

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E MEIO
AMBIENTE**

MARIA MARTHA RENNÓ RIBEIRO CHAVES DE FREITAS

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DE DIREITOS
REPRODUTIVOS**

VOLTA REDONDA

2018

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E MEIO
AMBIENTE**

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DE DIREITOS
REPRODUTIVOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Aluna:

Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves de Freitas

Orientador:

Prof. Dr. Júlio César Soares Aragão

VOLTA REDONDA

2018

Dedico este trabalho aos meus pais e meu irmão, que tanto me incentivaram na conclusão deste Mestrado. Ao meu marido, que compreendeu minha ausência, apoiando incondicionalmente os meus estudos e o crescimento profissional. Ao Léo, cada vez mais atencioso e encorajador.

Agradeço aos professores do Mestrado, que contribuíram profundamente para o meu crescimento profissional. Agradeço também às mulheres que se dispuseram a participar desta pesquisa, relatando suas histórias de vida e vivências sobre a Violência Obstétrica.

Não aceito mais as coisas que não posso mudar, estou mudando as coisas que não posso aceitar.

Angela Davis

RESUMO

O presente trabalho objetiva discutir a inviolabilidade do acesso à política de Planejamento Familiar (regulamentada através da Lei nº 9.263/96), analisar seus impactos no cotidiano da família e enfrentar os dilemas éticos de profissionais da política de Saúde. Cabe contextualizar inicialmente que a terminologia ainda não se difundiu amplamente na sociedade brasileira, sendo esta uma das razões pelas quais as vítimas encontram dificuldades em se reconhecer nesta situação. A Violência Obstétrica se caracteriza por condutas profissionais desumanizadas, ações intervencionistas abusivas e danosas à integridade física e psicológica de gestantes, desrespeito à sua autonomia e medicalização do parto, fatores estes que interferem diretamente nos processos reprodutivos das mulheres, redefinindo e transformando o parto em um evento patológico, opressor e traumático. Pesquisas apontam que grande parte das gestantes espera ser exposta a situações de violência mesmo antes da realização do parto. A produção acadêmica brasileira sobre este tema tem se limitado ao debate sobre a escolha do tipo de parto, a presença do acompanhante durante o procedimento e à episiotomia, questões certamente importantes para o debate sobre a Violência Obstétrica, mas que não exaurem todo o fenômeno. Os avanços conquistados pela Medicina, apesar de terem possibilitado a realização de um parto mais “humano” não garantem uma consolidação verdadeiramente humana na prática. Há de se considerar que o período gestacional e o momento do parto são marcados pelo processo de naturalização da violência contra a mulher, movimento este que se posiciona intrinsecamente relacionado às relações desiguais de gênero, que envolvem aspectos que são culturais, históricos e socialmente construídos na sociedade e perpetuados nas famílias. A efetivação do Planejamento Familiar representa então um passo decisivo na construção e ampliação da cidadania feminina, que envolve interesses contraditórios, que se confrontam em instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder. Respondendo a este diagnóstico geral, a presente pesquisa abordará qualitativamente a Violência Obstétrica mediante a descrição do fenômeno e complementada pela entrevista de onze mulheres participantes de um programa de orientação à gestante, que compartilharam suas percepções e experiências sobre a temática proposta. Para a abordagem teórica do presente estudo, será utilizado o referencial do Materialismo Histórico e Dialético, realizando aproximações com a Pedagogia Libertadora, de Paulo Freire e com as discussões realizadas por Michel Foucault, no que tange à relação existente entre “saber” e “poder”. Para contribuir com a ampliação das discussões sobre a Violência Obstétrica, fortalecer a autonomia de mulheres e contribuir para a construção de práticas profissionais pautadas em diretrizes éticas e com respeito à autonomia e dignidade humana, foi desenvolvido como produto educacional um livro, denominado “A Doce Espera”.

Palavras-chave: Planejamento Familiar, Violência Obstétrica, Gênero, Humanização.

ABSTRACT

This study aims to discuss the inviolability of access to Family Planning policy (regulated by Law 9.263 / 96), to analyze its impacts on the daily life of the family and to address the ethical dilemmas of health policy professionals. It is possible to contextualize initially that the terminology has not yet spread widely in Brazilian society, and this is one of the reasons why the victims find it difficult to recognize themselves in this situation. Obