (tais como álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos), tirar de casa à força, arrastar, arrancar a roupa, abandonar em lugares desconhecidos e omitir cuidados e proteção (NARVAS; KOLLER, 2006, p. 8).

A expressão violência doméstica, por seu turno, costuma ser empregada como sinônimo de violência familiar, e, não raramente, como violência de gênero. No Brasil, o conceito de violência doméstica foi inserido no Código Penal a partir de 2004. Pouco depois, porém, a 11.340/2006, conhecida por Lei Maria da Penha, trouxe a definição precisa das hipóteses que se enquadram no conceito de violência doméstica, a saber: configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, quando ocorrido no âmbito da unidade doméstica, com ou sem vínculo familiar, bem como no âmbito da família, assim compreendida como a comunidade formada por indivíduos unidos por laços naturais, por afinidade, ou tão somente por livre vontade e, por fim, quando ocorrida na existência de relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação⁴.

Sarmiento e Cavalcanti (2009) ressaltam que a Lei Maria da Penha atendeu às expectativas das entidades de defesa dos direitos humanos das mulheres, atendendo também à política internacional contra a violência doméstica, em consonância com o parágrafo 8º do artigo 226 da nossa Constituição Federal.

Em que pese o disposto no artigo 50 supracitado, o qual engloba, nas mesmas ações violentas, as violências doméstica e familiar, é importante trazer a diferenciação apresentada pela doutrina, segundo a qual a violência intrafamiliar refere-se a toda ação ou omissão que vise a prejudicar de algum modo o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra (NARVAS; KOLLER, 2006).

⁴ Lei nº 11.340.06. Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm>. Acesso em: 20 out. 2017.

Violência conjugal, também chamada de violência do parceiro íntimo, é, segundo a OMS (2010), aquela que ocorre dentro uma relação íntima, decorrente de comportamento violento que cause dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Tal definição cobre violência não apenas do cônjuge, mas também de parceiros atuais e passados.

A Violência institucional, por sua vez, é a modalidade de violência praticada por instituições prestadoras de serviços públicos, tais como hospitais, postos de saúde, escolas, órgãos do poder judiciário, delegacias, entre outros, e normalmente é praticada por agentes públicos, os quais, ao invés de cumprir o dever de proteger a mulher, vítima de violência, e garantir-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos, praticam atos que agravam a situação da vítima (MURY, 2004).

Janaína Aguiar e Ana Flávia d'Oliveira, por seu turno, apresentam especificamente a violência institucional ocorrida no ciclo gravídico-puerperal e a definem como aquela existente nas maternidades públicas, as quais, por si só, já encontram diversos obstáculos de natureza estrutural. As autoras apontam, ainda, haver um entrelaçamento entre a violência institucional e as representações do gênero, na medida em que entendem haver uma transformação das diferenças em desigualdades, criando-se uma relação hierárquica na qual a paciente deixa de ser sujeito e passa a ser objeto, suscetível a intervenções profissionais. (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011)

2.2 A violência contra a mulher sob a perspectiva de Gênero

Muito embora a discussão quanto à validade da temática de gênero já esteja consolidada no âmbito das pesquisas acadêmicas, inclusive como categoria de análise – o que, diga-se, não correu de modo rápido e pacífico, tendo, o próprio movimento no qual está inserido, passado por diversas transformações ao longo do tempo, a sua apresentação torna-se indispensável quando apresentada a violência contra a mulher sob a ótica do gênero.

Neste contexto, é relevante destacar que, muito embora preferencialmente utilizada para se referir à desigualdade histórica e à relação de subordinação do gênero masculino sobre

o feminino, a expressão “violência de gênero”, na verdade, pode ser aplicada a qualquer relação de sujeitos, tal como de um homem contra outro homem, ou de uma mulher contra outra mulher (SARMENTO; CAVALCANTI, 2009). Isto porque a construção dos gêneros ocorre através da dinâmica das relações sociais, na medida em que os seres humanos somente se constroem como tal em relação com os outros: não se pode falar em construção plena de um indivíduo considerando-o isoladamente, desprovido de interações sociais.

A expressão “gênero”, por si, classifica diversos fenômenos distintos, tais como gêneros literários, musicais, acadêmicos, escalas biológicas, etc. quando, entretanto, nos referimos ao gênero no campo das ciências sociais, o tema se torna complexo, em razão das diferentes correntes teóricas, as quais interpretam o gênero de formas diversas, ora relacionado ao sexo (sexo masculino/gênero masculino versus sexo feminino/gênero feminino), ora desvinculando o gênero do sexo, podendo até mesmo existir dois sexos e múltiplos gêneros. Assim, conclui-se que o conceito de gênero muda de acordo com as diferentes abordagens existentes sobre o fenômeno da construção social do masculino e do feminino pela sociedade e pela cultura (CARVALHO; TORTATO, 2009).

Curiosamente, o conceito de gênero utilizado para os fins da presente dissertação não foi formulado por uma mulher. Robert Stoller, na obra “Sex and Gender”, de 1968, foi quem mencionou e conceituou o gênero, tal qual hoje utilizamos. Somente anos mais tarde, Gayle Rubin apresentou o seu “Estudos de Gênero”, trazendo à tona o debate e as perspectivas de gênero.

Saffioti, ao discorrer sobre o gênero, ressalta que não se trata de perceber apenas corpos que entram em relação com outro, mas que gênero é a totalidade formada pelo corpo, pelo intelecto, pela emoção e pelo caráter do EU, os quais entram em relação com o outro. Cada ser humano é a história de suas relações sociais, perpassadas por antagonismos e contradições de gênero, classe, raça/etnia (SAFFIOTI, 1992).

Carloto (2001), por seu turno, aduz que a produção de nossa existência tem bases biológicas as quais implicam a intervenção conjunta dos dois sexos: o macho e a fêmea. A produção social da existência, em todas as sociedades conhecidas, implica, por seu turno, na intervenção conjunta dos dois gêneros, o masculino e o feminino. Cada um dos gêneros representa uma contribuição particular e isolada à produção e reprodução da existência.

No que se refere à definição de gênero, Scott (2002) a divide em duas partes (e algumas subpartes). Para a autora, o núcleo essencial da definição baseia-se na conexão

integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e ao mesmo tempo é uma forma inicial de identificar e dar significado às relações de poder (SCOTT, 2002).

Como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre diferenças percebidas entre os sexos, para Scott o gênero implica quatro elementos relacionados entre si, quais sejam: símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas (frequentemente contraditórias); conceitos normativos que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos que tentam limitar e conter as suas possibilidades metafóricas. Tal análise inclui uma noção do político, tanto quanto uma referência às instituições e organizações sociais, e a identidade subjetiva (SCOTT, 2002). Como terceiro aspecto, Scott traz a representação binária dos gêneros. E, por último elemento, tem-se a identidade subjetiva, haja vista que conferências estabelecem distribuições de poder, ou, melhor dizendo, um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos, o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do poder em si.

Quanto à questão específica da violência de gênero, Saffioti (2001) destaca que tal conceito, em si, é ampliado, abrangendo não apenas as vítimas mulheres, mas também crianças e adolescentes de ambos os sexos. Isto porque, primeiramente, o conceito de gênero é aberto, sendo este o argumento utilizado para deslegitimar o conceito de patriarcado, o qual representa o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens (SAFFIOTI, 2004). Em segundo lugar, no exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. Sob esta ótica, é importante destacar que a violência de gênero, muito embora largamente reconhecida como categoria de análise, a esta não se resume, dizendo, pois, respeito a uma categoria histórica, a qual pode ser concebida em várias instâncias, tais como símbolos culturais evocadores de representações múltiplas, conceitos normativos como grade de interpretações de significados, organizações e instituições sociais e identidade objetiva (SCOTT, 2002), como também, numa dada instância, gramática sexual, regulando não apenas as relações homem-mulher, mas também as relações homem-homem e/ou mulher-mulher (SAFFIOTI, 1992).

No âmbito brasileiro, o gênero somente começou a ser discutido a partir de 1990, com a divulgação do folheto de Joan Scott (2002 [1989]), *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*, cujo próprio título ressalta o gênero como modalidade de categoria analítica. Daí então, o debate sobre as questões de gênero começou a chamar a atenção de homens e

mulheres, passando a ser discutido não apenas na academia por estudiosos, mas também alcançando os debates sociais. No mesmo período, o conceito de “violência de gênero” alastrou-se, referindo-se aos casos de violação aos direitos da mulher ocorridos no âmbito doméstico, representando a radicalização das desigualdades na relação entre homens e mulheres (SCHRAIBER, 2005).

É importante destacar, entretanto, que o conceito de gênero não explicita, necessariamente, desigualdades entre homens e mulheres: não é o sexo biológico que determina a preferência por bonecas ou por futebol, por exemplo. O gênero é, na verdade, um conjunto de normas e regras sobre o que é feminino e masculino, produzido em determinado contexto sociocultural, no qual existe, segundo Saffioti (1999), uma hierarquia muitas vezes presumida. Há, entretanto, muitas feministas que enxergam a referida hierarquia sem considerar o período histórico no qual está inserida, o que pode gerar uma correlação inexata entre determinada época e as relações sociais do período.

Faúndes (1999), ao se referir ao gênero no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, afirma que a questão vai muito além de fatores biológicos, integrando as conjunturas política e socioeconômica referentes aos próprios papéis sociais que se alteram a depender da cultura. O pensamento inicial da mulher ser o “homem incompleto” mudou com o tempo, graças à atuação dos movimentos em defesa dos seus direitos, os quais conseguiram mudar a visão da sociedade, para que esta passasse a ver a mulher como um ser individualizado, com suas próprias características (FAÚNDES, 1999).

Nesse ínterim, Saffioti (1999) ressalta o pensamento de ter havido primazia masculina no passado remoto, e que as desigualdades atuais entre homens e mulheres são resquícios de um patriarcado não mais existente. Ocorre que, como os demais fenômenos sociais, também o patriarcado está em permanente transformação e resiste, infelizmente, até os dias atuais.

Dessa maneira, pode-se afirmar que as representações e práticas de gênero são diversas e deveras flexíveis. Existe, portanto, uma pluralidade de experiências sobre o significado efetivo de ser mulher e ser homem em nossa sociedade. E tais experiências são atravessadas e agravadas por marcadores sociais de diferenças, tais como cor, etnia, classe social, região geográfica de origem, etc. Dessa maneira, ao se falar de gênero, não se pode esquecer as diversas dinâmicas de relações sociais, e os cruzamentos de grupos, a chamada

*interseccionalidade*⁵, haja vista que a experiência de ser uma mulher branca e pobre é diferente de ser uma mulher branca e rica; ou ser negra e pobre; ou negra e rica (THINK OLGA, 2014).

Dados do Banco Mundial⁶ indicam que a violência de gênero ocorre como “causa e consequência das desigualdades de gênero”. A instituição a classifica em quatro grandes tipos de violência: violência doméstica, violência sexual, práticas tradicionais (ex: mutilação genital ou morte por honra) e tráfico humano. Sobre o tema, segundo a ONU (2009), calcula-se que, em nível mundial, uma em cada cinco mulheres tornar-se-á vítima de algum tipo de violência, tentada ou consumada, ao longo da vida. Daí, torna-se mais provável que uma mulher na faixa etária entre quinze e quarenta e quatro anos seja abusada sexualmente ou sofra violência doméstica do que desenvolva um câncer, contraia malária ou sofra um acidente de carro.

Infelizmente, até os dias atuais a sociedade considera até certo ponto normal e natural que homens maltratem suas mulheres, assim como pais e mães maltratem os seus filhos, legitimando a pedagogia da violência: a ordem social das bicadas (SAFFIOTI, 1997)⁷. Isso porque a questão se situa na tolerância e no incentivo velado, para que homens exerçam sua força-potência-dominação contra as mulheres, gerando, impreterivelmente, casos de violência física, sexual, emocional e moral.

As autoras Vianna e Ridenti (1998), neste campo do discurso, problematizam os enunciados acerca da sobrevivência da mulher, além de enunciados acerca da pressão, do controle e da submissão da mesma diante do papel exercido pelos homens. O ideal arraigado de masculinidade viril é também questionado quanto às “verdades” difundidas nos ambientes familiares e demais instituições de grande influência na formação dos sujeitos. Nesta perspectiva, e segundo tais autoras, o determinismo biológico é quem dita, hoje, as relações

⁵ Interseccionalidade, conceito sociológico criado por Kimberlé Williams Crenshaw, o qual estuda as interações nas vidas das minorias, entre diversas estruturas de poder, encontrando sobreposições ou intersecções de identidades sociais e sistemas relacionados de opressão, dominação ou discriminação (PISCITELLI, 2008).

⁶ BANCO MUNDIAL, 2009. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGGBVHealth.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

⁷ Saffioti, nesta passagem, fez referência à teoria do naturalista norueguês Thorlief Schjelderup-Ebbe, o qual observou que, no galinheiro, havia hierarquia: algumas galinhas comiam primeiro os grãos despejados em um pote, e somente após saciadas, abriam espaço àquelas no segundo nível da hierarquia; por fim, quem estava na base ficava com as sobras, estrutura a qual deu o nome de “a ordem das bicadas”. Posteriormente, Thorlief decidiu fazer um teste: trouxe uma nova galinha para o galinheiro, e percebeu que todas as galinhas passaram a brigar entre si na hora da comida, ou seja, todas as outras ficaram inseguras e passaram a atacar as demais para confirmar a manutenção de seu status, ou também aproveitavam-se da confusão para tentar galgar alguns degraus, abrindo caminho com bicadas. Assim, Thorlief descobriu que, até no mundo das galinhas, há uma divisão entre aristocratas e plebeus. E que um pacífico galinheiro pode ser um campo de batalha com a chegada de novos integrantes. (LISBOA, 2013).

entre homens e mulheres em nossa sociedade, tanto em relação às divisões de trabalho e às atribuições domésticas, como na sexualidade, a qual aparece como uma seara para seu exercício. É neste momento que o tema “violência obstétrica” traz verdades androcêntricas e questiona, no campo científico, incômodos e impactos nos discursos e relações de poder da sociedade masculina.

Pessis e Martin (2005) ressaltam que a violação aos direitos humanos das mulheres decorrente da desigualdade de gênero existe, de modo dominante, na maioria das sociedades humanas nas quais há reduzido desenvolvimento técnico. Segundo as autoras, “nessas comunidades, constata-se que bens materiais, mulheres e palavras são apenas componentes dos sistemas de trocas com os quais os chefes das diversas etnias expressam sua posição particular e diferenciada” (PESSIS; MARTIN, 2005, p. 17).

Por outro aspecto, e contrariamente ao argumento de que tal violência é apenas pessoal ou cultural, ela pode ser classificada como profundamente e eminentemente política, resultante das relações estruturais de poder, dominação, e privilégio entre homens e mulheres na sociedade (BUNCH, 1990). Assim, a violência contra as mulheres é ponto central para manter, também, tais relações políticas em casa, no trabalho e em todas as esferas públicas.

Considerando tais questões de gênero e patriarcado, Lira (2014) difere a violência contra a mulher dos demais casos de violência social, alegando que a violência perpetrada pelo simples fato da vítima ser mulher precisa ser analisada a partir da consideração de todo o contexto sócio-histórico-cultural no qual fora cometida. Sarmiento e Cavalcanti, corroboram este entendimento, afirmando que:

A expressão violência contra a mulher possui um significado amplo, que diz respeito a qualquer ação ou omissão violenta praticada contra a mulher, exclusivamente pelo fato de ser mulher, sem considerar o espaço em que é perpetrada (SARMENTO; CAVALCANTI, 2009, p. 18).

Schraiber (2005) refere-se à questão terminológica ressaltando que lidar e combater o problema da violência é difícil em razão dos muitos significados que o termo possui: no caso específico das mulheres, caso houvesse um significado consensual em relação à expressão “violência contra a mulher”, seria mais fácil dela ser compreendida, ao invés de gerar a dúvida, tão comum nos dias atuais, sobre, por exemplo, como encarar conflitos entre marido e mulher como violência? O fato da violência contra a mulher, muitas vezes, não se assemelhar com as outras modalidades de violência é, para Schraiber, o fato gerador da invisibilidade da questão.

Narvaz relaciona as consequências da violência contra a mulher com os reflexos na própria sociedade, afirmando que tal fenômeno acarreta sérias e graves consequências não apenas para o pleno e integral desenvolvimento da mulher, chegando a comprometer o exercício da cidadania e dos direitos humanos, mas também para o desenvolvimento socioeconômico do país (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Apresentando crítica às aplicações equivocadas do conceito de gênero e ao termo e si, Scott (2002) aduz que a sua aplicação não implica necessariamente na tomada de posição sobre desigualdade ou poder, tampouco designa a parte lesada, concluindo que:

Enquanto o termo “história das mulheres” revela a sua posição política ao afirmar (contrariamente às práticas habituais), que as mulheres são sujeitos históricos legítimos, o “gênero” inclui as mulheres sem as nomear, e parece assim não se constituir em uma ameaça crítica. Este uso do “gênero” é um aspecto que a gente poderia chamar de procura de uma legitimidade acadêmica pelos estudos feministas nos anos 1980 (SCOTT, 2002, p. 6).

Assim é que se conclui, ser, a violência, proveniente do gênero, em suas mais diversas modalidades, não ocorre aleatoriamente, derivando de uma organização social do gênero, a qual privilegia o masculino (SAFFIOTTI, 1999). É importante destacar, entretanto, que tais atos de violência acabam por gerar violações aos direitos humanos as mulheres, o que, segundo Saffiotti, exige uma releitura dos direitos humanos, de modo a ser, neles inseridos, os contextos femininos, considerando que, desde a Revolução Francesa, os direitos humanos foram pensados no masculino, razão pela qual se faz oportuna uma reflexão acerca dos direitos humanos das mulheres.

2.3 Os direitos humanos das Mulheres

Para apresentar os direitos humanos das mulheres, recorreremos à abordagem apresentada por Bunch (1990), a qual relaciona os direitos das mulheres e os direitos humanos, olhando primeiro para as violações da vida das mulheres e, em seguida, pergunta como o conceito de direitos humanos pode mudar para ser mais ágil na proteção de tais direitos. A autora ressalta que, caso as diversas modalidades de crimes praticados contra as mulheres fossem praticados contra qualquer outro grupo de excluídos, elas seriam reconhecidas como violação aos direitos individuais das vítimas, e certamente seria decretada

emergência civil e política. No caso das mulheres, entretanto, sequer os seus direitos são devidamente classificados, o que traz, segundo a mencionada autora, consequências teóricas e práticas, especialmente sobre o modo como a sociedade vê e trata as questões fundamentais da vida das mulheres.

Contrariamente ao argumento de que tal violência é apenas pessoal ou cultural, ela pode ser classificada como profundamente e eminentemente política, resultante das relações estruturais de poder, dominação, e privilégio entre homens e mulheres na sociedade (BUNCH, 1990). Assim, a violência contra as mulheres e o seu respectivo combate é ponto central para manter, também, tais relações políticas em casa, no trabalho e em todas as esferas públicas (o que inclui os hospitais e instituições de saúde). No mesmo sentido, é possível afirmar que a perpetuação das violações aos direitos das mulheres é, também, consequência da predominância masculina nos espaços públicos, e até mesmo legislação em vigor – feita por homens, para homens, aliada à falta de inclusão das mulheres e à não utilização de linguagem a qual remeta às suas experiências, acarretando no comprometimento de seu direito mais fundamental, qual seja: o direito à vida.

Fraser (1986), oportunamente, ressalta pelo menos três elementos presentes nas relações desiguais de gênero sustentadas no esquema público-privado: a caracterização do masculino por meio do papel protetor, o que reforça o estereótipo no qual os homens devem proteger as mulheres; em seguida, o papel central do orador-cidadão masculino legitima a atuação dos homens na esfera pública, reforçando a ideia segundo a qual as mulheres são incapazes de atuar deste modo; e, por fim, ao tratar o trabalho não remunerado, tal como a criação de filhos, como atividade de “reprodução simbólica”, reforçando, assim, o confinamento das mulheres à esfera privada, e aumentando (ou perpetuando) o poderio masculino nos espaços público.

Assim, conclui-se que tal prevalência do masculino nos espaços e na vida pública também é decorrente das próprias construções abstratas dos grandes sistemas históricos, e do modo como são desfeitas, já que as fronteiras entre público (espaço da produção e da política) e privado (espaço doméstico) são fronteiras simbólicas e ideológicas as quais pretendem reforçar e justificar o confinamento da mulher (NOVAES, 2015), o que, apesar de não ocorrer de forma absoluta e passiva na atualidade, é um fato incontestável o qual ainda se perpetua nos dias de hoje.

O fracasso em ver a opressão das mulheres como uma problemática da esfera política também resulta em discriminação sexual e em violação aos direitos humanos das mulheres.

Muitas vezes, a subordinação feminina é tão profunda que ainda é vista como inevitável ou natural, ao invés de ser vista como uma realidade politicamente construída em decorrência de interesses, ideologias e instituições patriarcais, sendo possível afirmar que se a violência e a dominação são uma realidade construída politicamente. Pode-se imaginar a desconstrução deste sistema através de interações mais justas entre os sexos (BUNCH, 1990).

Santos (2006) define a questão dos direitos femininos e o combate à violência contra a mulher como uma necessidade humana fundamental global, considerando que:

[...] o sistema patriarcal colocou as mulheres, no decorrer de sua história, como o maior grupo social oprimido que o mundo já conheceu. As mulheres tiveram que aceitar a violência e a brutalidade dos ataques sistemáticos e contínuos aos seus corpos através de mutilações genitais e nas torturas ideológicas nas suas emoções, sendo tratadas como se fossem um mero objeto sexual e político (SANTOS, 2006, p. 21-22).

O fato é que, as mulheres, ao longo dos séculos, têm sido sistematicamente privadas do exercício pleno de seus direitos, e são submetidas a abusos e violências nos mais diversos espaços da vida social, familiar e doméstica, razão pela qual se tornou indispensável que tais questões fossem colocadas em debate pelos movimentos de proteção aos direitos das mulheres nas pautas de discussões das Nações Unidas e no âmbito nacional de cada Estado.

Sobre a luta em defesa dos direitos das mulheres, cumpre destacar que a necessidade de proteger os direitos humanos, especialmente das mulheres, surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), porém ações isoladas ou coletivas, objetivando o combate à opressão das mulheres foram observadas ao longo dos séculos em diversos momentos da História. O marco inicial da luta das mulheres por seus direitos ocorreu na Revolução Francesa, com os seus ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, os quais inspiraram os movimentos revolucionários na Europa e na América, e significaram o fim do absolutismo real e a separação entre Igreja e Estado, dando lugar aos governos constitucionais, a igualdade civil, e criando o conceito de cidadania. A divisão dos poderes, de Montesquieu, serviu de modelo a outras nações, inclusive ao Brasil. Apesar do inegável papel na luta das mulheres, entretanto, Santos (2006) ressalta que o fruto da mencionada Revolução, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, é dominada pela ideologia do sistema patriarcal, ou seja, os direitos nela previstos referem-se, exclusivamente, ao varão da espécie humana (SANTOS, 2006).

A partir de então, iniciou-se o movimento no sentido das mulheres serem reconhecidas como seres humanos iguais, num mundo masculino. Esta época constitui não só o começo do movimento a favor dos direitos civis e políticos das mulheres como também preparou o

caminho para o primeiro movimento de mulheres em prol da libertação e igualdade. A luta por tais direitos, entretanto, foi severamente reprimida e as líderes do movimento, especialmente Olympe de Gouges, a qual escreveu a Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, pagaram com a guilhotina o alto preço pela semente plantada em prol a dos direitos das mulheres (SCHMIDT, 2012).

Louro (1997) ressalta que, quando se menciona o feminismo (assim entendido como movimento social organizado), esse é usualmente situado no Ocidente do século XIX. Na virada do século, as manifestações contra a discriminação feminina adquiriram uma visibilidade expressiva no chamado "sufragismo", ou seja, no movimento voltado para estender o direito do voto às mulheres. Segundo a autora, o movimento adquiriu uma amplitude inusitada, alastrando-se por vários países ocidentais e sendo posteriormente reconhecido como a "primeira onda" do feminismo (LOURO, 1997). Inicialmente, entretanto, os objetivos mais imediatos do movimento representavam os interesses das mulheres brancas de classe média, e o alcance dessas metas (embora circunscrito a alguns países) foi seguido de uma certa acomodação no movimento. Foi somente no desdobramento do movimento, a saber, a denominada "segunda onda" (iniciada no final da década de 1960), que o feminismo passou a preocupar-se com as construções propriamente teóricas – além das preocupações sociais e políticas iniciais.

Foi nesse contexto que o conceito de gênero, apresentado anteriormente, começou a ser discutido e engendrado, pela primeira vez na história, a partir do debate que se travou entre estudiosas e militantes versus seus críticos e críticas. Segundo Scott (2002), através das feministas americanas o gênero passa a ser utilizado dissociado do sexo, com “o objetivo de rejeitar o determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou diferença social”, e, ao mesmo tempo, categoricamente, ressaltar o caráter social das distinções baseadas no sexo (SCOTT, 2002).

No Brasil, os primeiros movimentos sociais encabeçados por mulheres apareceram publicamente no ambiente do regime militar da década de 70, através da luta pelo direito ao sufrágio. Pinto (2010, p.15) denomina tal movimento como “a primeira onda do feminismo no Brasil”. Álvarez (1990) ressalta como característica elementar do feminismo o fato de defender os interesses decorrentes do gênero ao mesmo tempo em que questiona os sistemas culturais e políticos construídos a partir dos papéis de gênero historicamente atribuídos às mulheres, pela definição da sua autonomia em relação a outros movimentos, organizações e

ao Estado, e pelo princípio organizativo da horizontalidade (não-existência de esferas de decisões hierarquizadas).

Sobre o feminismo, Buarque e Vainsencher (2001) lembram não ser possível compreender a formação de um amplo movimento de mulheres e as conquistas pela igualdade de gênero sem enfatizar a notável e variada contribuição que o movimento feminista vem dando à tomada de consciência do Estado sobre os seus deveres. E, nesta busca de conscientização do Estado, destaca-se que as aplicações práticas de transformar o conceito de direitos humanos a partir da perspectiva feminista precisam ser mais exploradas, incorporando as perspectivas de gênero às questões de direitos humanos. O fato é que a maioria das mulheres, em algum momento da vida, experimentou uma modalidade de abuso proveniente do sexo, raça, classe, nação, idade, preferência sexual, e política, isoladamente ou inter-relacionados entre si, e pouco benefício vem separando-os como reivindicações concorrentes. Ao reconhecer questões como a violência contra as mulheres, no que se refere aos direitos humanos, acadêmicos e ativistas devem agregar as questões das mulheres como questão própria dos direitos humanos.

Sobre a posição da mulher (ou a falta dela) na estrutura de dominação, Pinto (2010) afirma existir uma estreita relação entre a posição ocupada pela mulher na estrutura de dominação e a sua presença na vida política. No Brasil, tal estrutura de dominação tem duas características muito particulares que provocam efeitos profundos nas formas de participação da mulher na vida pública: uma desigualdade social abismal e uma hierarquia rígida em relação ao acesso a direitos. A autora ressalta, entretanto, que tal posição da mulher na estrutura de dominação, apesar dos evidentes e danosos efeitos na exclusão da mulher, não deve ser pensada como um determinante, mas, sim, como um dado fundamental a ser tomado em consideração, tanto na análise do problema como na decisão de ações concretas objetivando transformar a posição das mulheres nos espaços de poder.

Para combater as diversas modalidades de violências perpetradas contra as mulheres, a partir da década de 90, começou-se a destacar os direitos humanos das mulheres do rol dos direitos humanos universais da humanidade, reafirmando o direito à igualdade política, ao exercício dos direitos reprodutivos e a uma vida livre de violência. O fato é que, apesar de já haver tais direitos inseridos nos instrumentos legais produzidos e propagados a partir da Declaração Universais dos Direitos Humanos (1948), as questões referentes à violência cotidiana a qual estão submetidas as mulheres e a proteção aos seus respectivos direitos permanecia invisível. Muito embora até os constitucionalistas tratem o direito das mulheres

como uma espécie de derivação, ou melhor, especialização dos direitos humanos fundamentais. Sarmiento e Cavalcanti (2009) justificam tal postura pela constatação empírica de que as mulheres se encontram em situação de hipossuficiência nas relações sociais e políticas.

Neste sentido, é importante destacar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pelas Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, introduziu uma concepção ampla de direitos humanos ao considerar todas as pessoas titulares de direitos, independentemente de sua condição social, sexo, credo político ou religioso, raça / etnia. Ocorre que as mulheres foram excluídas do exercício de tais direitos, e permaneceram, por décadas, historicamente discriminadas, posto que se entendia a violência contra a mulher como um fenômeno inerente às relações entre mulheres e homens e não cabia ao Estado ou à sociedade intervir diretamente.

Considerava-se, então, violação de direitos humanos somente atos de violência policial ou institucional, não a violência doméstica ou contra a mulher⁸, destacando-se que, nestes casos, a violência fora institucionalizada, também, através dos serviços essenciais prestados pelo Estado, sem considerar, no atendimento, as peculiaridades e as necessidades específicas da mulher, pelo fato de ser mulher.

Décadas mais tarde, a Convenção para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW), realizada em 1979 pela ONU, trouxe relevantes contribuições ao conceituar, em seu artigo 1º, a discriminação contra a mulher como:

toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (ONU, 1979, p. 20).

Em que pese a realização da CEDAW, tão somente em 1993, com a realização da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, os direitos humanos das mulheres ganharam efetivamente visibilidade, e foram discutidos e devidamente reconhecidos. O documento produzido na Conferência, a *Declaração de Direitos Humanos de Viena*, em seu parágrafo 18, afirma categoricamente que os direitos humanos das mulheres e

⁸ ONG Saúde, Gênero e Direitos Humanos. *O reconhecimento dos direitos humanos das mulheres*. Disponível em: <<http://mulheres.org.br/v1/violencia/artigos13.html>>. Acesso em: 08 mai. 2017.

das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais⁹. Em dezembro do mesmo ano, a ONU aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher e, em 1995, tal conquista foi confirmada na Plataforma de Ação de Beijing, documento aprovado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher.

Do mesmo modo, os dispositivos da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – também conhecida como Convenção do Pará, datada de 1994, e ratificada pelo Brasil em 1996, reconhecem a violência contra a mulher como violação aos direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como impeditiva, total ou parcialmente, do gozo e exercício de direitos e liberdades. A violência contra a mulher é definida, pela referida convenção, como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. Ainda de acordo com a convenção, a violência contra a mulher abrange as violências física, sexual e psicológica ocorridas no âmbito doméstico e público, inclusive as perpetradas pelo Estado ou seus agentes.

Segundo consta do preâmbulo da mencionada Convenção, os seus Estados-Partes reconhecem a violência contra a mulher como ofensa a dignidade humana e é manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens, ao passo que afirmam que a violência contra a mulher permeia todos os setores da sociedade, independentemente de classe, raça ou grupo étnico, renda, cultura, idade ou religião, e afeta negativamente as suas próprias bases. Ainda, prevê a eliminação da violência contra a mulher como condição indispensável ao seu desenvolvimento individual e social e sua plena e igualitária participação em todas as esferas de vida, bem como a adoção da convenção é necessária para prevenir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher.

Dessa maneira, constata-se que discorrer sobre direitos humanos das mulheres vai além de apontar quais são as competências estatais, quando e como atuar, diante de determinadas violações. Requer uma abordagem crítica e, nesse sentido, complementa as políticas de *gender mainstreaming*¹⁰. Bunch (1990) aponta que, para se discutir direitos

⁹ Art. 18 da Convenção de Viena (1993): Os Direitos Humanos das mulheres e das crianças do sexo feminino constituem uma parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais. A participação plena das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural, aos níveis nacional, regional e internacional, bem como a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, constituem objetivos prioritários da comunidade internacional.

¹⁰ A expressão *gender mainstreaming*, proposta pela primeira vez em 1985 na Conferência Mundial sobre a Mulher, é muito utilizada no campo das políticas públicas e em relações internacionais, em tradução livre significa a “integração da perspectiva de gênero”, e pode-se dizer que é a abordagem pluralista que valoriza a

humanos das mulheres, é indispensável discutir direitos humanos nas relações internacionais, diante das implicações morais que possuem, e tendem a criar uma coesão entre os Estados, construída a partir de compromissos legais internacionalmente assegurados. É importante destacar, entretanto, que apesar de amplamente aceitos, seu escopo/alcance não é universal, como pretende a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual prevê em seu artigo 2º:

Artigo 2º:

Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição¹¹.

A Constituição da República brasileira, datada de 1988, pode ser considerada importante marco da democracia do país e na conquista dos direitos das mulheres, em virtude do reconhecimento de direitos individuais e sociais das mulheres, previsão até então inexistente no ordenamento jurídico pátrio, bem como em razão da previsão de ratificação de tratados e acordos internacionais que tratem dos direitos humanos – inclusive dos direitos humanos das mulheres, os quais passam a integrar o ordenamento jurídico pátrio com *status* de norma constitucional, e com aplicação imediata a partir da ratificação (SOHSTEN; BARROS, 2014).

Sobre tais direitos das mulheres, destaca-se o reconhecimento da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito¹², ao passo que no artigo 5º a nossa Carta Magna prevê a igualdade entre homens e mulheres como direito fundamental:

Artigo 5º: todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e a propriedade, nos termos seguintes:

I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1998).

Dessa maneira, da união dos dois princípios mencionados – quais sejam, princípio da dignidade da pessoa humana e princípio da igualdade, é possível extrair as principais balizas para a garantia do absoluto respeito à mulher, enquanto mulher, nos termos da legislação vigente (SOHSTEN; BARROS, 2014). No que se refere especificamente à dignidade, a sua

diversidade entre homens e mulheres, e representa a avaliação das diferentes implicações para ambos os sexos em ações de política pública.

¹¹ Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 11 jan. 2017.

¹² “Artigo 1º: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de direito e tem como fundamentos:

...

III – a dignidade da pessoa humana” (BRASIL, 1988). Disponível em:

<http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_atual/CON1988.asp>. Acesso em: 10 out. 2017.

observância deve garantir, à mulher, condições existenciais mínimas a uma vida saudável, na qual sejam respeitadas as suas escolhas (o que inclui, por óbvio, as escolhas concernentes ao momento do parto).

A verdade é que a violência contra a mulher é uma das violações aos direitos humanos mais praticadas e ao mesmo tempo mais invisíveis do mundo, capaz de atravessar os séculos perpetuando-se como fenômeno, ainda, longe de ser eliminado, em virtude do silêncio das vítimas e até mesmo do completo desconhecimento de seus direitos. Neste trabalho, o recorte metodológico dar-se-á em face de uma das modalidades, a violência institucional contra as mulheres, perpetrada no âmbito das instituições de saúde.

Por todo o exposto, a conclusão que se pode chegar é que às experiências específicas das mulheres devem ser adicionadas as abordagens tradicionais dos direitos humanos, buscando o exercício pleno dos direitos das mulheres de liberdade e igualdade, incluindo igualdade política. Para tanto, as políticas governamentais precisam atuar objetivando o fim das disputas políticas e culturais construídas contra as mulheres, de modo a acabar com a perpetuação dos atos violentos no seio da sociedade, e também no âmbito da prestação de serviços, evitando as práticas de violência institucional. É relevante lembrar, também, que o conceito de direitos humanos não é estático e que o seu significado pode ser expandido à medida que as pessoas repensam as suas necessidades e esperanças em relação ao que esperam dele.

2.4 Direitos humanos, intervenções sobre o corpo da mulher e a medicalização do parto

Após todas as considerações apresentadas sobre os direitos humanos da mulher, torna-se imprescindível discorrer, também, acerca da liberdade sobre o seu corpo, principalmente sob a ótica da intervenção estatal quando em choque com os direitos individuais ou com o direito à vida da mulher, especialmente os direitos sexuais e reprodutivos, considerando que “falar de direitos humanos é tratar da própria emancipação humana, da liberdade, do fim da opressão e, por consequência, da efetivação do direito à vida digna” (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 159).

Como se sabe, o Brasil adota o modelo de Estado Social, o qual assegura, aos cidadãos, todos os direitos sociais, além dos conhecidos direitos civis (BONAVIDES, 1993). Por esta razão, em tese, é dever do Estado regular as relações e situações delas decorrentes através da elaboração de normas jurídicas, além da sua atuação mediante políticas públicas de promoção de tais direitos, com o objetivo de garantir a efetividade da legislação vigente, agindo ora de forma omissiva, deixando de interferir na esfera individual do cidadão, ora atuando de maneira comissiva, com o fito de resguardar os direitos existentes.

Para Alecrim, Silva e Araújo (2014), a autonomia é uma ética humana que ajuda na harmonização dos interesses sociais e individuais, sendo considerada um dos pilares da dignidade humana, e, portanto, não deve ser confundida com individualismo, o qual representa a postura do indivíduo que vive exclusivamente para si, desprovido de empatia e solidariedade.

A atuação do Estado, portanto, ainda que legitimada pelos princípios do Estado, e objetivando a efetivação de direitos, não deve limitar de maneira arbitrária os direitos individuais da mulher, tampouco a sua liberdade e autonomia, especialmente no momento do parto, e ao longo de seu ciclo gravídico-puerperal. Infelizmente, porém, a realidade demonstra que os direitos sexuais e reprodutivos, no período mencionado, acham-se amoldados por um Estado ainda conservador, o qual subtrai a autonomia da mulher, e ao mesmo tempo impõe modelos de conduta e ações que terminam por atingir, de maneira danosa, a esfera individual da gestante-puerpera (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014). Tal situação é agravada quando se analisa a situação das mulheres de baixa renda, usuárias dos serviços públicos de saúde, haja vista já se encontrarem em privação de diversos outros direitos, até mesmo da dignidade humana.

Ainda assim, é importante que sejam respeitadas integralmente todas as decisões da mulher no que se refere ao seu parto e puerpério, bem como seja garantido o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, tendo em vista que:

A mulher possui seu direito de autodeterminação, em situação digna, é capaz de decidir quanto aos seus direitos; ela deve ser vista como sujeito da sua história, dos seus desejos e não como um mero meio de atuação estatal na criação de políticas de planejamento familiar, por exemplo (ALECRIM; SILVA; ARAÚJO, 2014, p. 169).

Vieira (1999) afirma que as intervenções da medicina no corpo feminino iniciaram-se a partir do Séc. XIX, após a consolidação do seu uso como área do conhecimento e da prática médica, apoiada inicialmente pelas teses de higiene social. No Brasil, tal processo

intervencionista aconteceu a partir da expansão de serviços e programas operados pela rede de serviços da saúde pública, visando à saúde materno-infantil (VIEIRA, 1999), especificamente a partir da criação do grupo materno-infantil pós-64, o qual apareceu no documento Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A partir de então, e com o passar dos anos, o Governo investiu em diversos programas de assistência ao parto, puerpério, programas de amamentação e nutrição, e até mesmo políticas de conscientização e controle da natalidade, os quais surgiram paralelamente aos movimentos sociais organizados de mulheres, muitas vezes questionando se os programas de atenção à saúde da mulher, de fato, traziam-na para o centro da atenção e do cuidado em razão do protagonismo inerente a este momento peculiar de suas vidas, ou se buscavam interferências indesejadas em seus direitos sexuais e reprodutivos.

Nagahama e Santiago (2005) ressaltam que a mudança do enfoque em relação à regulação da fecundidade fora um fenômeno mundial, partindo principalmente dos Estados Unidos, os quais se mostraram preocupados com o crescimento populacional no Terceiro Mundo, fomentando informações sobre os benefícios do controle da natalidade, fornecendo métodos contraceptivos, e, por fim, derrubando barreiras legais no que se refere às atividades de controle da fecundidade, e, conseqüentemente, às intervenções não apenas no corpo, mas na vontade da mulher.

Alecrim, Silva e Araújo (2014) questionam se, de fato, é dever do Estado atuar na proteção do direito à vida, o qual, por ser requisito à aquisição de diversos outros direitos, passa a ter precedência sobre os demais. Ainda, destacam que a dignidade da pessoa humana serve como norte às interpretações normativas, razão pela qual deve ser analisada juntamente ao princípio da proporcionalidade, quando da existência de conflitos.

Exemplo corriqueiro da intervenção estatal no período do ciclo gravídico-puerperal acontece através da chamada “medicalização” da gestação, no momento em que todo o período deixa de ser visto como um evento natural, e passa a sofrer interferências e atuações excessivas por parte das equipes médicas. Elisabeth Meloni Vieira afirma que o processo de medicalização do corpo feminino passa, necessariamente, pela ideia de que existe uma natureza biológica dominante da condição feminina, sendo, a medicalização, o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, de forma a assegurar conformidade às normas sociais (VIEIRA, 1999). Para a autora, a medicalização do corpo feminino é um dispositivo social que relaciona questões políticas aos cuidados individuais do

corpo da mulher, normalizando, regulando e administrando todos os aspectos pertinentes à reprodução humana (VIEIRA, 1999).

Pode-se afirmar, também, que o processo intervencionista existente no parto foi agravado, quando, na segunda metade do século 19, os obstetras passaram a defender a hospitalização do parto e a criação de maternidades. A partir daí, o parto deixou de ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença e interferência de outros atores sociais, haja vista que nos hospitais, assim como nas demais instituições ligadas ao Estado, o poder é regido por saberes soberanos, ou seja, um conjunto de técnicas, normas de conduta e práticas institucionais que acabam por medicalizar o procedimento e institucionalizar o paciente (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Dessa maneira, pode-se afirmar ser a medicalização do processo de parir um subterfugio das instituições e do Estado pretendendo uniformizar procedimentos e condutas médicas, de modo a desrespeitar a vontade individual das mulheres, bem como as peculiaridades determinantes de cada caso isolado. Pode-se até mesmo afirmar que a instituição “hospital” é parte estratégica do exercício da dominação. Nagahama e Santiago descrevem tal circunstância, pertinentemente, como “uma estratégia de implantação da hegemonia institucional sobre o corpo feminino, exercidas através de políticas de saúde e das práticas de atenção médica” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p.652).

Assim, a partir desta medicalização, o corpo feminino, e especialmente o processo de parir, passou a sofrer intervenções desnecessárias, e a mulher passou a ser alvo das mais diversas modalidades de agressões físicas e psicológicas, atualmente reconhecidas como hipóteses de violência obstétrica.

3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em que pesem as diversas modalidades de violência mencionadas, às quais estão submetidas diariamente as mulheres, tornou-se indispensável à discussão sobre a violência encontrada no seio das instituições de saúde, também conhecida por violência institucional, especialmente quando acontece durante o ciclo gravídico-puerperal, a qual vem gradativamente ganhando força em razão da crescente visibilidade do problema da violência de gênero já mencionado. Mesmo quando esta “violência” é referida apenas àquela que ocorre na esfera doméstica e das relações amorosas, quando ela ocorre durante o ciclo gravídico-puerperal pode ser considerada uma das faces menos conhecidas e mais trágicas do fenômeno da violência de gênero, implicando em consequências graves para a saúde física e mental das mulheres (DINIZ, 2001).

A violência durante o ciclo gravídico-puerperal era, até recente, considerado um assunto marginal da área de saúde, e, embora, o termo seja relativamente novo, utilizado pela primeira vez pelo médico e presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogélio Pérez D’Gregorio, em editorial do *International Journal of Gynecology* no ano de 2010 (MARIANI; NETO, 2016), a prática de tal tipo de violência, física e/ou psicológica contra a mulher gestante e parturiente data de longos anos.

Logo em seguida, o termo passou a ser utilizado no país, muito embora seu significado tenha permanecido invisível, e ao mesmo tempo as práticas violentas continuaram sendo naturalizadas por profissionais da saúde, por gestores, pela população em geral, e até mesmo pelas gestantes (em decorrência do completo desconhecimento de seus direitos). Tal invisibilidade dificultava a discussão e o planejamento de ações de enfrentamento, tendo em vista que a sociedade não compreendia exatamente tal modalidade de violência. Ainda, tanto a mídia tradicional quanto a coletividade questionavam ativistas, profissionais da saúde e pesquisadores sobre o conceito da expressão violência obstétrica. O fato é que, nos primórdios da década de 2010, a compreensão do conceito ainda estava muito circunscrita aos grupos de alguma forma envolvidos no movimento em prol da humanização do parto. No geral, não havia compreensão do conceito, não eram reconhecidas as práticas envolvidas, o que contribuía para a desconfiança e a descrença da real existência de qualquer tipo de violência impetrada contra as mulheres nas instituições de saúde (SENA; TESSER, 2017).

O conceito internacionalmente aceito de violência obstétrica define-a como a violência decorrente de qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera, ou ao seu bebê, praticado sem o seu consentimento explícito e/ou desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências¹³.

Carafazi (2014) relata que a violência obstétrica engloba tipos diversos de submissão física e psicológica, as quais envolvem desde a gestação (inclusive abortamento) até o pós-parto, caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, perpetrados pelos profissionais de saúde, em virtude de tratamento desumanizado, abuso de medicamentos, patologização de procedimentos naturais, os quais acarretam na perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente acerca dos seus corpos e sexualidade e que, geralmente, terminam por impactar de modo negativo e irreversível a qualidade de vida das mulheres.

A violência obstétrica também pode ser caracterizada pela submissão feminina, pela impunidade dos profissionais da área de saúde e pelo silêncio das violentadas (CARAFAZI, 2014). Uma das questões mais delicadas relacionadas ao tema é que muitas vezes as mulheres, vítimas desta forma de violência, não perceberem a sua prática, pois, por uma questão cultural, o parto ainda é visto no Brasil como um momento de “dor necessário” (PAES, 2015).

Destaca-se, ainda, o impacto causado por tais práticas, tão danoso à saúde feminina ao ponto de ser responsável por um ano perdido a cada cinco potenciais anos de vida saudável pela população feminina (HEISE, 1994; WORLD BANK, 1993 *apud* DINIZ, 2001). Contrariando o senso comum de que a mulher atravessa um período sagrado, inviolável e intangível enquanto gera uma vida em seu ventre, a violência contra ela não diminui necessariamente na gestação, chegando, em muitos casos, a piorar em intensidade ou frequência (DINIZ, 2001).

Fabiana Paes ressalta a polêmica trazida pelo termo violência obstétrica, razão pela qual, através dos anos, foram sendo utilizadas outras expressões simbolizando o mesmo fenômeno, no objetivo de diluir a força do termo, quais sejam: “direitos humanos no parto”, “prevenção e eliminação de abusos no parto”, “maus-tratos no parto” ou “violência no parto”. Independentemente do termo utilizado, entretanto, é preciso dar visibilidade a esta forma de

¹³ Fundação Perseu Abramo (2013). *Violência no parto: Na hora de fazer não gritou*. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

violência contra a mulher (PAES, 2015). Cumpre esclarecer, entretanto, que, anteriormente, as práticas consideradas violentas ocorridas no âmbito da assistência ao parto eram consideradas exclusivamente como hipóteses de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades”.

Diniz acrescenta outros termos também utilizados como sinônimos, a saber: “violência de gênero no parto e aborto”, “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “desrespeito e abuso”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”, “abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto”, entre outros (DINIZ; SALGADO; ANDREZZO; CARVALHO; CARVALHO; AGUIAR, 2015). Assim, conclui-se que, apesar do tema ser recente, ou até mesmo um novo campo de estudo, o termo “violência obstétrica” é o mais utilizado para descrever as diversas práticas violentas, já antigas, ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento.

Buscando o combate a tais situações violentas, de maneira complementar e decisiva, o movimento de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto, entre as décadas de 1980 e 1990, passou a denunciar casos de violência institucional, a qual, então, passou a ser melhor investigada no Brasil, razão pela qual Sena e Tesser (2017) ressaltam a necessidade de mencionar a ação dos movimentos sociais para a compreensão do tema, posto que somente após a divulgação do resultado das investigações realizadas pelos movimentos sociais de mulheres, passou-se a problematizar coletivamente a questão numa escala antes nunca vista.

Foi, portanto, o movimento das mulheres quem começou a utilizar, no Brasil, a expressão “violência obstétrica”. Somente mais tarde tal termo foi adotado pela produção científica nacional. Assim, é possível afirmar que a “violência obstétrica” possui três aspectos inter-relacionados: os direitos de gênero, referindo-se ao tratamento igualitário a ser conferido às mulheres; direito à saúde, como prerrogativa da cidadã de exigir, do Estado, a assistência básica à saúde, e por fim, os direitos humanos, aqui compreendidos todos os direitos individuais, indispensáveis dos seres humanos. Importante ressaltar, entretanto, que diversos países da América Latina igualmente utilizam o termo mencionado.

A verdade é que a crise crônica da obstetrícia, que vem se desenrolando há séculos, atingiu um estado agudo, e a revolução buscada não será desencadeada apenas pelos profissionais da obstetrícia, ou demais especializações médicas; a natureza do trabalho de parto e o parto em si serão cada vez mais entendidos como sendo um processo cerebral involuntário, podendo ser estudado com muito mais acerto, por exemplo, por aqueles

preocupados com as mudanças fisiológicas da consciência. No entanto, é fato notório que os mais potentes propulsores dessa revolução serão as próprias mulheres (ODENT, 2002).

Ainda, é flagrante o modo como as mulheres têm se apropriado da temática da violência obstétrica, levantando as discussões necessárias à proteção de seus direitos em momento tão íntimo e importante. Tal movimento social de retomada do protagonismo da mulher no momento do parto, inclusive, traz à tona a relevância e urgência de serem adotadas medidas efetivas de combate a tal modalidade de violência (SOUSA, 2015).

Sobre as raízes profundas da violência obstétrica, destaca-se que, no passado, os mistérios do nascer, adoecer e morrer faziam parte dos assuntos da mulher. Aos homens, somente em torno do século XVI, com o avanço da medicina, e a sua conseqüente valorização social, abrem-se as atividades anteriormente monopolizadas quase sempre pelas mulheres (LUCENA, 2014). A partir da expansão do trabalho médico nas áreas da Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria, as curandeiras e parteiras vão sendo secundarizadas em seu saber. Tal desenvolvimento da obstetrícia como conhecimento médico ocorreu em meio a conflitos entre médicos e mulheres, e trouxe como conseqüência, entre outras questões, a perda do controle da mulher sobre o seu corpo, o qual passa a ser alvo de padronizações, e, portanto, medido, apalpado, agredido e normatizado pelas novas formas autoritárias de relação médico-paciente. Pode-se afirmar, inclusive, que a esfera da saúde vem se constituindo historicamente como um campo disputas de interesses nos quais o movimento das mulheres busca a reintegração do conhecimento e do controle dos seus corpos, que lhes foram usurpados (LUCENA, 2014).

Sobre a medicina moderna, Foucault (1977) afirma que foi ela própria quem determinou a sua data de nascimento, nos últimos anos do século XVIII, no momento em que reflete sobre si, identifica a origem de sua positividade como retorno, acima de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido; a relação entre o visível e o invisível, então, necessária a todo saber concreto. Para o autor, a medicina simplesmente mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu próprio domínio.

Especificamente em relação à moderna obstetrícia, Odent destaca que nasceu na França do século XVII e, no momento em que os médicos entraram na sala de parto e assumiram o papel tradicionalmente ocupado pelas parteiras, iniciou-se a desvalorização da sensibilidade e do papel de protagonistas das mães (ODENT, 2002), completando com a constatação de que, atualmente, todo o conjunto de procedimentos obstétricos reflete similarmente a degradação do papel da mulher no parto. A partir daí, foi exigido das mulheres

que dessem à luz deitadas de costas para facilitar o emprego de fórceps e demais instrumentos pelos médicos. Assim, é possível concluir ser, a história da obstetrícia, fundamentalmente a história da exclusão gravídica das mães do seu papel central no processo do nascimento, e, portanto, devolver o parto às mulheres não se trata de uma ambição pequena (ODENT, 2002).

Vieira (1999) corrobora este entendimento, afirmando que, por quase três séculos, os médicos se prepararam para ocupar o lugar das parteiras e efetivamente transformar o parto em um evento médico. Segundo a autora, a medicalização do corpo feminino se estabelece efetivamente por volta do século XIX, em meio aos discursos de exaltação da maternidade, muito embora, ressalte, o processo tenha se iniciado mais de trezentos anos antes (VIEIRA, 1999).

O monopólio do saber médico pelos homens fez com que o acesso das mulheres ao ensino médico no Brasil ocorresse, apenas, a partir de 1889. Todo o conhecimento empírico expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de sua suposta neutralidade, a qual, por meio do poder médico, exerce o controle social sobre o gênero feminino, em que pese o fato de ser, esta profissão, e em particular esta especialidade, eminentemente masculina em nossa sociedade (VIEIRA, 1999), gerando, invariavelmente, normatização e padronização de procedimentos os quais variam bastante de caso a caso.

A história da obstetrícia relata ter, o procedimento de parir deitada, começado quando Luís XIV fez com que a sua amante tivesse o parto nesta posição afim de que ele pudesse assisti-lo detrás de uma cortina. Desde então, o obstetra, com instrumentos em punho e pleno controle da situação, passou a se posicionar frente à mulher, passiva em sua posição supina. A passividade forçada imposta à mãe tornou-se universal nas sociedades industrializadas (ODENT, 2002).

Daí a origem do termo Obstetra, derivada do latim *ob + stare*, e significa “em pé, estar diante”, “em frente a”, “mórbido, tétrico” *tetricum*. Já a palavra “médico” vem do latim *medicus*, oriundo de *mederi*, significando cuidar, tratar. Para Lucena (2014), curar foi concebido como dom sobrenatural e não ofício a se aprender. O resgate histórico sobre os processos de saúde da humanidade traz a importância da magia e da religião, bem como das marcas de gênero, de raça/etnia e de classe social (LUCENA, 2014), ao passo que o termo obstetra revela um dos aspectos da apropriação de tal área do conhecimento, em razão da ocorrência de situações as quais tecnicamente não dominavam (VIEIRA, 1999). Nesse ínterim:

(...) a medicina é opressiva para as mulheres. Antes de tudo porque entre o médico e o paciente em geral, existe uma relação mercantil: o paciente é para o médico um objetivo de exploração, e frequentemente de extorsão e, principalmente para a mulher; basta pensar no ignóbil mercado de abortos clandestinos. Depois, temos a relação clássica, que não depende só do fato de que o médico seja de uma origem mais ou menos burguesa, mas também do “saber” que o médico detém e faz dele um agente autoritário: e isto, no geral, pesa mais no confronto com a mulher, via de regra, mais limitada que o homem ao acesso à escola, aos estudos superiores, às profissões qualificadas (BERLINGUER, 1980, p.27, *apud* LUCENA, 2014, p. 51).

Michel Odent afirma: “a visão convencional de nascimento interpreta a questão como um “problema médico”, o qual requer soluções técnicas, e contribui para uma crescente dependência em drogas farmacêuticas, monitoramento eletrônico e intervenção cirúrgica” (ODENT, 2002, p.6). Odent conclui: “o parto, longe de ser uma “questão médica”, é uma parte integral da vida sexual e emocional da mulher” (ODENT, 2002, p.8), ao passo que afirma ter, a ideia de humanizar o parto, ganhado força em muitos lugares diferentes ao redor do mundo. Frequentemente, pequenos e isolados centros de saúde e de inovação se concentram mais nas pessoas do que nos aspectos médicos e técnicos do nascimento. Eles envolvem pessoas externas à principal corrente da medicina ocidental, das mais diversas áreas do conhecimento, e ao mesmo tempo, parteiras e pediatras em todo o mundo demandam maior consciência das verdadeiras necessidades das mães e recém-nascidos, chamando atenção para como estas necessidades têm sido ignoradas ou esquecidas pela corrente predominante no saber médico (ODENT, 2002).

Sobre o início do combate à violência obstétrica, as primeiras denúncias de violência no parto ocorreram na década de 50, nos Estados Unidos, através de publicação na *Ladies Home Journal*, revista direcionada às “donas de casa”, a qual publicou uma matéria intitulada “Crueldade nas Maternidades”. O texto descrevia como tortura o tratamento recebido pelas parturientes, submetidas ao sono crepuscular (*twilight sleep*, uma combinação de morfina e escopolamina), e produzia sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Os profissionais colocavam algemas e amarras nos pés e mãos das pacientes para que elas não caíssem do leito e com frequência as mulheres no pós-parto tinham hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. A matéria denunciou, também, as lesões decorrentes dos fórceps usados de rotina nos primeiros partos, em mulheres desacordadas. A publicação teve grande repercussão, com o aparecimento de diversos depoimentos semelhantes, motivando importantes mudanças nas rotinas de assistência e a criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia (DINIZ; SALGADO; ANDREZZO et al, 2015).

No Reino Unido, por seu turno, a partir de 1958, iniciou-se um movimento de combate às práticas mencionadas, com a criação de uma *Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas*. A convocação para fundação dessa sociedade, publicada originalmente no jornal *Guardian*, afirma, resumidamente, que as mulheres, quando vão parir, enfrentam ambientes hostis, solitários e ao mesmo tempo desprovidos de privacidade (DINIZ; SALGADO; ANDREZZO et al, 2015).

Anos mais tarde, na década de 70, dentro do movimento de mulheres, passa a haver um crescente reconhecimento de que, mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, esta era vivida em condições de opressão, relacionadas ao controle social das grávidas. Segundo Diniz, as mulheres se viram tratadas não como pessoas, com necessidades adicionais e singulares, mas sim como embalagens do feto, as quais poderiam ser submetidas a todo um conjunto de intervenções institucionais, em especial no campo da medicina, muitas das quais, irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa (DINIZ, 2001).

Lindgren Alves lembra que, com a entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho em escala planetária (inclusive nas instituições de saúde) e com a crescente presença delas na vida pública, política e econômica, em muitos países, bem como pela conquista das legislações de apoio à maternidade e pela afirmação de seus direitos reprodutivos e sexuais, o movimento de mulheres modificou, em quase todo o mundo, a maneira de pensar sobre o tratamento despendido, e sobre o comportamento de todos (ALVES, 2005).

Dessa forma, conclui-se que as questões do nascimento passaram a pertencer aos mais diversos ramos do conhecimento, os quais passaram a atuar em conjunto, especialmente no final da década de 80 e no início da década de 90, quando médicos, enfermeiras obstetrias, usuárias, formuladores de políticas, diretores de serviços, grupos de mulheres, pesquisadores, acadêmicos, entre outros, uniram-se e fundaram a Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). No Brasil, o movimento pela humanização do parto iniciou-se de maneira desordenada, através de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, todas focadas em ressignificar a assistência e atuar de acordo com diferentes modelos, menos tecnocráticos e mais centrados na figura da mulher (SENA; TESSER, 2017).

Com o passar dos anos, o movimento pela humanização do parto e do nascimento, respaldado pelo conjunto de recomendações da OMS, expandiu-se e ganhou reconhecimento, passando, os membros da REHUNA, a ter amplo acesso às instâncias governamentais, e possibilitando, assim, a contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas em prol das mulheres grávidas e/ou parturientes (HIRSCH, 2015).

Há uma forte rejeição ao termo “humanização do parto” no Brasil por, pelo menos, dois motivos. Primeiro, por aqueles que gostam da proposta mas não do termo, por sua conotação “alternativa”, a qual traduz uma compreensão de que se refere apenas a uma melhor relação humana, perdendo a sua característica de “prática científica”. Esses críticos propõem que, em vez de humanização, seja usado o termo “parto tecnicamente bem conduzido”, porque reproduz as recomendações da OMS (1996) (DINIZ, 2001). Em segundo lugar, Diniz afirma que há objeção, por parte dos que rejeitam a proposta e o termo, por sua associação com uma crítica à assistência: se é preciso humanizar, é porque a assistência é desumana, logo a afirmação indiretamente provoca nos profissionais, sobretudo nos médicos obstetras, muito desconforto, pois questiona seu lugar de maneira radical (DINIZ, 2001).

Diniz (2001), entretanto, lembra que a discussão sobre humanização e direitos humanos tem ocupado um espaço relevante no cenário internacional. Em novembro de 2000, ocorreu a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto (*International Conference on the Humanization of Childbirth*), apoiada por instituições consagradas tais como UNICEF e FNUAP (Fundos das Nações Unidas para Infância e para Assuntos de População), cujos objetivos principais foram discutir como o conceito de maternidade segura pode incluir as questões sobre o cuidado humanizado ao parto; e como o cuidado humanizado à maternidade pode ser promovido como um direito humano.

Kitzinger (1987), por seu turno, inaugura uma corrente de pensamento que propiciou uma nova interpretação da experiência do parto, ressaltando o protagonismo da mulher, e contribuiu para criar uma nova visão sobre o evento, trazendo relevante contribuição para a recuperação do parto como evento sexual, e, ao mesmo tempo, reler as intervenções no parto como formas de violência física e sexual contra a mulher, inaugurando, portanto, as concepções atuais existentes sobre a violência obstétrica.

O tratamento desumanizado conferido às mulheres no ciclo gravídico retrai a capacidade inata do corpo de parir, e tem como consequência uma compreensão falsa de que os corpos femininos não são capazes de suportar o parto, problematizando o processo até se chegar ao limite das interferências médicas no corpo feminino. Sousa pondera ser, o aumento das cesarianas, decorrente do alto número de intervenções, as quais acabam por desumanizar o processo fisiológico a ponto da mulher, a fim de evitar o sofrimento decorrente de tais intervenções, optar por uma cirurgia desnecessária. Como consequência das cesarianas eletivas, pode-se mencionar, além dos graves prejuízos à parturiente (mortes decorrentes de hemorragias, infecções e sepses causadas pela cirurgia), destaca-se também o aumento da

população de recém-nascidos prematuros, com desenvolvimento imunológico incompleto (SOUSA, 2015).

Tal situação alarmante foi, inclusive, reconhecida pelo Relatório 2014 da PMNCH – *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* da OMS, lançado no ano de 2014, o qual denunciou que no Brasil 21% das causas de mortalidade neonatal é a prematuridade¹⁴. Notadamente, os registros brasileiros indicam como consequência dos procedimentos violentos a falsa crença de que as mulheres não possuem condições físicas para o parto normal, estimulando-as a realizarem partos cirúrgicos, elevando os riscos à saúde e à vida da mãe e do bebê.

Segundo dados da Fundação Perseu Abramo¹⁵, a maior parte dos nascimentos no Brasil ocorre por meio cirúrgico, cerca de 53,7% dos partos. Analisando separadamente os dados, constata-se que na rede privada o índice de cirurgias cesarianas alcança 88% dos partos, ao passo que cerca de 46% na rede pública e o percentual de apenas 5% de parto natural (ou seja, sem nenhuma intervenção). Tais dados estão na contramão da recomendação da OMS, a qual entende como aceitável somente 15% por cento dos partos pela cesariana. A mencionada pesquisa constatou que uma a cada quatro brasileiras já foram vítimas de violência obstétrica, o que representa um número alto e alarmante, logo merecedor de atenção especial por parte do Estado.

Analisando os dados da mencionada pesquisa, Sousa (2015) observa que a violência pode ser considerada setorizada, considerando, por exemplo, que o maior número de mulheres índias é impedida de se alimentar ou tomar líquidos durante o parto, ao passo que as mulheres brancas sofrem mais episiotomia (corte no períneo e na musculatura vaginal) do que as negras e pardas.

Alinhada a este movimento ascendente, a Organização das Nações Unidas definiu como o Quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio¹⁶ melhorar a saúde das gestantes e

¹⁴ OMS-PMNCH, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/2014_pmnch_report/en/>. Acesso em: 04 mai. 2017.

¹⁵ Fundação Perseu Abramo (2013). *Violência no parto: Na hora de fazer não gritou*. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

¹⁶ Em setembro de 2000, em decorrência de uma década marcada por conferências e encontros frutíferos das Nações Unidas, os líderes mundiais se reuniram para adotar a Declaração do Milênio da ONU, com oito objetivos a serem alcançados pelos países, quais sejam: erradicar a extrema pobreza e a fome; universalizar a educação primária; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater algumas doenças, entre elas o HIV/AIDS e a malária; garantir sustentabilidade ambiental, e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. ONU, 2000. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

reduzir a mortalidade materna. Por esta razão, o Brasil incluiu, a partir de 2004, programas específicos para a busca deste objetivo. A discussão e reconstrução de um modelo de assistência à mulher pressupõe o respeito a sua individualidade e vontade como parte dos direitos humanos, sendo passível de proteção pelo Estado. Os resultados alcançados, entretanto, não foram satisfatórios e o país, reconhecidamente, não alcançou a meta definida.

Ainda no cenário mundial, o ano de 2010 foi marcado por uma decisão da Corte Europeia de Direitos Humanos, a qual reconheceu a autoridade, a autonomia e o apoio às escolhas feitas pela parturiente como Direitos Humanos – direitos já preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2014, a OMS declarou: “Toda mulher tem direito ao mais alto nível possível de saúde, incluindo o direito à dignidade, o cuidado respeitoso durante a gravidez e o parto”¹⁷, bem como reconheceu a violência obstétrica como questão de saúde pública.

Anos mais tarde, em estudo publicado em junho de 2015, a mencionada Organização, juntamente com a Universidade de São Paulo, pesquisou a violência obstétrica em trinta e quatro países, e mapeou, neles, os tipos mais comuns praticados, tendo o Brasil sido mencionado em diversos momentos do trabalho. Os pesquisadores identificaram maus tratos, violência física ou sexual, preconceito, a discriminação e não cumprimento de padrões exigidos nos hospitais como os principais problemas para mulheres na hora do parto. No Brasil, por seu turno, os tipos mais comuns de violação aos direitos da mulher foram: restrição do acompanhante, contenção física da mulher na mesa de cirurgia e relação ruim entre os profissionais de saúde com a gestante¹⁸.

Em Pernambuco, relatório publicado, também no ano de 2015 pelo Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna/PE, apresentou dados referentes à violência obstétrica após visitas surpresa às maternidades realizadas entre os anos de 2014 e 2015, e constataram os seguintes atos de violência obstétrica reincidentes: ausência de informações às pacientes sobre os procedimentos a serem nela realizados; ruptura de bolsa provocado; deixar a parturiente horas sem alimentação, ou no frio do ar condicionado (quando existente) sem manta/sem espaço, nem permissão para deambular; aplicação de ocitocina endovenosa ou misoprostol, mesmo quando a gestante não quer; agressões verbais tais como grosserias,

¹⁷ OMS (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2017.

¹⁸ OMS (2015). *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*. PLOS Medicine. DOI:10.1371/journal.pmed.1001847.

intimidações e mentiras durante o trabalho de parto; ausência de acompanhantes na hora do filho nascer; imposição da posição para o parto; realização de episiotomias e outras manobras desnecessárias; privação do contato pele a pele com recém-nascido, tampouco amamentação na primeira meia hora de vida como deveria¹⁹.

Ao final do relatório em referência, o CEEMM/PE fez recomendações a diversos atores que podem contribuir, de alguma forma, à erradicação da violência contra a mulher nas instituições de saúde, a saber: a gestores centrais, estaduais e municipais; ao Programa Mãe Coruja, especialmente de Recife; aos serviços visitados; à imprensa; às gestantes e aos profissionais de toda linha de cuidado na assistência materno-infantil²⁰.

Em abril de 2017, a UNICEF também entrou na luta contra os partos cesarianos agendados, as chamadas cesarianas eletivas. A campanha, denominada “quem espera, espera”, defende que o grande número de nascimentos entre a 37^a e a 38^a semana de gestação está associado ao elevado número de cesárias realizadas antes do trabalho de parto espontâneo especialmente na rede particular de saúde, o que reduz as chances de o bebê nascer saudável, ainda que não haja mais risco de prematuridade. Segundo dados da pesquisa, os Estados de Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%) são os Estados com maior número de cesarianas eletivas no país. A UNICEF defende, ainda, que o trabalho de parto é fisiologicamente benéfico para a mãe e para o bebê, pois é neste momento que são liberadas substâncias auxiliares ao amadurecimento do organismo da criança, ao mesmo tempo em que são produzidos hormônios importantes à preparação da amamentação.²¹

No Brasil, para amenizar as dificuldades decorrentes da falta de um conceito sobre a violência obstétrica e de uma legislação específica, diversos órgãos e instituições têm promovido reuniões, consultas e audiências públicas no intuito de regulamentar e levar à população o conhecimento sobre tão importante tema. São exemplos: cartilhas específicas sobre violência obstétrica produzida pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, e sobre Humanização do Parto elaborada pelo Ministério Público do Estado de Pernambuco, bem como as audiências públicas realizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pela Procuradoria da República, respectivamente, sobre redução de cesarianas desnecessárias

¹⁹ *Fazem a gente sofrer*. Síntese dos relatórios das visitas surpresas às maternidades realizadas pelo Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna /PE. Recife: Maio 2015, p. 1.

²⁰ *Fazem a gente sofrer*, 2015, p.4.

²¹ UNICEF (2017). *Quem espera, espera*. Disponível em: <<http://www.quemesperaespera.org.br/>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

entre consumidoras de planos de saúde e sobre os riscos da episiotomia. Recentemente, foi entregue ao Supremo Tribunal Federal um dossiê de alerta para o problema – ainda não apreciado.

Sousa (2015) oportunamente observa a contribuição da violência obstétrica para a manutenção dos altos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, os quais impedem o país de alcançar o compromisso internacional firmado nas metas mencionadas dos ODM. Segundo a OMS, morte materna é morte da mulher durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou situação da gravidez, em decorrência de causas relacionadas ou agravadas pela gestação, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais²².

Nestes parâmetros, no último estudo, realizado no ano de 2015, a taxa de mortalidade materna foi de 69 mulheres por cem mil bebês nascidos vivos. Tal índice coloca o Brasil em posição desconfortável no ranking de mortalidade materna mundial, posto que a OMS considera alta a taxa de mortalidade a partir de 50 mortes por cem mil nascidos vivos (SOUSA, 2015, p.6). Em Pernambuco, segundo dados do Relatório *Fazem a gente sofrer*, a razão é de 70 mulheres para cada cem mil bebês nascidos vivos²³.

Desse modo, se torna imprescindível que as práticas obstétricas no Brasil estejam de acordo com os níveis aceitáveis de intervenção no corpo e na saúde das gestantes, objetivando minimizar ou eliminar as situações de violência pelas gestantes sofridas.

3.1 As diversas faces da violência obstétrica

Sobre os diversos procedimentos violentos realizados frequentemente, para Sousa merecem destaque pelos danos acarretados: a episiotomia, a manobra de Kristeller, a cesariana eletiva e a falta de atendimento nos casos de abortamento, os quais representam procedimentos diretamente relacionados com as *causas mortis* maternas mais comuns no Brasil, quais sejam: infecções e hemorragias decorrentes de procedimentos inadequados no

²² OMS (1995). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. CBCD: São Paulo, 10ª revisão.

²³ *Fazem a gente sofrer*, 2015, p. 3.

parto (SOUSA, 2015). A autora ressalta, ainda, que na maioria das vezes, os procedimentos mencionados são realizados sem o consentimento da gestante, a qual não é, sequer, informada dos riscos a que está sendo exposta, tampouco da necessidade de sua autorização prévia para a realização dos mesmos²⁴.

Detalhando os procedimentos elencados, destaca-se que a episiotomia é a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil do períneo (região entre a vulva e vagina) (DINIZ, 2005), ou até mesmo na direção da perna, realizada durante o parto com o objetivo de, supostamente, ampliar o canal de parto. Ela é rotineiramente utilizada desde meados do século XX. Ocorre que, a partir da década de 80, estudos clínicos começaram a questionar o uso rotineiro do procedimento, razão pela qual, atualmente, já é pacífico o entendimento segundo o qual não existem evidências científicas que comprovem a eficácia desse corte, ao passo que se alerta quanto aos riscos que essa prática expõe às mulheres: dor perineal, edema, maior risco de infecção, hematoma e dispareunia (dor na relação sexual) (DINIZ; CHACHAM, 2006). Em outras palavras, trata-se de uma mutilação desnecessária, modalidade de lesão corporal dolosa.

Por isso, a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de restringir o uso da técnica para que as taxas não ultrapassem os 10%. No Brasil, entretanto, ela ainda é feita rotineiramente e se soma aos demais procedimentos que colocam o país em posição alarmante, diante do que é preconizado pela OMS como boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (DINIZ; CHACHAM, 2006). A pesquisa “Nascer no Brasil”, que foi o primeiro inquérito nacional sobre parto e nascimento, de base epidemiológica, revelou que 53,5% das mulheres que têm seus bebês via vaginal são submetidas à episiotomia²⁵.

Já a manobra de Kristeller, também chamada de técnica de Kristeller, a qual recebeu este nome em homenagem ao seu criador, o ginecologista alemão Samuel Kristeller, é a manobra obstétrica caracterizada pela pressão fúndica, realizada durante o parto, aplicada quando o médico ou a enfermeira faz pressão sobre o abdômen da parturiente como o objetivo de acelerar o parto, e apesar de nitidamente desagradável e dolorosa para as mulheres, até os dias atuais é amplamente utilizada (DINIZ; CHACHAM, 2006). A razão para a sua utilização reside, tão somente, na aceleração do tempo do procedimento. A pesquisa *Nascer no Brasil*

²⁵ *Nascer No Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Disponível em: <<file:///C:/Users/mariana/Dropbox/VO/nascer%20no%20brasil.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

constatou, inclusive, que a mencionada manobra é realizada em mais de 36% dos partos vaginais realizados no país.

A cesariana eletiva, por seu turno, é o parto pela via cesárea, que ocorre de maneira desnecessária e pré-agendada. Faúndes e Cecatti (1991) afirmam que o aumento na incidência de partos pela via cesariana é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo. Não existe, entretanto, nenhum outro país onde a curva de aumento seja tão acentuada, nem as taxas tenham alcançado níveis tão altos, como no Brasil. Diversos pesquisadores buscaram as razões que levam as mulheres brasileiras preferirem o parto cesáreo ao parto vaginal e constataram que a maioria das mulheres declarou preferência pelo parto de via vaginal. No entanto, através de processos como a estimativa exagerada de risco fetal, ou a interpretação da dor materna como uma exigência de cesárea, bem como a consideração de suas agendas e conveniências, os médicos acabam decidindo pela cesárea apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Sobre a falta de atendimento, ou atendimento insatisfatório à mulher nos casos de abortamento, pode-se elencar como uma das razões o fato do aborto ser uma conduta ilícita no país, haja vista o disposto no Código Penal vigente, abrindo-se exceção para as gestações resultantes de estupro, bem como para as hipóteses de risco de morte para a mulher. Ainda, destaca-se que no ano de 2012, o Supremo Tribunal Federal deu sentença favorável à interrupção voluntária da gravidez em casos de má formação fetal incompatível com a vida, como se dá na anencefalia²⁶. Todos os demais casos, portanto, são ilegais e sujeitam a mulher e quem a auxiliou às cominações legais. São, também, fatores que contribuem para falhas em tal atendimento, trazendo complicações e, conseqüentemente, influenciando nas taxas de mortalidade: despreparo dos profissionais e ausência de estrutura para este tipo de atendimento específico nas instituições de saúde (RIBEIRO, 2008). Quanto à questão do despreparo, ressalta-se que muitos profissionais vivenciam, neste tipo de atendimento, dilemas éticos, morais e/ou de objeção de consciência, em virtude de seguirem estritamente a lei, ou a própria religião, ambas condenadoras da prática abortiva (ADESSE; SILVA; BONAN; FONSECA, 2015).

²⁶ Em abril de 2012, o STF julgou procedente a ADPF 54, e declarou a inconstitucionalidade da interpretação do Código Penal segundo a qual a interrupção da gravidez de feto anencéfalo seria conduta típica nos moldes dos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=2226954>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

Vale, ainda, destacar diversos outros procedimentos de rotina, comumente realizados nas instituições de saúde brasileiras, denunciados pelo dossiê *Violência Obstétrica - Parirás com dor*, elaborado pela rede Parto do Princípio para a CPMI de Violência contra as Mulheres²⁷, a saber: a privação de alimentos; a interdição à movimentação da mulher e imposição da posição supina para dar à luz (muito embora existam recomendações da OMS e do Ministério da Saúde, recomendando o incentivo à liberdade da movimentação da mulher durante o parto normal. Apesar de comprovadamente prejudiciais ao trabalho de parto, por prejudicar a dinâmica do parto e a oxigenação do bebê, as posições supina e litotômica ainda são usadas rotineiramente em nosso país)²⁸; tricotomia (raspagem dos pelos pubianos para “higienização” do local); uso rotineiro de ocitocina (hormônio sintético cujo objetivo é a aceleração do parto); não utilização de analgesia quando indicada²⁹.

Destacam-se, ainda, a realização, durante a sutura, de um ponto cirúrgico desnecessário, cuja finalidade é deixar a vagina bem apertada para ‘preservar’ o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto, comumente denominado “Ponto do Marido”, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, os quais se caracterizam por serem realizados sem aviso prévio, tampouco consentido pela mulher, lavagem intestinal, por meio de laxante ou por enema, consiste no esvaziamento total do intestino, com o objetivo de evitar evacuação no momento do parto, e a ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado; os exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento³⁰.

Por fim, é importante falar, também, das modalidades de violências psicológicas, as quais são as ações verbais ou comportamentais que “causem na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”³¹. São exemplos: ameaças, piadas, humilhações, grosserias, ofensas, omissão de informações, ou prestadas em linguagem inacessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais; e o assédio, que também é considerado forma de violência obstétrica quando praticadas pelo profissional de saúde na ocasião do cuidado ao nascimento. Já as violências sexuais, são aquelas passíveis de violar a intimidade ou o pudor da mulher,

²⁷ Dossiê *Violência Obstétrica - Parirás com dor*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2002. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2017.

²⁸ *Violência Obstétrica - Parirás com dor*, 2012, p. 107.

²⁹ Idem, p. 60.

³⁰ Idem, p. 82.

³¹ Idem, p. 60.

“incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo”³²³³.

3.2 A violência obstétrica e as normas vigentes

Em razão da carência de efetividade das normas garantidoras de direitos individuais para a preservação do pleno exercício dos direitos da mulher, diversas instituições internacionais e Estados estrangeiros vêm produzindo normas buscando inibir a violência na assistência ao parto, afim de assegurar uma proteção especial a este período singular da vida da mulher.

Como exemplo, tem-se a Conferência Internacional da ONU sobre a População e Desenvolvimento – CIPD, realizada em 1994, na cidade de Cairo. Entre os vários temas tratados na ocasião, importa-nos para os fins da presente dissertação a abordagem conferida à saúde e aos direitos reprodutivos da mulher, posto que lhes foram dados lugar significativo na sociedade. De acordo com o Ministério da Saúde³⁴ a Convenção do Cairo ressaltou os cuidados com a saúde, ao conferir-lhe papel primordial, focando diretamente no desenvolvimento do ser humano. Com isto, a CIPD transformou o debate populacional, priorizando as questões dos direitos humanos, em detrimento do discurso puramente demográfico.

Outra importante Conferência cuja pauta enfatizou a saúde da mulher foi realizada em Pequim no ano seguinte. Nela, foram reafirmados todos os acordos firmados na Convenção de Cairo, além de terem promovido significativo avanço na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos³⁵. Na ocasião, vários países, inclusive o Brasil, assumiram o compromisso de promover políticas e programas de promoção e desenvolvimento baseados nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos.

³² *Violência Obstétrica - Parirás com dor*, 2012, p. 60.

³³ Vale destacar oportunamente, que em casos nos quais sejam efetivamente recomendados, alguns dos procedimentos relatados deixam de ser hipótese de violência obstétrica para se tratar de intervenções necessárias, objetivando a saúde e bem estar da mãe e/ou do bebê.

³⁴ BRASIL, Ministério da Saúde (2005). *Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília, p.

6.

³⁵ *Idem*, p. 7.

Com o mesmo objetivo, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – também conhecida como Convenção do Pará, datada de 1994, e ratificada pelo Brasil em 1996, a qual, em seu artigo 2º, considera violência contra a mulher aquela cometida por qualquer pessoa e ocorrida em serviços de saúde. Antes da mencionada Convenção, entretanto, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), ratificado integralmente pela República brasileira em 1984, previu:

Art. 12: 1. Os Estados-parte 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 os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-parte 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 (ONU, 1979).

Do mencionado dispositivo é possível extrair a preocupação em proteger os direitos da mulher, eliminando qualquer forma de discriminação sofrida em momento no qual deveria receber atenção e cuidado, bem como assegura acesso a serviços médicos, inclusive em situações de planejamento familiar – tal como o acesso a métodos contraceptivos. Ainda, a Convenção inovou ao garantir à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Destaca-se que, a cada quatro anos, os países signatários da CEDAW necessitam apresentar um relatório periódico, submetendo-se às observações do Comitê, o qual elabora observações conclusivas ou recomendações. Em fevereiro de 2012, o Brasil apresentou seus resultados em Genebra, na 51ª Reunião do Comitê. Nesta ocasião, foi determinado que o país apresentasse, dois anos mais tarde, informações sobre dois temas específicos: saúde e tráfico de mulheres, razão pela qual, em fevereiro de 2014, o Governo Brasileiro apresentou devidamente o seu relatório, cujas recomendações posteriores colocaram o Brasil numa situação delicada quanto à saúde da mulher, em especial quanto à atenção ao parto (PAES, 2015).

Ainda quanto ao desenrolar das atividades do Comitê CEDAW objetivando a promoção e a defesa dos direitos fundamentais das mulheres, tornou-se necessária a

elaboração da Recomendação Geral nº. 19/1992³⁶, segundo a qual toda violência praticada contra a mulher também configura uma forma de discriminação que inibe gravemente a capacidade da mulher de gozar dos direitos e liberdades em relação de igualdade com os homens. Mais tarde, o Comitê elaborou a Recomendação Geral nº. 24/1999³⁷, reafirmando a relação entre o direito da mulher à saúde integral e o direito a uma adequada assistência no parto, e considerou discriminatória a política adotada pelo Estado-Parte que não seja apta a fornecer a prestação de serviços de saúde reprodutiva à mulher, ao passo que julgou inapropriadas as medidas objetivando eliminar a discriminação contra a mulher, caso o sistema de atenção médica não seja apto a fornecer serviços suscetíveis a prevenir, detectar e tratar enfermidades próprias da mulher.

Sobre a legislação brasileira, ressalta-se que a nossa Constituição prevê o direito à vida e à saúde da mulher e de seus bebês (arts. 5º e 196, CF), além das garantias constitucionais já mencionadas de dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), e segurança contra qualquer tipo de violência, constante do capítulo destinado aos direitos sociais, o qual também prevê expressamente como direito social a proteção à maternidade (art. 6º, *caput*, CF). Sousa (2015, p.30) aduz que, considerando ser, o direito à saúde, um dever do Estado conferido a todos, homens e mulheres, sem distinção, o descumprimento das diretrizes de saúde no parto e no nascimento atinge diretamente as mulheres, representando uma modalidade de violência de gênero e, portanto, ferindo o direito à isonomia previsto no artigo 5º da constituição federal.

Para a efetivação de tais direitos, e em virtude das demandas da ONU e de movimentos feministas que buscam a humanização do parto, e que ganharam força nas duas últimas décadas, o governo brasileiro passou a definir políticas públicas cujo alvo é melhorar a assistência e o acesso à saúde de mulheres gestantes, parturientes e puérperas, de modo a garantir o direito fundamental à saúde, com foco na redução da mortalidade materna, indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal.

Dessa maneira, humanizar o atendimento à gestante (especialmente no parto) passou a ser o protocolo preconizado pelo Governo Federal brasileiro para o atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS. São exemplos de portarias que tratam do tema:

³⁶ CEDAW (1992) Recomendação Geral nº. 19. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19>>. Acesso em: 08 mai. 2017.

³⁷ CEDAW (1999) Recomendação Geral nº. 24. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>. Acesso em 08 mai. 2017.

- Portaria 985/1999 (Criação de centros e casas de parto normal);
- Portaria 466/2000 (Pacto pela redução das cesarianas);
- Portaria 569/2000 (Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento);
- Portaria 1.067/2005 (Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal);
- Portaria 1.459/2011 (Institui a rede Cegonha);
- Portaria 2.799/2008 (Institui a rede Amamenta Brasil);
- Portaria 371/2014 (Atenção integral e humanizada ao recém-nascido).

Dentre as portarias mencionadas, merece destaque a Portaria nº. 569/2000, a qual instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo primordial “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”³⁸, e da qual decorreu a elaboração, em 2003, da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), conhecido como HumanizaSUS³⁹, com o objetivo de promover a mudança institucional tanto dos hospitais, quanto das escolas de medicina, incluindo a temática da humanização no debate da saúde, por meio de ações midiáticas e discurso social amplo.

Impactos significativos tiveram também as resoluções normativas nº 368/2015 e nº. 398/2016. A primeira dispõe sobre o direito das beneficiárias dos planos de saúde de acesso à informação acerca dos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico, bem como sobre a utilização do partograma (expressão gráfica do desenrolar do trabalho de parto), do plano de parto, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante, no âmbito da saúde suplementar⁴⁰. A segunda Resolução mencionada, por seu turno, dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetristas pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes e sobre a obrigatoriedade de os médicos entregarem a nota de orientação à gestante.

³⁸ BRASIL, Ministério da Saúde (2002). *Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento*.

³⁹ BRASIL, Ministério da Saúde (2004). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/11-humanizasus/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acesso em 10 out. 2017.

⁴⁰ BRASIL, Ministério da Saúde (2015). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg>>. Acesso em: 26 out. 2017.

Para a efetivação da proteção a tais direitos das mulheres especificamente no que se refere à mulher gestante, parturiente e puérpera, existem, nos seguintes diplomas legais, alguns dispositivos isolados aptos à mencionada proteção: Lei nº. 10.778/03 (lei de notificação compulsória de violência no atendimento médico); Lei nº. 11.108/05 (lei do acompanhante); Lei nº. 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente); Lei nº. 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor); Portarias do Ministério da Saúde e Código de Ética Médica.

Ainda no âmbito brasileiro, atualmente tramitam no Congresso Nacional os projetos de lei nº. 478/2007, nº. 7.633/2014 e nº. 2589/15 e os quais dispõem, respectivamente, sobre o Estatuto do Nascituro e outras providências; sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato; e sobre a criminalização da violência obstétrica. Sobre o último, de autoria do deputado Jean Wyllys, é importante mencionar que no projeto consta um rol de condutas consideradas violências físicas ou psicológicas contra a gestante, parturiente ou puérpera, incluindo a mulher em abortamento como parturiente, e qualquer ação de cunho coercitivo cuja finalidade seja a sua confissão, também será considerada violência. O parágrafo primeiro do artigo 17 do projeto estipula, ainda, a responsabilização civil e criminal para os profissionais que praticarem atos de violência obstétrica. Não há, entretanto, tipificação expressa das condutas criminosas, tampouco a cominação de penas, limitando-se a mencionar, no parágrafo segundo, a aplicação de penalidades administrativas pelos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem.

Por fim, e em contrapartida, o PL de 2015 mencionado, apresentado pelo Deputado Federal Marco Feliciano, dispõe sobre a violência obstétrica exclusivamente sob o viés da sua criminalização, punindo pessoal e individualmente o profissional de saúde cujos atos atentem contra a dignidade da mulher. O projeto, entretanto, falha ao não apresentar nenhuma forma de humanizar a assistência ao parto e combater a violência na esfera institucional e estrutural. Este projeto, além de não enfrentar o problema institucional e estrutural da violência obstétrica, não define quais são as condutas (ações e/ou omissões) condenáveis, razão pela qual, caso aprovado, não terá nenhuma ou quase nenhuma efetividade.

Vale destacar, ainda, a atuação dos Estados e Municípios, valendo-se dos poderes que lhe são conferidos em razão da competência comum de cuidar a saúde pública, constante do artigo 196 da Constituição Federal. Neste interim, a cidade de Diadema foi pioneira da luta do poder legislativo contra a violência obstétrica, tendo aprovado, no ano de 2013, a lei nº. 3363/2013, a qual objetiva a proteção da gestante e da parturiente contra a violência

obstétrica. A referida lei possui, inclusive, em seu artigo 2º, a conceituação da violência obstétrica, qual seja: “Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério”⁴¹.

No mesmo modo, o Distrito Federal, através de sua Câmara Legislativa, promulgou a Lei nº. 5.535/2015, instituindo o Estatuto do Parto Humanizado no DF. A aludida Lei Distrital objetiva assegurar uma melhor assistência às mulheres em seu período gravídico-puerperal tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, incentivando o parto humanizado e a mudança de paradigma institucional. Ainda, inovou ao reconhecer a importância da presença da doula, quando for vontade da gestante, independentemente da presença do acompanhante.

No mesmo ano, a capital da Paraíba, João Pessoa, promulgou a lei nº. 13.061/15, a qual dispõe sobre medidas de informação à gestante e à parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, visando à proteção destas contra a violência obstétrica. A referida lei, além de trazer uma tipificação da violência obstétrica, bem como um rol de condutas a serem consideradas violência verbal ou física, inova ao incluir uma obrigação às empresas operadoras de planos de saúde, qual seja:

Art. 4º: As empresas operadoras de planos de saúde no município de João Pessoa deverão elaborar e confeccionar cartilha contendo, de forma clara, os incisos do art. 3º desta Lei, garantindo a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica e a preservação dos Direitos da Gestante e da Parturiente⁴².

Recentemente, o Estado de Santa Catarina igualmente pretendeu implantar medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica, através da promulgação da Lei nº. 17.097 de 17 de janeiro de 2017, a mais completa e detalhada dentre as leis brasileiras sobre o tema, que considera como violência obstétrica todo ato praticado por médico, equipe hospitalar, ou até mesmo por um familiar ou acompanhante, que ofenda, de modo verbal ou físico, as mulheres gestantes, em trabalho de parto, ou ainda no puerpério. Ainda, elenca diversas condutas violentas as quais devem ser evitadas e combatidas, entre elas: Tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira,

⁴¹ DIADEMA (2013). Disponível em:

<http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313>. Acesso em: 08 ago. 2017.

⁴² JOÃO PESSOA, Lei nº. 13.061, de 17 de julho de 2015. Disponível em:

<<https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1306/13061/lei-ordinaria-n-13061-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-a-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-a-protecao-destas-contra-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-joao-pessoa-2015-07-17>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido; fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ou por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros; não ouvir (dar a atenção devida) as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto; tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz; submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional; deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer; proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível; induzir a gestante ou parturiente a realizar uma cesariana desnecessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê.

A lei catarinense também contemplou casos de negligência, condenando as hipóteses de recusa de atendimento de parto, haja vista ser uma emergência médica, promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local. Ainda, ratificou a lei famigerada lei do acompanhante⁴³, ao dispor que é hipótese de violência obstétrica impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto, ou que se comunique com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante.

Por fim, destaca-se que a mencionada lei também pretende combater violências contra o bebê, ao condenar atos de submissão da mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes; submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar; retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais; não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de dois filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao

⁴³ Lei nº. 11.108, de 7 de abril de 2005, a qual garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Destaca-se, entretanto, que a mencionada lei é sistematicamente violada, sendo negado tal direito na maioria dos hospitais públicos brasileiros.

Sistema Único de Saúde (SUS); tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Há, atualmente, em Pernambuco, dois projetos de lei contemplando o tema da violência obstétrica, a saber, nº. 411/2015, de iniciativa do Deputado Odacy Amorim, o qual trata especificamente da presença de um médico obstetra ou enfermeiro obstetra para acompanhamento do parto humanizado quando o procedimento não ocorra nas unidades de saúde; e o projeto de lei nº. 622/2015, da deputada Raquel Lyra, que prevê a obrigatoriedade de uma assistência digna ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde. Após audiência pública realizada em junho de 2016, profissionais da saúde, pesquisadores e representantes de entidades de proteção aos direitos da mulher sugeriram a retirada de pauta dos projetos em referência, considerando que os modelos neles preconizados não abarcam as questões de violência obstétrica praticadas nas maternidades. Na ocasião, foi mencionada, também, a necessidade de cumprimento das leis já existentes, as quais não são cumpridas pelas instituições públicas de saúde do Estado.

A título de exemplificação, destaca-se a Lei Orgânica sobre os direitos da mulher a uma vida livre de violência da Venezuela⁴⁴, que em seu artigo 51 classifica como violência obstétrica qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres. É latente, entretanto, que o conceito venezuelano apresentado é deveras genérico e impreciso.

Ainda no âmbito internacional, a Argentina estabeleceu, através da Lei nº. 26.485/2009, os direitos da mulher na gravidez, trabalho de parto e pós-parto, o que representou inovação legislativa em defesa dos direitos das mulheres argentinas, haja vista estimular a atuação da gestante como protagonista do parto, e ainda assegura o recebimento de informações, a escolha sobre as possíveis intervenções realizadas e o acompanhamento, dentre outros direitos. Mais tarde, através da Lei nº. 26.485/2009, foi definida na Argentina a violência obstétrica como: “aquela exercida pelos profissionais da saúde, caracterizando-se

⁴⁴ VENEZUELA, Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de 16 de março de 2007. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 17 ago. de 2016.

pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais”⁴⁵.

Por todo o exposto, corroboramos com Sousa (2015) ao considerar que os direitos básicos contidos no contexto do parto e nascimento são, dentre outros, os direitos à dignidade da pessoa humana, à vida e à saúde, porém estão sendo negados a um grupo específico de pessoas, quais sejam, as mulheres em primeiro plano, e as crianças, por conseguinte. Desta maneira, conclui-se que tais violações ocorrem deliberada e reiteradamente pela falta de habilidade técnica dos profissionais de saúde, e pela tolerância omissa dos órgãos governamentais responsáveis pela prestação de tais direitos à população, e pode ser classificada como práticas discriminatórias e violentas à mulher brasileira, constituindo, portanto, violação aos direitos humanos universais (SOUSA, 2015).

Sobre tais violações, em que pese ausência de legislação pátria específica sobre a violência obstétrica e a reparação dos danos por ela causados, Sousa (2015) ressalta que é pacífico o entendimento segundo o qual tais danos podem ser compensáveis mediante indenização no âmbito da responsabilidade civil. São exemplos de procedimentos suscetíveis de gerar danos físicos permanentes ou de difícil reparação, logo passíveis de gerar responsabilização civil: cirurgias cesarianas desnecessárias, episiotomia e manobra de Kristeller. Ainda, destaca-se que, considerando o consenso mundial e as evidências científicas sobre a desnecessidade das mencionadas práticas, gerando, inclusive, diversos prejuízos para a mãe e para o bebê, a conduta dos profissionais que insistem na mencionada prática pode configurar, até mesmo, ilícito penal (SOUSA, 2015), em razão de, apesar do conhecimento quanto aos riscos e prejuízos provenientes do procedimento escolhido, o profissional acaba por assumi-los, enquadrando-se na conduta típica do dolo eventual, constante do código penal brasileiro⁴⁶.

Ainda, os diversos tipos de violência obstétrica também podem ser enquadrados em outros dispositivos da legislação penal, tais como: constrangimento ilegal (artigo 146 do código Penal) e lesão corporal (artigo 129 do Código Penal), sofrendo o agravante de serem praticados por profissionais de saúde (art. 61, II, ‘g’ do Código Penal). Ainda, existe a

⁴⁵ ARGENTINA, Ley Nacional nº 26.485, de 11 de março de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em:

<<http://www.diputados.gov.ar/frames.jsp?mActivo=legislacion&p=http://www.hcdn.gob.ar/legis>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

⁴⁶ “Código Penal: Art. 18: diz-se crime: I – doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo”.

previsão do art. 129, § 1º, inciso IV: “lesão corporal de natureza grave: IV. Aceleração do parto”. De acordo com Pierangeli (2007), acelerar o parto é antecipar o nascimento, ou seja, pôr fim à gravidez antes do termo final desta, nas hipóteses em que o há desde que o feto sobrevive. Caso o feto venha a óbito no útero materno, haverá aborto e a lesão será gravíssima. Deve-se, contudo, observar que em ambas as situações, uma vez estabelecido pela perícia onexo causal entre a agressão e a expulsão, haverá delito. Desta maneira, pode-se concluir que, apesar da ausência de previsão na legislação penal quanto às lesões e aos danos decorrentes da violência obstétrica, o Direito Penal concede às hipóteses de sua ocorrência o tratamento de um agravante dos delitos já contemplados na legislação brasileira, trazendo, assim, um regramento geral sobre a tipificação do crime de lesão de natureza grave ou gravíssima.

Pelo exposto, e diante das reiteradas violações aos direitos humanos das mulheres, ocorridas ao longo do ciclo gravídico-puerperal, em que pese os diversos dispositivos aptos a garantir, à mulher, o exercício dos seus direitos fundamentais, inclusive através de importantes compromissos internacionais assinados e adotados pelo governo brasileiro, gerando obrigações nos seus devidos cumprimentos, conclui-se que o atendimento inadequado concedido à mulher constitui modalidade de violência, apta, inclusive, de ser punida pelo sistema penal brasileiro, mas também suscetível de ser denunciado às Cortes Internacionais, com o objetivo de ver responsabilizado o Estado brasileiro.

Ainda, a revisão do modelo de atendimento obstétrico e neonatal se mostra indispensável, através da implementação de mecanismos eficientes para aplicação das políticas públicas de controle, fiscalização e penalização dos atos praticados, bem como a promoção de ações efetivas de proteção ao empoderamento das mulheres e garantia do exercício pleno de seus direitos, o que envolve, até mesmo, capacitação dos profissionais do Direito (juízes, advogados, promotores, defensores públicos, etc) objetivando uma atuação efetiva para a defesa destas mulheres tanto preventivamente, quanto no ressarcimento dos danos decorrentes da violação aos seus direitos básicos e indisponíveis.

3.3 A violência obstétrica sob a ótica da dominação masculina de Bourdieu

Em virtude de todo o exposto, é possível fazer um paralelo entre as raízes históricas da violência obstétrica e a teoria da dominação masculina elaborada por Bourdieu (2009), em razão do modo como ela é imposta e vivenciada, podendo ser considerada causa da violência simbólica, a qual, segundo o autor, consiste em “uma violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento” (BOURDIEU, 2009, p. 7-8). Ora, o grande problema da violência obstétrica é, pois, a naturalização dos atos atentatórios, o que, muitas vezes, impede que a própria vítima se identifique como violentada, e, portanto, não denuncie a violência sofrida.

Desse modo, a dominação masculina está diretamente ligada às origens da violência obstétrica, haja vista ser, a lógica de tal dominação, residente na própria relação social, exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado. Aqui, pode-se fazer uma analogia com a relação “médico-paciente” a qual gera, em muitos casos, uma relação de dependência e subordinação paradoxal, especialmente pelo fato de envolver um bem de inestimável valor, acima e além de qualquer outra espécie de relação contratual ou de prestação de serviço: a vida, propiciando a existência de uma relação abusiva e cerceadora dos direitos da mulher.

Bourdieu (2009) assevera também que a força da ordem masculina se evidencia no momento em que dispensa justificção: a visão androcêntrica se impõe como neutra e não tem necessidade de se enunciar nos discursos que pretende legitimar. O feminino, diferentemente, necessita, sempre, ser explicitamente caracterizado (BOURDIEU, 2009). Assim, conclui-se que a visão androcêntrica é constantemente renovada e legitimada pelas próprias práticas que determina, em virtude das suas disposições resultarem da incorporação do, assim chamado por Bourdieu, *preconceito desfavorável* contra o feminino (BOURDIEU, 2009). Desta forma, pode-se concluir que a dominação masculina encontra reunidas todas as condições de seu pleno exercício, e, às mulheres, em virtude de todo o contexto no qual estão inseridas, nada mais resta senão confirmar o preceito da primazia universalmente concedida aos homens.

Da mesma maneira, as divisões constitutivas da ordem social, e mais precisamente as relações de dominação e de exploração instituídas entre os gêneros inscrevem-se de modo progressivo em duas classes de *habitus* diferentes, sob a forma de *hexis* corporais opostos, os

quais levam a classificar todas as coisas do mundo a partir da oposição entre masculino e feminino (BOURDIEU, 2009).

Ao final da obra em referência, Bourdieu conclui que a dominação masculina somente pode ser superada através de uma ação política na qual sejam considerados todos os efeitos de tal dominação, a qual é exercida através das estruturas incorporadas tanto entre homens, quanto entre mulheres, e que realizam e produzem não só a ordem masculina, mas toda a ordem social, o que inclui o próprio Estado (BOURDIEU, 2009). Desta maneira, será possível contribuir para o desaparecimento progressivo da dominação masculina, ainda que a longo prazo, e desde que trabalhadas as condições inerentes aos diferentes mecanismos ou instituições referidas, aumentando a participação efetiva das mulheres nos mais diferentes campos de discussão, bem como devolvendo-lhes o protagonismo usurpado nos mais diversos espaços.

Assim, por todo o exposto, a conclusão a que se pode chegar sobre as origens da violência obstétrica sugere que, também ela, apresenta-se como decorrente da dominação masculina denunciada por Bourdieu (2009), e imposta por séculos de dominação, iniciada, no que se refere à gravidez, parto e puerpério, no momento em que os homens assumiram o papel anteriormente ocupado pelas parteiras, e passaram a impor os comportamentos que julgavam apropriados. Com os anos, tais atos violentos passaram a ser corriqueiros e repetitivos, enraizando-se no consciente coletivo da sociedade, de forma que a violência obstétrica é ignorada até mesmo por suas próprias vítimas. O maior problema de tão clara violência de gênero, portanto, demonstra ser a sua naturalização, a qual deve ser combatida e erradicada, passando a ser uma problemática comum a diversos ramos do conhecimento – não apenas da medicina, e cujo combate contra a dominação masculina e às suas consequências em momento tão singular da vida das mulheres já fora iniciada e tem sido impulsionada pela verdadeira protagonista do ato do nascer: a mulher.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Encerradas as seções nas quais foram apresentadas as questões sobre a violência contra a mulher, especialmente aquela existente no contexto institucional, reconhecida por violência obstétrica, retomamos os objetivos almejados pela presente dissertação, de modo a explicar como a metodologia será utilizada a fim de alcançá-los. Inicialmente, destacamos a opção por adotar a conceituação de Marconi e Lakatos, segundo os quais aspectos metodológicos representam o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objetivo, qual seja, conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando, assim, o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2003). Para Minayo (2009), a metodologia detém, simultaneamente, a teoria da abordagem e os instrumentos de operacionalização do conhecimento. Dessa forma, a metodologia pretende delinear o caminho do pensamento e ao mesmo tempo a prática exercida ao se abordar a realidade, no caso da presente dissertação, a realidade existente nos hospitais públicos de Recife.

Oportunamente, destacamos que a metodologia é a espinha dorsal de um trabalho de pesquisa exitoso, representando as exigências científicas de validade e confiabilidade. Desta maneira, se não houvesse a metodologia, não haveria como existir pesquisas científicas, uma vez que “a utilização de métodos científicos não é da alçada exclusiva da ciência, mas não há ciência sem o emprego de métodos científicos” (MINAYO, 2009, p. 83), ressaltando-se que a metodologia de um trabalho é definida a partir dos objetivos por ele propostos. Na presente dissertação, são objetivos gerais investigar a violência sofrida por mulheres no período compreendido entre a gravidez, o parto e o puerpério, o qual, por representar um momento delicado e atípico, merece proteção especial por parte do Estado e dos Poderes Públicos. Ainda, como objetivos específicos do trabalho, pretendemos verificar se as ações de humanização do parto realizadas na Cidade do Recife são aptas a garantir a dignidade humana da mulher no período do ciclo gravídico-puerperal; objetivamos, também, apresentar o combate à violência obstétrica na realidade no Sistema Público de Saúde de Recife.

Para a obtenção dos objetivos mencionados, partimos da hipótese de que o parto atualmente vem sendo encarado como um processo majoritariamente médico-institucional e, portanto, suscetível a intervenções e procedimentos os quais acabam por alienar o protagonismo da mulher na vivência e experiência de seu próprio ciclo gravídico-puerperal. Como consequência, tal procedimento deixa de ser encarado enquanto um evento

social e humano e passa a ser medicalizado, sofrendo diversas intervenções, provocando violências físicas, biológicas e psicológicas – as quais podem gerar danos irreversíveis à vida das mulheres.

4.1 A pesquisa

Sobre o que é a pesquisa, corroboramos com o entendimento de Minayo, ao afirmar ser, a pesquisa, a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, e, apesar de ser uma prática teórica, detém a capacidade de vincular pensamento e ação (MINAYO, 2009). No primeiro momento da presente pesquisa, foi realizada a revisão bibliográfica, conhecida por abranger toda a vasta e diversa documentação tornada pública sobre a temática ora pesquisada, o que inclui, segundo Marconi e Lakatos, publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, e até mesmo meios de comunicação oral: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão (MARCONI; LAKATOS, 2009).

No presente caso, a etapa da revisão bibliográfica da pesquisa teve por finalidade o contato direto com a produção até então existente sobre o tema, elaborada por outros estudiosos, os quais construíram as chamadas teorias. Assim, para a realização da presente pesquisa, as palavras-chaves prioritariamente utilizadas foram: direitos humanos, direitos humanos da mulher, violência contra a mulher, violência obstétrica, violência institucional, violência de gênero, entre outros termos e conceitos encontrados – e pesquisados, no desenrolar do trabalho.

No concernente à natureza, a presente pesquisa configura-se como de abordagem qualitativa-quantitativa nos moldes delimitados por Flick, segundo o qual um estudo poderá incluir abordagens qualitativas e quantitativas nas diferentes fases do processo de pesquisa sem limitar-se, obrigatoriamente, na redução de uma delas a uma categoria inferior ou em definir a outra como sendo a verdadeira abordagem da pesquisa (FLICK, 2009). O autor ressalta, ainda, que a modalidade de combinação das duas abordagens mais utilizada ocorre através da associação dos resultados da pesquisa no mesmo projeto (podendo até ocorrer em projetos distintos), a fim de obter conhecimento mais amplo sobre o tema pesquisado,

comparativamente àquele fornecido por uma única abordagem, bem como a validação mútua das descobertas de ambas as abordagens (FLICK, 2009).

É importante ressaltar, apesar da disputa existente os métodos, que vários autores, entre eles Kirschbaum (2013), sugerem não haver dicotomia entre *quali e quanti*, tampouco serem abordagens excludentes, razão pela qual o pesquisador deve adotar uma postura flexível. O mencionado autor também apresenta os benefícios de, quando possível, a abordagem qualitativa anteceder à quantitativa, em virtude de explicitar os mecanismos causais os quais irão influenciar na coleta de dados e na escolha do ferramental estatístico da abordagem quantitativa (KIRSCHBAUM, 2013).

Corroborando com este entendimento, Silverman explica que existem três maneiras de combinar a pesquisa quantitativa com a qualitativa: utilizar a pesquisa qualitativa para explorar um tema particular, visando montar um estudo quantitativo; começar com o estudo quantitativo para estabelecer uma amostra de respondentes e os contornos do campo, e, em seguida, utilizar o método qualitativo para observar em profundidade uma questão-chave, por meio de algumas das amostragens anteriores; e, por fim, engajar-se em um estudo qualitativo utilizando dados quantitativos com o objetivo de localizar os resultados em um contexto mais amplo (SILVERMAN, 2009).

No caso em comento, a pesquisa encaixa-se na terceira modalidade trazida por Silverman (2009), ou seja, será utilizado o método quantitativo apoiando o qualitativo visando fornecer um quadro mais geral sobre as modalidades de violência obstétrica encontradas nos hospitais ora pesquisados, sendo apresentado o panorama objetivo do tratamento despendido às gestantes à luz das normas vigentes e, ao mesmo tempo, a sua impressão pessoal sobre os procedimentos realizados.

Ressaltamos, ainda, a opção pela divisão prática das etapas da pesquisa, na presente dissertação, apresentada por Minayo (2009), a saber: *fase exploratória; trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental*. Pela primeira fase, entende-se aquela consistente na produção do projeto de pesquisa e demais procedimentos aptos a preparar a entrada em campo; já o trabalho de campo, é definido pela autora como a etapa na qual a prática empírica é levada à construção teórica realizada na primeira etapa. Por fim, a análise e tratamento do material empírico e documental diz respeito ao conjunto de procedimentos destinados a valorizar, compreender e interpretar os dados empíricos, articulando-os com a teoria que o fundamentou (MINAYO, 2009).

Para a realização da pesquisa ora apresentada, foram elaboradas as questões da entrevista, as quais foram estruturadas, seguindo roteiro previamente estabelecido, de acordo com formulário elaborado e aplicado às mulheres selecionadas, que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco. Segundo Marconi e Lakatos, a padronização das questões é fundamental para obter, das entrevistadas, respostas às mesmas perguntas, permitindo “que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas” (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 82 *apud* LODI, 1974, p. 16).

Destaca-se que tal formulário de questões, aplicado pessoalmente pela pesquisadora e por ela preenchido no momento da entrevista, foi construído observando-se os aspectos necessários, tais como estética, o espaçamento entre as questões para redação das respostas, além de itens e subitens indicados com letras ou números.

Sobre a delimitação do campo, após os estudos sobre as novas recomendações da OMS, do Ministério da Saúde, bem como da larga discussão em defesa de novos padrões de respeito à mulher e de humanização do parir no Brasil, foram eleitos o Hospital das Clínicas de Pernambuco, o Hospital Agamenon Magalhães e o IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. A opção por incluir dois grandes Hospitais Escola do Estado decorreu da intenção de verificar se estão sendo aplicadas nos Centros de Formação de futuros médicos as novas recomendações mencionadas; já a escolha pela maternidade do Hospital Agamenon Magalhães partiu do pressuposto que a mencionada instituição vem sendo apontada como referência no atendimento às gestantes no Estado.

No concernente às entrevistas, constituíram o *corpus* deste trabalho cinco gestantes e/ou puérperas atendidas em cada instituição eleita, negras ou brancas, totalizando quinze entrevistadas. A opção por iniciar as entrevistas no período dos exames pré-natal e concluir em momento posterior ao parto decorreu de dois fatores: o primeiro, da necessidade de criar laços de confiança entre a gestante e a pesquisadora, considerando ser, o tema, bastante íntimo e delicado; o segundo fator considerou que, quanto mais próxima, a entrevista da realização dos eventos (consultas e exames realizados), maior a possibilidade de identificar possíveis situações de violência contra a gestante.

Em termos de ajustes metodológicos com relação ao projeto original, entretanto, ressalta-se que, inicialmente, pretendíamos entrevistar, preferencialmente, mulheres grávidas do primeiro filho. Porém, já no primeiro dia de pesquisa de campo, constatamos que o

tratamento despendido à gestante independe de sua experiência anterior, podendo até ser agravada em razão da mulher estar reincidindo na experiência, razão pela qual tal dado deixou de ser um recorte no *corpus* para ser considerada uma categoria de análise, adiante explicada.

Ainda, informamos que, após a primeira fase do campo, realizada no HC e no HAM, constatou-se número significativo de perda de contato com as mulheres após o parto, bem como uma “indisponibilidade” das mesmas para receber a pesquisadora logo após o nascimento do filho (muito embora, cumpra registrar, a informação sobre a necessidade do encontro para aplicação do segundo questionário fora fornecida de modo explícito no contato inicial), razão pela qual, após entendimentos com a orientadora e a co-orientadora, optamos por aplicar o questionário em etapa única, após o parto, na instituição onde o trabalho ainda não havia começado, qual seja, o IMIP. Assim, foram aplicados dois formulários distintos, sendo um para colher as informações a respeito do atendimento recebido pela gestante ao longo do pré-natal, e o segundo objetivando, especialmente, as informações concernentes ao parto e nascimento, valendo ressaltar que os dois modelos de formulário elaborados se sucedem e se complementam.

Encerrada a etapa de trabalho de campo, os dados obtidos foram sistematizados, com a definição das situações as quais efetivamente configurem hipóteses de violência obstétrica, através da aplicação do método indutivo, juntamente com o arcabouço teórico adquirido nas fases anteriores, a fim de verificar a mudança recente de comportamento no que se refere ao atendimento à gestante, e a eficácia das medidas de proteção aos direitos individuais das mulheres, através de ações de humanização do parto realizadas na Cidade do Recife.

Ainda, destaca-se que ao longo de todas as etapas foi utilizado um diário de pesquisa, para o registro de dados de observação de sujeitos e participantes da pesquisa, informação contextual sobre os dados colhidos e reflexões sobre os métodos utilizados na pesquisa. As observações registradas ao longo de todo o desenvolvimento da pesquisa, e da dissertação como um todo, permitiram a reflexão sobre os fatos encontrados, bem como sugestões para minimizar a violência obstétrica e reafirmar os direitos humanos, especialmente, os direitos da mulher no período da gravidez.

4.2 A análise de conteúdo

A organização, sistematização e análise dos dados da presente pesquisa ocorreram através da análise de conteúdo, inspirada em Bardin (2009), a qual se destina a análise das comunicações cujo alvo é obter os resultados através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, (quantitativos ou não), os quais permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens, e se divide em três etapas: pré-análise (operacionalização e sistematização das ideias iniciais, afim de construir um esquema apto ao desenvolvimento do plano de análise); exploração do material (fase de operações de codificação ou enumeração, em função de regras formuladas) e, por fim, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (classificação dos elementos em categorias temáticas, de acordo com os critérios estabelecidos nas etapas anteriores) (BARDIN, 2009).

A escolha por análise de conteúdo no presente caso – e não análise do discurso, por exemplo, decorreu da intenção de sistematizar melhor o grande número de informações trazidas após as entrevistas, o que somente foi possível através do método eleito, tendo em vista que de nada serviriam entrevistas, formulários, análise documental etc., se a análise dos dados obtidos não fosse eficaz na busca pelos objetivos delineados, razão pela qual é importante ressaltar a importância da utilização de tal forma de análise no presente trabalho.

Antes de adentrar na análise propriamente dita, cumpre registrar, quanto à análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa-quantitativa, que os métodos em apreço são complementares, e não rivais, no objetivo de enriquecer o trabalho proposto, especialmente no que se refere às medições quantitativas na pesquisa qualitativa, considerando não se tratar de eger palavras ou números, mas sim uma variação de dados mais precisos para menos precisos, o que somente se mostra possível através da análise de conteúdo, com a finalidade de caminhar na direção do que é homogêneo, e, ao mesmo tempo, possibilitar a identificação das opiniões pessoais divergente dentro do meio social.

Gomes (2009) chama atenção, oportunamente, para a diferença existente entre *análise* dos dados e *interpretação* dos dados. Em síntese, a análise vai além da descrição, sendo realizada uma decomposição dos dados e inter-relacionando as partes do todo na busca por relações; a interpretação, diferentemente, busca o sentido das falas e das ações na busca pela

compreensão. Desta forma, e seguindo as recomendações de análise do conteúdo, para a realização da etapa de tratamento descritivo, foram selecionados indicadores e categorias de análise da maneira apresentada na tabela abaixo:

Tabela 1: Indicadores e categorias

Indicadores\\categorias	
Dados iniciais	
1. Experiência da gestante 1.1.Aborto 1.2.Filho anterior 1.3.Não tem experiência	2. Atendimento pré-parto 2.1.Satisfatório 2.2.Não satisfatório 2.3.Satisfação pessoal no atendimento 2.4.Insatisfação pessoal no atendimento
Dados finais	
3. O momento do parto 3.1.Intervenções médicas não humanizadas 3.1.1. Necessárias 3.1.2. Não necessárias 3.2.Intervenções médicas humanizadas	4. Ponto de vista da puérpera 4.1.Reconhecimento de processo violento 4.2.Satisfação com o processo do parto 4.3.Insatisfação com o processo do parto

Com os indicadores delimitados por “dados iniciais”, quais sejam, “experiência da gestante” e “atendimento pré-parto”, pretendemos contextualizar a experiência de vida da gestante em relação ao momento ora vivenciado, razão pela qual foram utilizadas as seguintes categorias: aborto, filho anterior e inexperiência, informações fornecidas pela gestante de modo objetivo. Ao considerar o segundo indicador, Atendimento pré-parto, entretanto, as categorias utilizadas – satisfatório, não satisfatório e satisfação pessoal no atendimento, foram elencadas de modo a, no primeiro momento (2.1 e 2.2) dissociar a opinião da gestante à conclusão acerca do atendimento, ou seja, após as respostas apresentadas, coube a pesquisadora definir o atendimento como satisfatório ou não, sendo considerado satisfatório o atendimento completo, no qual: foram realizados todos os exames pré-natal necessários, foram fornecidos os medicamentos indispensáveis aos desenvolvimento e à saúde da mãe e do bebê e foram fornecidas as informações desejadas à gestante, nos moldes das normas vigentes. Nos itens 2.3 e 2.4, diferentemente, a categoria pretende observar a sensação de satisfação da entrevistada. O objeto de tal separação é fazer a intercessão entre a opinião da gestante e a categoria do atendimento nos modos preconizados pelas recomendações

nacionais e internacionais; em outras palavras, pretende identificar se a gestante reconhece o atendimento deficitário no pré-natal.

Quanto à análise dos dados finais coletados, extraídos do segundo questionário, foram utilizados como indicadores o momento do parto e o seu ponto de vista sobre o momento experimentado, sendo escolhidas, como categorias, primeiramente, intervenções médicas não humanizadas (estas divididas em necessárias e não necessárias) e intervenções médicas humanizadas. Por fim, quanto ao último indicador, ponto de vista da puérpera, foram delimitadas as seguintes categorias: reconhecimento de processo violento, satisfação com o processo do parto e insatisfação com o processo do parto.

Por fim, antes da realização da análise propriamente dita dos dados coletados, através da aplicação dos indicadores e das categorias definidas, cumpre informar que os dados obtidos foram sistematizados em tabelas, compostas também por gráficos, as quais serviram para facilitar a realização da análise pretendida, disposta a seguir.

4.3 A realidade encontrada nos hospitais

Primeiramente, faz-se necessário delinear o perfil das quinze entrevistadas, escolhidas aleatoriamente nas três instituições de saúde visitadas por esta pesquisadora. Referente à idade, destaca-se que apenas uma das quinze mulheres era menor de idade (16 anos) e outra acabou de completar 18 anos. Ainda, cumpre ressaltar que não localizamos nenhuma gestante acima de 40 anos, sendo a maior concentração na faixa etária entre 20 e 29 anos (totalizando nove entrevistadas), e cinco gestantes acima de 30 até 37 anos.

Sobre a profissão/ocupação das gestantes, informamos que oito das entrevistadas alegaram estar desempregadas/donas de casa, e somente uma informou ser estudante universitária; as outras seis gestantes informaram profissões diversas, tais como: diarista, doméstica, garçonete, manicure e técnica de informática. Quando questionadas sobre a cor/raça, apenas duas mulheres se identificaram como negras, e duas como morenas (parda). Todas as outras gestantes se definiram brancas, muito embora esta pesquisadora entenda que

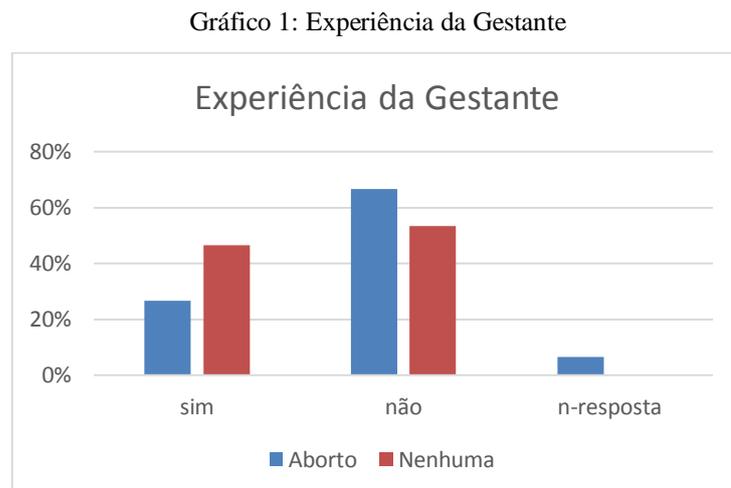
entre estas onze mulheres, três seriam, na realidade, pardas. Importante destacar um dado relevante: as cinco mulheres entrevistadas no IMIP eram efetivamente brancas.

Sucessivamente, após esse levantamento inicial do perfil das gestantes, e do viés teórico a ser abordado, as informações trazidas a seguir foram extraídas a partir das categorias e indicadores elencados, e pretendem ilustrar, de maneira direta, os objetivos propostos pelo presente trabalho.

a) Indicador experiência da gestante

Quanto às categorias constantes do indicador “1.”, aborto (1.1) ou filho anterior (1.2), destaca-se que sete das quinze gestantes já tiveram filhos anteriormente; e três apresentaram episódios de abortamento. Cruzando tais categorias, é possível concluir que, do *corpus* total, somente sete estavam vivenciando de modo inédito todas as fases do ciclo gravídico, encaixando-se, portanto, na categoria 1.3 (não tem experiência). Conforme explicado anteriormente, o primeiro indicador, juntamente com as categorias determinadas, foi utilizado com a intenção de contextualizar a gestante com o momento vivenciado.

Dessa forma, graficamente, configurou-se a seguinte situação:



b) Indicador atendimento pré-parto

Em seguida, em relação ao indicador “atendimento pré-parto”, sob as categorias relacionadas ao atendimento considerado satisfatório (2.1 e 2.2), de acordo com a legislação e instruções normativas vigentes, segundo as quais a gestante tem direito a acompanhamento especializado durante a gravidez, atualmente assegurado pela nº Lei n. 9.263, de 1996, a qual determina a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) de garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, incluindo o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato⁴⁷. Ainda, a Lei nº. 11.634, de 2007, determina que toda gestante assistida pelo SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizada seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal. Após as entrevistas, constatou-se o atendimento, de modo satisfatório, a ambas as normas, razão pela qual o atendimento pré-natal dos três hospitais pesquisados se enquadrou como satisfatório – categoria 2.1.

Sobre os requisitos para considerar satisfatório o atendimento prestado na etapa pré-natal, foram utilizadas, prioritariamente, as recomendações da Portaria/GM nº. 569, de 1º de junho de 2000, do Ministério da Saúde, a qual instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Segundo a mencionada Portaria (em seu anexo I), é considerado um adequado acompanhamento pré-natal aquele no qual sejam realizadas, entre outras, as seguintes atividades: realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de diversos exames laboratoriais, entre eles: classificação sanguínea e fator RH (ABO-Rh), na primeira consulta; sorologia para sífilis (VDRL), um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; sumário de Urina (rotina), um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; dosagem de hemoglobina e hemático (HB/Ht), na primeira consulta; sorologia de HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes; realização de

⁴⁷ “Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

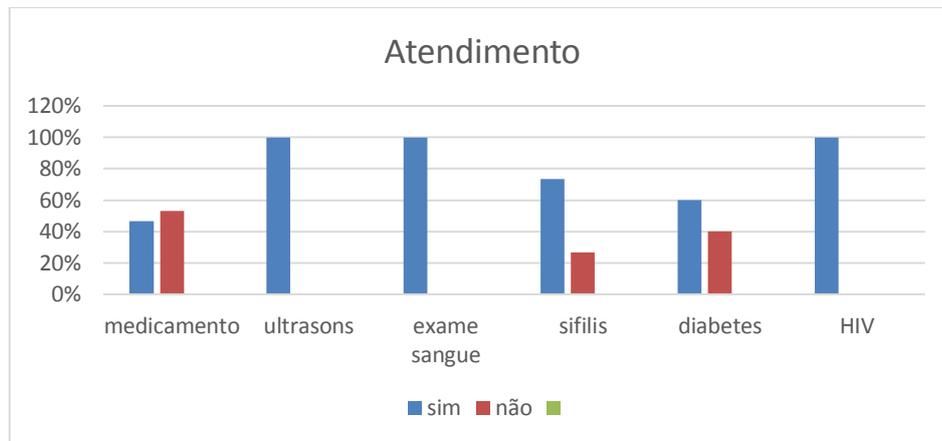
II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato”.

Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm >. Acesso em: 11 nov. 2017.

atividades educativas destinadas a conscientização sobre os diversos temas referentes ao pré-natal, parto e puerpério, incluindo os procedimentos a serem realizados por todo o período; classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes; garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.⁴⁸ Assim, referente ao indicador 2.0, foi encontrada a seguinte situação:

Gráfico 2: Atendimento



Analisando os dados acima, em relação às consultas e exames realizados com as entrevistadas, ao longo da gestação, constatou-se que, apesar das falhas encontradas – adiante explicitadas, o atendimento pode ser considerado satisfatório, haja vista cumprir a maior parte das recomendações existentes em normas e manuais técnicos referentes à assistência pré-natal⁴⁹ e da Portaria/GM nº. 569/2005, tendo, todas as gestantes, realizado pelo menos as três ultrassonografias recomendadas pela OMS e pela portaria mencionada, exames de sangue, inclusive exames de HIV, sífilis e diabetes, destacando-se que todas realizaram o exame de HIV, e sobre os outros dois, somente não foram realizados, respectivamente, por quatro das quinze gestantes, e por seis das quinze gestantes.

Destaca-se, entretanto, que o atendimento deixou a desejar em relação ao fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento de enfermidades, ou recomendados em razão de auxiliarem o desenvolvimento fetal, tais como ácido fólico, sulfato ferroso, suplementos

⁴⁸ BRASIL, Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso: 02 nov. 2017.

⁴⁹ BRASIL, Ministério da Saúde (1998). *Assistência pré-natal – normas e manuais técnicos*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

vitamínicos, entre outros, os quais não foram fornecidos corretamente pelo SUS à maioria das gestantes, haja vista que somente sete relataram o devido recebimento. Destaca-se, inclusive, que duas gestantes relataram o desejo de ter tomado vitaminas e medicamentos, porém não tiveram acesso. As demais gestantes relataram terem adquiridos os medicamentos necessários através de recursos próprios.

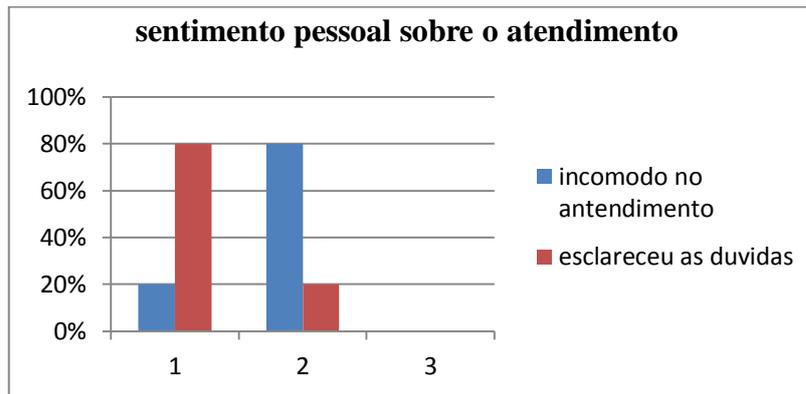
Quanto à última categoria do indicador ora sob análise, concernente ao sentimento pessoal sobre o atendimento, dentre as entrevistadas predominou a satisfação, enquadrando-se, portanto, na categoria 2.3, apesar de relatos de tratamento grosseiro por parte das atendentes, e da equipe médica, bem como a afirmação categórica de três gestantes de não terem conseguido, sequer, esclarecer as suas dúvidas ao longo do pré-natal em razão do modo ríspido como foram tratadas pelas profissionais. Ainda, três gestantes afirmaram, em resposta ao questionamento sobre os incômodos no atendimento, excessiva demora entre o momento de chegada ao ambulatório e o início do atendimento.

Informamos sobre este ponto da análise que, apesar de tais questionamentos (e dados dela extraídos) poderem ser utilizados para definição do atendimento entre satisfatório e não satisfatório sob a ótica das normas vigentes, optamos por utilizá-los na categoria ora sob análise, em razão do viés subjetivo que acompanhou as respostas.

Como exemplo, citamos relatos de tratamento agressivo e grosseiro, despendido por médicas que promovem o atendimento pré-natal no HAM e no HC. Segundo a gestante atendida neste último, a médica expõe a paciente na frente das outras pessoas presentes nos corredores do hospital, chegando a dar detalhes da consulta de modo vexatório e agressivo. Ainda foi relatado que, na maioria das vezes, a mencionada médica deixa o atendimento para os médicos residentes, chegando apenas no final da consulta, deixando de esclarecer dúvidas da gestante-entrevistada. Sobre tal reclamação, ressaltamos ser procedimento padrão, em hospitais-residência em todo o mundo, o atendimento realizado pelos residentes, como etapa da própria formação dos profissionais, não se tratando de desídia por parte da equipe médica. As pacientes, entretanto, não se sentiram à vontade ou seguras com este atendimento. Aqui, entendemos a insatisfação como mais um reflexo da ausência de informações prestadas às gestantes, as quais desconhecem que, na verdade, os residentes já são médicos formados, preparados para tal atendimento.

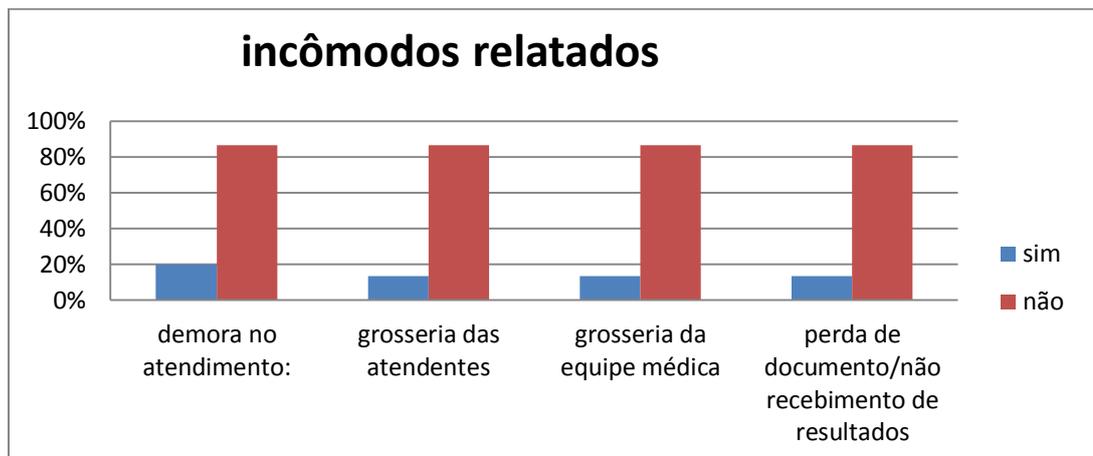
Assim, os dados narrados podem ser demonstrados da seguinte forma:

Gráfico 3: Sentimento pessoal sobre o atendimento



Destrinchando as reclamações trazidas pelos incômodos no atendimento, pode-se auferir o seguinte gráfico:

Gráfico 4: Incômodos relatados



Ainda concernente ao pré-natal, após o cruzamento das informações contidas nos gráficos pertencentes a este indicador, é possível afirmar que o tratamento despendido é basicamente o mesmo para as gestantes experientes e para as inexperientes, podendo ser, inclusive, mais violento com a mulher “reincidente” por ausência de empatia para com a mesma, a qual, teoricamente, já conhece todo o tortuoso caminho a ser percorrido e mesmo assim deseja percorrê-lo novamente (partindo-se, portanto, do pressuposto que a maternidade é sempre uma escolha consciente, o que, sabe-se, que na prática não é verdade).

Vale relatar que dentre as gestantes grávidas pela segunda vez, havia uma com gestação gemelar, o que configura gestação de maior risco e, por isto, deveria demandar uma

atenção especial por parte dos médicos e atendentes, o que não foi verificado, considerando-se que o número de consultas, e de exames de imagem (ultrassonografia fetal) e de sangue obedeceram à média geral das demais entrevistadas (valendo-se destacar, entretanto, a ausência de reclamações do atendimento por parte da gestante).

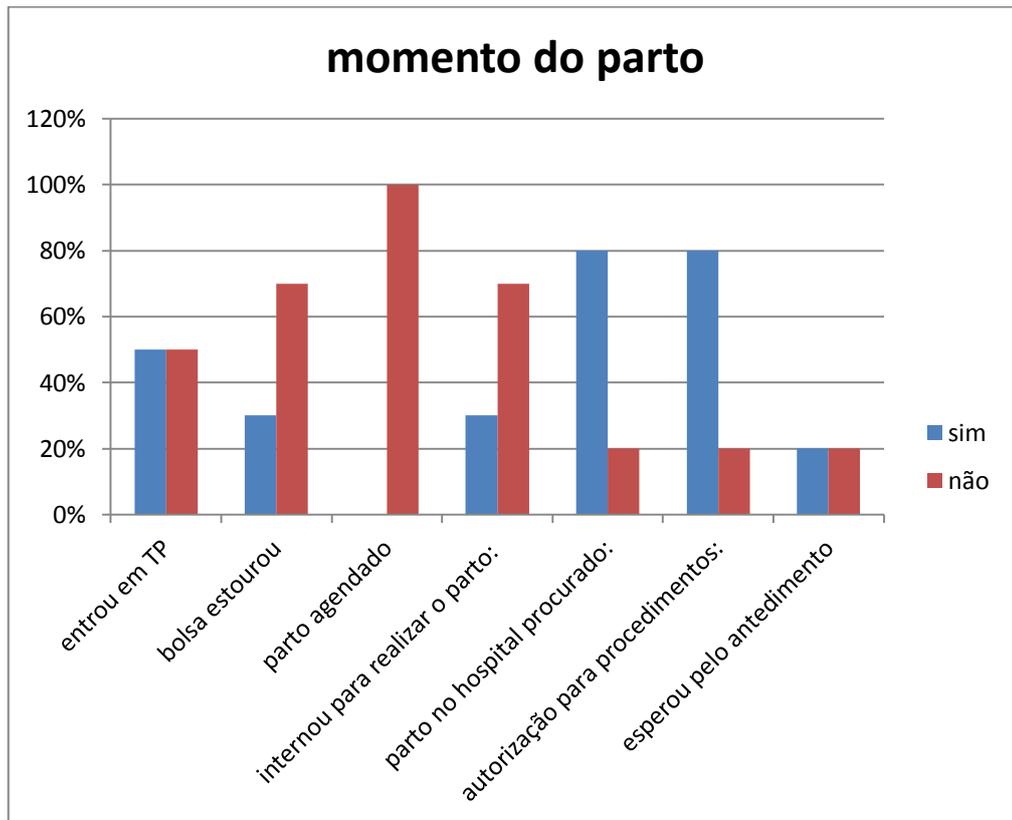
Assim, apesar das denúncias sobre a ocorrência de atos configuradores de atendimento insatisfatório e, portanto, atos de violência obstétrica, ser maior a partir do momento em que se inicia o trabalho de parto, no geral, o atendimento pré-natal foi, por nós, considerado satisfatório, em razão de ter prevalecido o cumprimento de mais da metade das recomendações existentes. Não se pode deixar de mencionar, entretanto, que ainda há muito o que melhorar, posto não ser possível ignorar as reclamações a respeito de tratamento violento ou inadequado, conforme gráfico acima, a saber: demora demasiada no atendimento e perda de documentos referentes aos atendimentos da gestante como exemplos de atendimento inadequado, bem como grosserias tanto dos médicos como dos enfermeiros, como exemplo de violência verbal, logo modalidade de violência obstétrica a ser combatida.

c) Indicador o momento do parto

Em sucessivo, passando a análise dos dados colhidos após a aplicação do segundo questionário, importa ressaltar que, conforme dito anteriormente, infelizmente não foi possível a continuidade da pesquisa com todo o *corpus* originário, considerando a perda total de contato com três mulheres, cujos contatos telefônicos deixados não completam a ligação; uma pariu fora de Recife, portanto em hospital não abrangido por esta pesquisa, e uma última puérpera marcou duas vezes, porém nos dias combinados alegou impossibilidade e demonstrou total desinteresse em continuar participando, e atualmente não atende nem retorna as chamadas realizadas, totalizando, neste momento final da pesquisa, um *corpus* de dez participantes. Tal fato, entretanto, não prejudicou nem desonerou o trabalho realizado, posto que, em primeiro lugar, permaneceram mulheres atendidas nos três hospitais, e, em sucessivo, os relatos foram ricos e detalhados, tornando possível extrair, efetivamente, informações relevantes aos objetivos ora pretendidos.

No concernente ao terceiro indicador, encontramos os seguintes dados:

Gráfico 5: Momento do parto



Inicialmente, destacamos que, conforme gráfico acima, dentre as dez entrevistadas que concluíram os questionários, cinco entraram em trabalho de parto espontaneamente, porém somente duas delas passaram naturalmente pelo processo de rompimento de bolsa; as outras três relataram ter tido a bolsa estourada de modo mecânico no hospital, sob alegação de “aceleração do trabalho de parto”, o que se enquadra na categoria 3.1.2 – intervenção médica não necessária, considerando as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

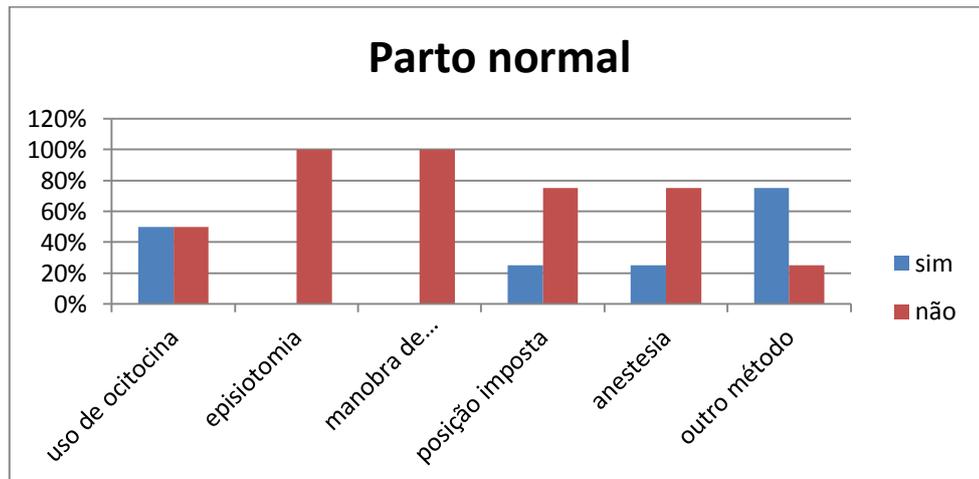
Não houve nenhum relato quanto a agendamento prévio de parto, fato positivo, tendo em vista as campanhas em nível nacional (até mesmo da UNICEF) de combate a esta prática muito comum no Brasil (muito embora, se saiba, tal prática é mais realizada na rede particular de saúde brasileira). Ainda, importa informar que das dez puérperas, três internaram-se previamente para a realização do parto, sendo duas em virtude de complicações na gravidez, e uma em razão do avançado tempo de gestação sem sinais de trabalho de parto. No concernente aos procedimentos realizados desde o atendimento inicial, somente duas parturientes informaram não ter sido informadas previamente dos procedimentos, ou ter sido solicitada a sua autorização.

Sobre a via de parto, a pesquisa corroborou com os dados oficiais acerca do alto número de cesárias realizadas no país, pois, dentre as dez puérperas, apenas quatro tiveram os seus bebês por parto normal, tendo havido seis cesárias. Segundo os dados oficiais do Ministério da Saúde, 55,5% dos partos no país ocorrem através de cesarianas, e, considerando apenas os hospitais integrantes do SUS, o número de partos normais predomina, passando a ser 59,8% contra 40,2% de cesarianas, no ano de 2015. Importante ressaltar, entretanto, que dentre as cesárias mencionadas, ao menos quatro casos se referiram a cesárias necessárias em razão de complicações na gestação, tais como diabetes, pressão alta, etc, daí, nestes quatro configuram-se hipóteses de intervenções médicas necessárias, logo abrangidas pela categoria 3.1.1.

Nos moldes da Lei nº. 11.634, de 2007, as gestantes assistidas pelo SUS possuem direito à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto, bem como ao local onde devem ser atendidas nos casos de intercorrências no pré-natal. Na pesquisa em referência foi verificado que todas as gestantes entrevistadas tiveram tal direito preservado, tendo o parto, efetivamente, se realizado nas maternidades que procuraram em primeiro lugar. Como exceção, tivemos dois casos de gestantes que receberam os primeiros cuidados em serviços de emergências de hospitais da Região Metropolitana do Recife, porém foram encaminhadas ao IMIP em decorrência de complicações decorrentes de pressão alta, o que está em pleno acordo com o item 2.8 do anexo I do PHPN). Desta maneira, ainda nestes casos, entretanto, o atendimento não foi negado; houve, pois, um encaminhamento para instituição especializada. Por esta razão, neste ponto foram obedecidas as diretrizes que indicam atendimento médico humanizado.

Sobre os partos realizados pela via normal, os dados podem ser graficamente representados da maneira a seguir:

Gráfico 6: Parto normal



Inicialmente, destaca-se a agradável surpresa de constatar a não realização de alguns procedimentos considerados pela doutrina como hipóteses de violência obstétrica, por se tratarem de intervenções médicas não humanizadas, tais como a episiotomia, a manobra Kristteller, as quais não foram realizadas em nenhum parto do nosso *corpus*. Encontramos, entretanto, a utilização recorrente de ocitocina sintética para aceleração do trabalho de parto, prática condenável quanto utilizada de forma rotineira, em virtude de aumentar de modo significativo o mal-estar e as dores da parturiente, o que novamente configura hipótese de intervenção não necessária – categoria 3.1.2.

Ressaltamos, entretanto, que, de modo geral, os partos por via normal realizados obedeceram a diversas diretrizes sobre partos humanizados: todas as gestantes relataram a presença de acompanhante, de sua livre escolha, por todo o período em que esteve hospitalizada, em atendimento à lei nº. 11.108/2005. Atualmente, entende-se que a presença de acompanhante de confiança é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem sucedido; as mulheres que receberam suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto relataram maior satisfação com a experiência do parto⁵⁰.

Entre as gestantes que tiveram o bebê por cesariana, duas relataram que, durante o parto, somente permitiram a entrada do acompanhante no momento da retirada do bebê efetiva do útero, ao passo que uma informou não ter tido acompanhante na sala de parto, e a

⁵⁰ CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, Parecer COREN-SP 036/2014 – CT, 2014. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_036.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

equipe médica levou o bebê logo após o nascimento para o pai, sob a alegação de que não havia roupa limpa disponível para o genitor/acompanhante.

Ainda sobre os partos normais, também foi respeitada a movimentação da gestante ao longo do trabalho de parto, não lhes sendo imposta a posição para parir (somente uma parturiente relatou que foi levada à cadeira de parto no momento em que estava para nascer o seu bebê, porém assegurou que até este momento teve a sua movimentação livre respeitada). As evidências indicam que as mulheres devem ser encorajadas a adotarem a posição que entendam mais confortável durante o período da expulsão, logo, a prática encontrada nos hospitais visitados indica o atendimento humanizado.

Quanto à utilização de analgesia, somente uma das quatro gestantes afirmou ter tido acesso à anestesia propriamente dita ao longo do seu trabalho de parto, e uma relatou ter recebido após o nascimento, para a realização de sutura decorrente de laceração. Quanto aos métodos não-farmacológicos (mecanismos para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, os quais envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico, devidamente recomendados pelas Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal) (GAYESKI, BRUGGEMANN, 2010), três parturientes relataram ter recebido massagens por parte da equipe de enfermagem, afim de amenizar as dores do parto, configurando intervenção médica humanizada, logo atendimento realizado nos moldes da categoria 3.2.⁵¹

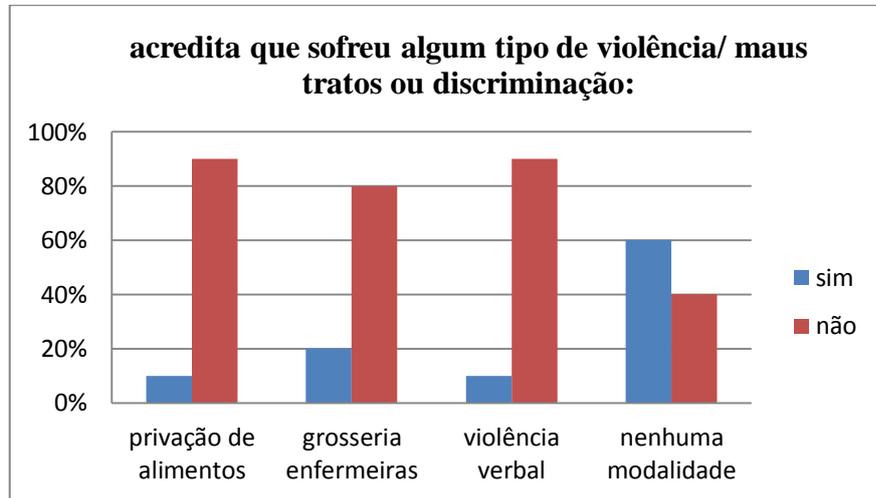
d) Ponto de vista da puérpera

Sobre o quarto e último indicador, cujas categorias pretendem identificar se houve reconhecimento do processo violento, satisfação ou insatisfação com o processo do parto, importa ressaltar que do nosso *corpus* da etapa final, seis gestantes relataram não ter sofrido maus tratos. Uma relatou privação de alimentos e três deram relatos de graves violências verbais e psicológicas, sendo duas por parte da equipe de enfermagem, e uma por parte da médica, afirmando: “a médica foi antiética ao dizer que a minha bebê estava em sofrimento”. Assim, no geral, o atendimento se enquadra na categoria 4.2 – satisfação com o processo do

⁵¹ Também são exemplos de métodos não-farmacológicos, os quais não foram mencionados pelas gestantes, em que pesem os benefícios gerados: banhos de imersão, técnicas de relaxamento, acupuntura, músicas escolhidas pela parturiente e aromaterapias (utilização de plantas através do uso de suas essências) (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

parto, tendo havido reconhecimento de processos violentos (4.1) tão somente com três das gestantes entrevistadas, nos moldes que se seguem:

Gráfico 7: Acredita que sofreu algum tipo de violência/ maus tratos ou discriminação



Entendemos que há um ponto das recomendações do PHPN sendo totalmente descumprido, a saber: realização de atividades educativas. O fato é que, ao longo das entrevistas, foi evidenciada uma efetiva implementação das novas recomendações da OMS e dos órgãos competentes do país no atendimento das três instituições integrantes do campus desta pesquisa, sendo garantido um atendimento com preceitos de humanização do parto. É latente, entretanto, que muitas medidas vêm sendo implementadas sem que haja um esclarecimento dos benefícios trazidos pelas mesmas.

A falta de informação, infelizmente, acarreta na falta de compreensão sobre os benefícios da redução das intervenções. Como exemplo, uma gestante relatou descontentamento pela não realização da episiotomia, afirmando que o bebê era muito grande, tendo trazido uma laceração a qual, por sua ótica, poderia ter sido evitada caso tal prática, atualmente condenada, houvesse sido utilizada. Tal sensação de insatisfação descrita poderia ser completamente evitada caso houvesse uma preparação prévia desta gestante quanto aos procedimentos corretos a serem realizados em seu parto, e sobre quais procedimentos devem ser evitados por se tratarem de intervenções desnecessárias, as quais acabam por medicalizar um processo natural.

Exemplo desta falta de preparação é o completo desconhecimento acerca da utilização do “plano de parto”, o qual consiste em um cartão (ou forma que o valha) no qual a gestante

constrói, ao longo da gestação, uma lista de itens relacionados ao parto, e descreve quais procedimentos deseja passar ao longo de seu trabalho de parto, e nos cuidados com o bebê. Muito embora não esteja explícito no PHPN, tal plano é largamente defendido pelos programas de humanização do parto como uma medida de proteção aos direitos da gestante. Muito embora tenha constado como pergunta do formulário tanto sobre a elaboração de um plano de parto no pré-natal, quanto sobre o respeito ao mesmo no momento do parto, deixamos de utilizar tal informação na análise dos dados em razão da dúvida demonstrada pelas gestantes sobre a existência do mesmo, não sendo possível auferir se não houve o mencionado plano, ou se houve, porém não foi explicitado à gestante sobre a respectiva elaboração.

Conforme desenvolvido ao longo da dissertação, a humanização do atendimento à gestante compreende dois aspectos fundamentais: convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, atuando de maneira ética e solidária, tanto por parte dos profissionais de saúde, quanto da organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor; o segundo aspecto refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias⁵².

Em nosso entendimento, nas instituições de saúde em que foram atendidas as gestantes pesquisadas, as medidas e procedimentos visando à humanização do parto vêm sendo adotadas de modo satisfatório, muito embora ainda exista muito para melhorar. Não é possível afirmar, entretanto, que as instituições, de modo geral, foram convencidas de que a adoção de tais medidas para “desmedicalizar” o parto seja um dever que lhes cabe, considerando o alto número de reclamações quanto à violências e constrangimentos verbais, proferidos tanto por médicos quanto pela equipe de enfermagem, especialmente no HC e no HAM.

No IMIP, diferentemente, não houve nenhuma queixa quanto ao tratamento da equipe médica e de enfermagem. Todas as gestantes entrevistadas nesta unidade proferiram diversos elogios ao atendimento que lhes foi prestado, refletindo, inclusive, na resposta à última pergunta do formulário, a saber: O que sente quando pensa no nascimento do seu filho (a)? Dentre as cinco respostas, três se referiram explicitamente ao atendimento:

⁵² CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, Parecer COREN-SP 036/2014 – CT, 2014. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_036.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

L – “estava com medo, mas fiquei feliz porque fui muito bem assistida”.

M – “feliz, aliviada, foi tudo do jeito que eu queria”.

N – “a melhor coisa da vida, aconteceu do jeito que quis”.

Sobre as duas outras gestantes, uma demonstrou decepção sobre a via de parto que pretendia:

K – “queria normal mas não consegui”.

E a última esboçou preocupação em razão do bebê ter sido prematuro em decorrência de uma gravidez de risco:

O – “fiquei triste de ter sido muito cedo mas fiquei feliz porque o bebê, apesar de prematuro, está se desenvolvendo e crescendo”.

Tal satisfação das pacientes pode ser atribuída a diversos eventos e simpósios promovidos pelo IMIP objetivando a formação, educação continuada e conscientização de seus profissionais quanto à importância da assistência humanizada e baseada em evidências, bem como pela adoção, pela instituição, dos preceitos da Rede Cegonha já há vários anos, tendo apresentado resultados produtivos e servido de exemplo para a implantação em outras instituições de saúde⁵³.

O fato é que, de uns tempos para cá, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados em razão da carência de evidências científicas que os suportem, a existência de evidências que os contraindiquem e por trazerem desconforto à mulher⁵⁴. Também os ambientes do nascimento têm sofrido modificações, tornando-se mais acolhedores e com rotinas mais flexíveis, permitindo, à mulher e a família, a participação ativa, além da possibilidade de expressar livremente suas expectativas e preferências, de modo a colocá-la, novamente, no lugar de protagonista de seu parto.

⁵³ A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, iniciada em 2011, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

⁵⁴ BRASIL, Ministério da Saúde (2017). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento violento, assim entendido aquele no qual a força ou o poder são utilizados de maneira intencional, contra outrem ou contra um conjunto de indivíduos, com a finalidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, no caso de praticado contra as mulheres, pelo simples fato da vítima ser mulher, precisa ser dissociado das demais modalidades de violência social: primeiramente, em razão da invisibilidade que a acompanha; em seguida, por força do seguinte papel implícito em tal modalidade de violência: ela é ao mesmo tempo um produto e um elemento estrutural na subordinação das mulheres.

Ao longo do trabalho, foi demonstrado que, dentre as consequências da violência contra a mulher, destaca-se o reflexo em seu desenvolvimento pessoal pleno, além de acarretar em consequências à sociedade, porquanto compromete o exercício da cidadania e dos direitos humanos, podendo atingir também o desenvolvimento socioeconômico do país, razão pela qual deve ser enxergada e combatida isoladamente, considerando-se as suas peculiaridades.

Sobre o combate à violência contra a mulher, é necessário compreendê-la sob a ótica do gênero, haja vista o seu papel como elemento das relações desiguais de gênero, o qual consegue atravessar as demais relações sociais, sobrepondo-se a elas, e manifestando-se de forma relativamente homogênea em todas as classes e segmentos sociais, ou seja, presente nos mais diferentes meios de convivência social.

Ainda, é importante deixar assente que, muito embora o termo “violência de gênero” se refira, preferencialmente, àquela ocorrida entre homem e mulher, esta não é a sua única acepção: a violência de gênero é a categoria mais geral, decorrente de uma espécie de *organização social de gênero* tendente a privilegiar o masculino. Ocorre que, diferentemente, a violência de um homem contra o outro, ou de uma mulher contra outra mulher são também inseridas no conceito de violência de gênero.

O fato é que os gêneros são construídos mediante a dinâmica das relações sociais, não sendo possível falar em construção plena de um indivíduo considerando-o isoladamente, desprovido de interações sociais. Desta maneira, adotou-se a definição de Scott (2002), segundo a qual o núcleo essencial da definição de gênero se baseia na conexão integral entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais, baseado nas

diferenças percebidas entre os sexos, e ao mesmo tempo é uma forma inicial de identificar e dar significado às relações de poder.

Por outro lado, demonstrou-se que atualmente a violência contra a mulher deve ser vista de modo plural, diante das diversas modalidades de violações aos direitos humanos através das quais pode se manifestar, entre as quais se pode elencar: violência sexual, violência física, violência doméstica, intrafamiliar e intraconjugal, violência de gênero, violência institucional.

Doutrina e jurisprudência reconhecem que não se pode falar – e combater, a violência contra a mulher sem recorrer aos dispositivos protetivos elaborados a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, muito embora seja pacífico o entendimento segundo o qual, apesar das previsões constantes nos mencionados dispositivos legais, as questões referentes à violência cotidiana a qual estão submetidas as mulheres e a proteção aos seus respectivos direitos permanece de certa forma invisível até os dias atuais.

De todo modo, somente a partir de 1979, com a Convenção para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW) começaram a ser debatidas exclusivamente as questões femininas. A partir de então, formou-se uma rede de proteção à mulher, a qual passou a ter uma visibilidade nunca antes alcançada, e, como efeito cascata, provocou os Estados a adotarem legislações protetivas dos direitos das mulheres em seus âmbitos respectivos. No Brasil, tais medidas foram adotadas a partir da Constituição da República Federativa, datada de 1988, quando passaram a ser reconhecidos direitos individuais e sociais das mulheres, além de serem desenvolvidas políticas públicas e diversas campanhas em prol de tais direitos.

Como consequência das mencionadas políticas públicas, e em razão do caráter intervencionista do estado social brasileiro, a atuação estatal, objetivando a efetivação dos direitos das mulheres, reflexamente passou a engessar os procedimentos do parir, e a impor modelos de conduta e procedimentos médicos intervencionistas os quais, como consequência, passaram a tolher direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e atingir danosamente a esfera individual da gestante-puérpera, subtraindo de maneira muitas vezes irreversível a autonomia da mulher. Exemplo corriqueiro da intervenção estatal no período do ciclo gravídico-puerperal acontece quando ocorre a “medicalização” da gestação e do parto, e todo o período deixa de ser visto como um evento natural, e passa a sofrer inferências e atuações excessivas por parte das equipes médicas.

É possível concluir, portanto, que a medicalização do ciclo gravídico-puerperal se trata de um subterfúgio das instituições e do Estado a fim de uniformizar os procedimentos e as condutas médicas, de modo a desrespeitar a vontade individual das mulheres, bem como as peculiaridades determinantes de cada caso isolado. Ainda, pode-se afirmar, também, ser parte estratégica do exercício da dominação a existência da instituição “hospital”.

Assim, especificamente sobre a violência ocorrida no âmbito hospitalar – a violência institucional, conclui-se ser aquela praticada no âmbito de instituições prestadoras de serviços públicos, normalmente praticada através dos agentes públicos, os quais, ao invés de cumprir o dever de proteger a mulher, vítima de violência, e garantir-lhes uma atenção humanizada, reventiva e reparadora de danos, praticam atos passíveis de agravar os danos causados à vítima.

A violência institucional, portanto, quando ocorrida no ciclo gravídico-puerperal, está diretamente ligada à supramencionada violência de gênero, haja vista demonstrar o caráter misógino do serviço prestado, concluindo-se que as variáveis passam a ser invertidas e a paciente gestante/puérpera deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto, logo suscetível a intervenções praticadas sem o seu consentimento explícito e/ou desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferência: é a violência obstétrica.

Apesar de ser um novo campo de estudo, e um termo relativamente novo, a violência obstétrica refere-se a práticas antigas, perpetuadas ao longo de décadas, e se caracteriza por submissão feminina, impunidade dos profissionais da área de saúde e especialmente pelo silêncio das mulheres violentadas.

O estudo demonstrou, ainda, a ligação existente entre a violência obstétrica e a teoria da dominação masculina de Pierre Bourdieu (2009), haja vista a analogia possível entre as relações “dominante-dominada” e “médico-paciente”, sendo, ambas, derivadas da relação social exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado, suscetível de gerar uma relação de dependência e subordinação, capaz de cercear os direitos da mulher, especialmente, no caso do médico com a paciente, em razão do bem principal envolvido na relação: a vida, motivo pelo qual é possível concluir que a violência obstétrica é, também, decorrente da dominação masculina

denunciada por Bourdieu (2009) – em que pese a perpetuação de tal modalidade de violência através da prática de tais atos também por médicas mulheres⁵⁵.

São as modalidades mais recorrentes de violência obstétrica: episiotomia, manobra de Kristeller, cesariana eletiva e falta de atendimento nos casos de abortamento, procedimentos diretamente relacionados com as *causas mortis* maternas mais comuns no Brasil. Pode-se, ainda, acrescentar às modalidades de tal violência praticada contra as gestantes: privação de alimentos; a interdição à movimentação da mulher e imposição da posição supina para dar à luz, tricotomia, uso rotineiro de ocitocina, não utilização de analgesia quando indicada, “Ponto do Marido”, exames de toque invasivos, lavagem intestinal, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, os exames repetitivos dos mamilos, e, por fim, violências psicológicas.

Em razão da visibilidade que lhe foi concedida recentemente, a violência obstétrica passou a ser denunciada e combatida em todo o mundo, inclusive pela ONU e pela OMS através de ações no âmbito mundial. Sobre o tema, conclui-se que as mulheres se apropriaram da temática, sendo a mola propulsora do combate a tal modalidade de violência, a fim de promover a humanização do parto e devolver, às mães, o papel de protagonista do processo de parir.

Não obstante o alto número de relatos de violência obstétrica denunciados no Brasil, e as previsões normativas de diversos órgãos internacionais e Estados estrangeiros, constata-se que no âmbito federal brasileiro prevalece a omissão legislativa referente ao tema. Existem, entretanto, diversas políticas públicas implementadas a partir do final da década de 90, preconizando a humanização do atendimento à gestante, especialmente no SUS. Ainda, cumpre ressaltar a atuação de alguns Estados e Municípios brasileiros, valendo-se de sua competência legislativa sobre a saúde pública, que promulgaram leis tratando da violência obstétrica em seus âmbitos respectivos, tais como as cidades de Diadema/SP e João Pessoa/PB, o estado de Santa Catarina e o Distrito Federal.

Assim, conclui-se que a violência obstétrica, assim como as demais modalidades de violências provenientes do gênero, deriva de uma organização social tendente a privilegiar o masculino, o que acaba por gerar violações aos direitos humanos das mulheres, sendo imprescindível uma releitura dos direitos humanos, de modo a ser, neles, efetivamente

⁵⁵ É importante destacar que a dominação masculina dos saberes, através do ensino predominantemente masculino, é capaz de perpetuar os atos violentos também mediante a prática por mulheres, o que não desconfigura tal dominação, mas a corrobora, posto que tais práticas foram criadas e repassadas por homens, não se considerando o papel e os sentimentos das mulheres.

inseridos os contextos femininos. Ainda, é preciso ressaltar a necessidade da atuação positiva das mulheres, de modo a se comprometerem com uma ação política que atue para inventar e impor, no seio dos movimentos em defesa de seus direitos, objetivando abalar as instituições contribuintes a sua eterna subordinação.

Em seguida, são apresentados os resultados colhidos após a conclusão da pesquisa de campo, buscando atender ao objetivo geral proposto, qual seja, investigar a violência sofrida por mulheres no ciclo gravídico-puerperal, através da utilização de *corpus* composto por quinze mulheres, gestantes e/ou puérperas, atendidas no Hospital das Clínicas de Pernambuco, no Hospital Agamenon Magalhães ou IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, em busca de confirmar a hipótese levantada, a saber, se o parto atualmente vem sendo encarado como um processo majoritariamente médico-institucional e, portanto, suscetível a intervenções e procedimentos os quais acabam por alienar o protagonismo da mulher na vivência e experiência de seu próprio ciclo gravídico-puerperal.

Após a análise minuciosa dos dados, verifica-se, quanto ao pré-natal, que as ações adotadas pelos hospitais pesquisados estão surtindo os efeitos desejados, em razão do atendimento a grande parte dos dispositivos legais vigentes sobre o tema, especialmente as determinações da OMS, da lei nº. 9.263/1996 e da Portaria/GM nº. 569/2000, nas quais são elencados os direitos a que fazem jus as gestantes, bem como consta rol de exames e procedimentos indispensáveis ao adequado atendimento.

Assim, após a sistematização dos dados e a aplicação dos indicadores e das categorias determinadas pela pesquisa, constatou-se que, muito embora ainda existam pontos necessitando de atenção especial, (tais como: fornecimento de medicamentos a todas as gestantes, realização de exames de sífilis e de diabetes a todas as gestantes atendidas) o atendimento foi considerado satisfatório, tendo cumprido integralmente as recomendações na maior parte dos pontos investigados. O atendimento pré-natal satisfatório igualmente foi reconhecido pelas gestantes quando questionadas, apesar de alguns relatos de situações desconfortáveis.

Quanto aos dados colhidos após a realização do parto (momento indicado pela doutrina como mais suscetível a intervenções desnecessárias e à prática de atos de violência obstétrica), chamou atenção, inicialmente, o alto número de nascimentos através de cesarianas, o que corroborou com os índices nacionais, tendo ocorrido em sessenta por cento das entrevistadas, muito embora, cumpre destacar, não houve nenhum relato de parto

agendado, portanto, de acordo com as recomendações da OMS sobre o tema e a recente campanha “Quem espera, espera”, promovida pela UNICEF.

Quanto aos partos realizados pela via normal, a pesquisa constatou adoção de diversas práticas positivas de humanização do parto, considerando não ter havido, por exemplo, nenhum relato de episiotomia ou de manobra de Kristeller, ao passo que foram adotadas medidas não farmacológicas para amenizar as dores, tais como massagens, bem como foi respeitada – e incentivada, a presença de acompanhante. Em contrapartida, infelizmente constatou-se o uso de ocitocina sintética em metade das pacientes. Ainda é possível concluir que há um ponto das recomendações vigentes do PHPN sendo totalmente descumprido, a saber: realização de atividades educativas, o que tem prejudicado o reconhecimento dos benefícios das medidas de humanização adotadas, por parte das entrevistadas.

Realizando comparativo entre as modalidades encontradas no Brasil quando do mapeamento da violência obstétrica realizado pela OMS juntamente com a USP, e os tipos identificados no presente trabalho, somente foi efetivamente encontrado, aqui, como modalidade de violência obstétrica, a relação ruim entre os profissionais de saúde com a gestante. Ainda, no *corpus* consultado, não houve nenhum caso de mortalidade materna.

Assim, diante de todos os relatos e dados apresentados, e em atenção aos objetivos específicos buscados, conclui-se que nas instituições de saúde em que foram atendidas as gestantes pesquisadas, as medidas e procedimentos visando à humanização do parto vêm sendo adotadas de modo satisfatório, cumprindo a maior parte das recomendações competentes, sendo possível concluir que a rede de combate à violência obstétrica na realidade no Sistema Público de Saúde de Recife tem sido tecida a partir da efetiva adoção das medidas de humanização do parto preconizadas, logo passíveis de garantir a dignidade humana da mulher no período do ciclo gravídico-puerperal, inclusive com o reconhecimento, por parte das gestantes, do atendimento satisfatório.

Ressalta-se, entretanto, que, apesar dos avanços, ainda há muito a ser melhorado, especialmente no que se refere aos membros integrantes das instituições entenderem, efetivamente, a “desmedicalização” do parto como um efetivo dever, considerando o alto número de reclamações quanto a violências e constrangimentos verbais, proferidos tanto por médicos quanto pela equipe de enfermagem, especialmente no HC e no HAM. No IMIP, diferentemente, não houve nenhuma queixa quanto ao tratamento despendido: todas as gestantes entrevistadas nesta unidade proferiram diversos elogios ao atendimento que lhes foi prestado. Ainda assim, no geral, confirma-se a hipótese formulada: apesar dos esforços

reconhecidos, o parto permanece sendo encarado como um processo majoritariamente médico-institucional, passível de intervenções e procedimentos tendentes a alienar o protagonismo da mulher na vivência de seu próprio ciclo gravídico-puerperal.

Dessa maneira, como recomendação objetivando alcançar a satisfação plena das normas e regulamentos vigentes, referentes à humanização do atendimento ao parto, sugerimos, essencialmente, investimentos na maior conscientização tanto dos profissionais da saúde, quanto das pacientes. Dos profissionais, através de formação, educação continuada e conscientização especialmente no que se refere a deixar de enxergar a paciente como objeto suscetível a intervenções desnecessárias e passar a enxergá-la efetivamente como sujeito de direitos individuais, os quais não podem ser suprimidos. Em seguida, a conscientização quanto ao fato que, a busca pela desmedicalização e conseqüente humanização do parto trata-se, não de uma opção, mas de uma obrigação decorrente dos novos parâmetros do atendimento a gestante preconizados em nível mundial e nacional.

Por fim, em relação à conscientização das gestantes, conforme se conclui da análise dos dados apresentada, apenas a aplicação das medidas de humanização do atendimento, sem que sejam fornecidas as informações quanto aos benefícios trazidos por tais medidas não se mostrou plenamente eficaz. O desconhecimento quanto ao novo trouxe, conforme os casos devidamente relatados, insegurança e dúvidas quanto à eficácia dos procedimentos. Tal conscientização pode ser alcançada através de cursos e palestras ministrados no âmbito das próprias instituições de saúde onde se realiza o atendimento, bem como mediante efetiva utilização do plano de parto, elaborado conjuntamente entre paciente e corpo médico.

REFERÊNCIAS

ADESSE, Leila Adesse; SILVA, Kátia Silveira da; BONAN, Claudia; FONSECA, Vania Matos. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 694-706, Jul-Set 2015.

AGUIAR, Janaina Marques de; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas d'; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (11): 2287-2296, nov, 2013.

AGUIAR, Janaina Marques de; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas d'. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n. 36, pp. 79-91, jan./mar, 2011.

ALECRIM, Gisele Machado; SILVA, Eduardo Pordeus; ARAUJO, Jailton Macena de. Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal. **Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito**. Centro de Ciências Jurídicas - Universidade Federal da Paraíba, nº 02, 2º semestre de 2014.

ÁLVAREZ, Sonia. **Engendering democracy in Brasil**: women's movements in transition politics. Princeton: Princeton University Press. 1990.

ALVES, J. A. Lindgren. **Os Direitos Humanos na Pós-Modernidade**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

ARGENTINA, **Ley Nacional nº 26.485**, de 11 de março de 2009. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: <<http://www.diputados.gov.ar/frames.jsp?mActivo=legislacion&p=http://www.hcdn.gob.ar/legis>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

BANCO MUNDIAL, 2009. **Gender-Based Violence, Health and the role of the Health Sector**. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGGBVHealth.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70, 2009.

BEECH BL, Willington S. **Listen With Mother**. Disponível em: <<http://www.aims.org.uk/Journal/Vol19No2/editorial.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

BONAVIDES, Paulo, 1993. **Do Estado liberal ao Estado Social**. 8ª ed. São Paulo: Malheiros, 1993.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução Normativa - RN nº 368**, de 6 de janeiro de 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=rw&id=Mjg5Mg>>. Acesso em: 26 out. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**, 2014.

BRASIL. **Lei nº. 11.108**, de 07 de abril de 2005, a qual garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS**, 2004. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizausus/11-humanizausus/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acesso em 10 out. 2017.

BRASIL. **Decreto nº. 4.388**, de 25 de setembro de 2002, que promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4388.htm>. Acesso em: 11 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso: 02 nov. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal – normas e manuais técnicos**, 1998. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_atual/CON1988.asp>. Acesso em: 10 out. 2017.

BUARQUE, Cristina; VAINSENER, Semira Adler. **ONGS no Brasil e a questão de gênero**. Trabalhos para discussão – TDP nº. 123/2001. Disponível em <<https://periodicos.fundaj.gov.br/TPD/article/view/932/653>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

BUNCH, Charlotte. Women's Rights as Human Rights: Toward a Re-Vision of Human Rights. **Human Rights Quarterly**, v. 12, n. 4, nov. 1990.

CARAFASI, Maria Valéria Mielotti. Violência Obstétrica – Aceitar Caladas a Impunidade? **Revista Jurídica CONSULEX**, ano XVIII, nº. 414, 2014.

CARLOTO, Cássia Maria. O Conceito de Gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista**. Londrina: v. 3, n. 2, Jan/Jun 2001.

CARVALHO, Marília Gomes de; TORTATO, Cíntia Souza Batista. Gênero: considerações sobre o conceito. In: CARVALHO, Marília Gomes de; CASAGRANDE, Lindamir Salete; LUZ, Nanci Stancki da (Org.). **Construindo a igualdade na diversidade**. Curitiba: UTFPR, 2009.

CEDAW, **Recomendação Geral nº. 24**, 1999. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>. Acesso em 08 mai. 2017.

CEDAW, **Recomendação Geral nº. 19**, 1992. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19>>. Acesso em: 08 mai. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 036/2014** – CT, 2014, p. 04. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2014_036.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2017.

DA SILVA, Lúcia Cristina Florentino Pereira, e Evelyn Priscila SANTINON. **Sistema Único de Saúde e Direitos Humanos**: A busca pelo quinto objetivo de desenvolvimento do milênio –ONU. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8001>. Acesso em 20 out. 2016.

DAHLBERG, Linda L; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007.

DE LIMA, Prince Vangeris Silva Fernandes. **Liga de Humanização do Parto e Nascimento da Universidade de Brasília**: Relato de Experiência. s.d. Disponível em: <<http://www.oas.org/dil/port/1993>>. Acesso em: 11 set. 2016.

DIADEMA. **Lei Municipal nº 3.363**, de 1º de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.cmdiadema.sp.gov.br/legislacao/leis_integra.php?chave=336313>. Acesso em: 08 ago. 2017.

DINIZ, Simone G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde coletiva**, 10 (3): 627-637, 2005.

DINIZ, Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (doutorado em medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, 2006; I(1):80-91.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho; AGUIAR, Cláudia de Azevedo, et. al. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a Saúde

materna, e propostas para sua prevenção. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** 2015; 25(3): 377-84.

FAÚNDES, Aníbal. Estado atual e perspectivas dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. **Jornal da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.** Direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. São Paulo: FEBRASGO, ano 6, nº. p. 04-06, 6 jul. 1999.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2. Rio de Janeiro: abr./jun. 1991.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Trad.: Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica.** Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 1977.

FRASER, Nancy. What's Critical about Critical Theory: The Case of Habermas and Gender. In: BENHABIB, Seyla; CORNELL, Drucilla. **Feminism as Critique.** Minneapolis: University of Minnesota, 1986. pp. 31-56.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Violência no parto:** Na hora de fazer não gritou, 2013. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

GAYESKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis: v.19, n.4, out./dez. 2010.

GOER H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **J Perinat Educ.** 2010; 19(3):33-42.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2009.

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, abr./jun. 2015.

JOÃO PESSOA. **Lei nº. 13.061**, de 17 de julho de 2015. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2015/1306/13061/lei-ordinaria-n-13061-2015-dispoe-sobre-a-implantacao-de-medidas-de-informacao-a-gestante-e-a-parturiente-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal-visando-a-protecao-destas-contr-a-violencia-obstetrica-no-municipio-de-joao-pessoa-2015-07-17>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

KIRSCHBAUM, Charles. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Rev. bras. Ci. Soc.** v. 28, n. 82, São Paulo, jun. 2013.

KITZINGER, Sheila. **A Experiência de dar à luz**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

KITZINGER, Sheila. **Gravidez e Parto**. São Paulo: Círculo do Liveo, 1980.

LEROI-GOURHAN. André. *Le geste et la parole II: La mémoire et les rythmes*. Paris: Albin Michel, 1965 *apud* PESSIS, Anne-Marie; MARTIN, Gabriela. *Das Origens da Desigualdade de Gênero*. In: CASTILLO-MARTÍN, Marcia; OLIVEIRA, Suely (Org.). **Marcadas a Ferro – Violência contra a mulher**. Uma visão disciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

LIRA, Kalline Flávia S. de. (Re) afirmando os direitos das mulheres no sertão de Pernambuco. In: CARDOSO, Fernando da Silva; CAVALCANTI, Maria de Fátima Galdino da Silveira; LUNA, Maria José de Matos (Org.). **Cultura de paz: Gênero, sexualidade e diversidade**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

LISBOA, Victor. **Os médicos, as galinhas e os cubanos**, publicado em 28 de agosto de 2013. Disponível em: <<https://papodehomem.com.br/os-medicos-as-galinhas-e-os-cubanos>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

LOURO, Guacira Lope. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Editora Vozes, 1997.

LUCENA, Maria de Fátima Gomes de. **Saúde, Gênero e Violência**: um estudo comparativo Brasil/França sobre a saúde da mulher negra. Recife: Editora Universitária, 2014.

LUNA, Maria José de Matos; FREITAS, Luciano. *Violência contra mulher e promoção da igualdade*. In: **Educação, Gênero e Diversidade**. Recife: Editora Universitária, 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. *Violência Obstétrica Como Violência de Gênero e Violência Institucionalizada: Breves Considerações a Partir dos Direitos Humanos e do Respeito às Mulheres*. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int.** (Unibrasil), Curitiba: v. 2, n. 25, jul/dez 2016, p. 48-60.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência: um problema para a saúde dos brasileiros*. In: **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Ministério da Saúde: Brasília, 2005.

MISSE, Michel. **Crime e violência no Brasil contemporâneo**: Estudos de sociologia do crime e da violência Urbana. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2006.

MURY, Laura. **Violência Institucional**: casos de violação de Direitos Humanos na área de saúde materna e neonatal no Estado do Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<https://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2005, v.10, n.3. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>>. Acesso em: 17 out. 2017.

NARVAZ, Martha G.; KOLLER, Silvia Helena. Mulheres vítimas de violências domésticas: compreendendo subjetividades assujeitadas. **Psico**, v. 37, n. 1, pp. 7-13, jan./abr. 2006.

NOVAES, Elizabete David. Entre o público e o privado: o papel da mulher nos movimentos sociais e a conquista de direitos no decorrer da história. **História e Cultura**, Franca, v. 4, n. 3, p. 50-66, dez. 2015

ODENT, Michel. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEN, George Ruben. **Violência e Cultura no Brasil**. [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2010.

OMS. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLOS Medicine**. DOI:10.1371/journal.pmed.1001847, June 30, 2015.

OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2017.

OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher - Ação e produção de evidência**, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2017.

OMS. **World report on violence and health**, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf>, Acesso em: 18 abr. 2017.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1995.

OMS-PMNCH. **The PMNCH 2014 Report**, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/2014_pmnch_report/en/>. Acesso em: 04 mai. 2017.

ONG Saúde, Gênero e Direitos Humanos. **O reconhecimento dos direitos humanos das mulheres**. Disponível em: <<http://mulheres.org.br/v1/violencia/artigos13.html>>. Acesso em: 08 mai. 2017.

ONU. **Violencia contra las mujeres**. UN Department of Public Information, DPI/2546C, nov. 2009. Disponível em: <http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/factsheets/unite_the_situation_sp.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

ONU. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, 2000. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/tema/odm/>>. Acesso em: 04 mai. 2017.

ONU. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher** – Cedaw, 1979. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 11 jan. 2017.

PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. **Estado tem o dever de prevenir e punir a violência obstétrica**, 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetricar>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede Pela Maternidade Ativa. **Parirás com dor – Dossiê da Violência Obstétrica**, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

PARTO DO PARTICÍPIO. **Dossiê Violência Obstétrica - Parirás com dor**. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2002. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2017.

PESSIS, Anne-Marie; MARTIN, Gabriela. Das Origens da Desigualdade de Gênero. In: CASTILLO-MARTÍN, Marcia; OLIVEIRA, Suely, de (Org.). **Marcadas a Ferro – Violência contra a mulher**. Uma visão disciplinar. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. v. 2. 2ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

PINTO, Célia Regina Jardim. Feminismo, História e Poder. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v18n36/03.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**. v.11, n.2, jul/dez. 2008. pp.263-274.

PORTELLA, Ana Paula. Novas Faces da Violência contra as Mulheres. In: CASTILLO-MARTÍN, Marcia; OLIVEIRA, Suely, de (Org.). **Marcadas a Ferro – Violência contra a mulher. Uma visão disciplinar**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

PULHEZ, Mariana Marques. **A "violência obstétrica" e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. s.d. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1386706264_ARQUIVO_MarianaMarquesPulhez.pdf>. Acesso em: 5 set. 2014.

RAITER, Carla. **1:4 retratos da violência obstétrica. Carla Raiter**. s.d. Disponível em: <<http://carlaraiter.com/1em4>>. Acesso em: 15 out. 2014.

RIBEIRO, Margeli Luziano. **O cuidado às Mulheres no aborto provocado: um olhar da enfermagem**. [Relatório de pesquisa apresentado ao curso de enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2008, p. 10.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongio. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu** (16) 2001: pp. 115-136. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>>. Acesso em 20 jul. 2016.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongio. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongio. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo Perspec**. [online]. 1999, vol.13, n.4, pp.82-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009>. Acesso em: 17 out. 2017.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongio. Equidade e Paridade para obter igualdade, o social em questão. **Revista do Programa de Mestrado em Serviço Social da PUC/Rio**. n. 1, jan./jun, 1997. pp. 63-70.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongio. Rearticulando gênero e classe social In: **Uma questão de Gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1992, pp. 183-215.

SANTOS, Marina França. Direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil e o estado de exceção no caso Adedir. **Revista Ártemis**. v.18, n.1, jul-dez, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/22541/12504>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

SANTOS, Sydney Francisco Reis dos. **Mulher: Sujeito ou Objeto de Sua Própria História?** Um Olhar Interdisciplinar na História dos Direitos Humanos das Mulheres. Florianópolis: OAB/SC, 2006.

SARMENTO, George; CAVALCANTI, Stela (Coord.). **Violência doméstica e assédio moral contra as mulheres**. Maceió: EDUFAL, 2009.

SCHMIDT, Joessane de Freitas. As mulheres na Revolução Francesa. **Revista Thema**. v. 9. n. 2, 2012. Disponível em: <<http://revistathema.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/147/67>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

SCHRAIBER, LB., et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila, 2002. [Do original Joan Scott – Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press, 1989].

SENA, Lígia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência Obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface comunicação saúde educação**, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2017.

SILVERMAN, David. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Trad.: Magda França Lopes. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOHSTEN, Erika da Rocha Von; BARROS, Ana Maria de. O respeito à dignidade da mulher e o direito a um parto humanizado. In: DUARTE, Ana Maria Tavares; BARROS, Ana Maria de; BAZANTE, Tânia Maria Goretti Donato. **Gênero em debate – dialogando sobre educação, inclusão social e direitos humanos**. Recife: Ed. Dos Organizadores, 2014.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica**. Considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento. São Paulo: Artemis, 2015.

STAKE, Robert E. **Pesquisa Qualitativa – Estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

STOLLER, Robert. **Sex and gender**: the development of masculinity and femininity. New York: Science House, 1968.

THINK OLGA, **Meu corpo não é seu** - Desvendando a violência contra a mulher. Companhia das Letras: São Paulo, 2014.

UNICEF. **Quem espera, espera**, 2017. Disponível em: <<http://www.quemesperaespera.org.br/>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**, de 16 de março de 2007. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 17 ago. de 2016.

VIANNA, Cláudia; RIDENTI, Sandra Unbehaum. Relações de Gênero na escola: das diferenças ao preconceito. IN: AQUINO, J.G de (Coord.) **Diferenças e preconceitos na escola: Alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998, pp. 93-105.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: GRIFFIN, Karen (Org.) **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

APÊNDICE A - QUESTÕES DA ENTREVISTA

I. Formulário inicial (entrevista realizada até o 7º mês de gestação):

Dados pessoais

- a) Nome:
- b) Idade:
- c) Cor/raça:
- d) Escolaridade:
- e) Profissão:
- f) Endereço:
- g) Telefones para contato:

Dados da gestação:

- h) Hospital de atendimento:
- i) Primeira gestação: ()sim ()não
- j) Já teve abortamento anterior: ()sim ()não
em caso positivo, por qual motivo:
- k) Quantas semanas de gestação:
- l) Alguma complicação até a presente data: ()sim ()não
Qual:
- m) Está tomando algum medicamento: ()sim ()não
Qual:
- n) Sentiu algum incômodo no atendimento médico/hospitalar: ()sim ()não
Qual:
- o) Está conseguindo esclarecer todas as dúvidas? ()sim ()não
- p) Quais exames já realizou:
- q) Realizou exames de Sífilis?
- r) Realizou exames de diabetes?
- s) Quantas ultrassonografias realizou até a presente data:
- t) Está se sentindo confortável com o acompanhamento:

II. Formulário final (após o parto – visita domiciliar ou hospitalar)

- a) Com quantas semanas ocorreu o parto:
- b) Entrou em trabalho de parto: ()sim ()não
- c) A bolsa estourou espontaneamente?
- d) O parto foi agendado: ()sim ()não
Se positivo, por qual motivo:
- e) O parto foi realizado no primeiro hospital no qual procurou atendimento:
()sim ()não
Em caso negativo, por qual motivo:
- f) Esperou quanto tempo pelo início do atendimento?
- g) Foi solicitada autorização para a realização destes procedimentos?
- h) A posição em que esteve no parto foi imposta?
- i) Tomou medicação intravenosa: ()sim ()não
- j) Recebeu toque intravaginal: ()sim ()não
- k) Foi realizada episiotomia: ()sim ()não
- l) Foi realizada manobra de kristeller: ()sim ()não
- m) Acredita que sofreu algum tipo de preconceito ou discriminação?
Em caso positivo, qual:
- n) Acredita que sofreu algum tipo de maus tratos?
Em caso positivo, qual:
- o) Acredita que sofreu algum tipo de violência?
Em caso positivo, qual:
- p) Teve acompanhante durante todo o período que esteve no hospital? ()sim ()não
- q) Foi de livre escolha a pessoa que acompanhou? ()sim ()não
- r) Foi utilizada analgesia:
Métodos não-farmacológicos da dor? ()sim ()não
Anestesia propriamente? ()sim ()não
- s) Era o que desejava: ()sim ()não
- t) Foi elaborado um plano de parto: ()sim ()não
- u) A equipe que lhe recebeu, respeitou seu plano de parto? ()sim ()não
- v) Tem alguma reclamação em relação ao atendimento hospitalar:
- w) Tem alguma reclamação em relação à equipe médica / enfermeira:
- x) O que sente quando pensa no nascimento do seu filho (a):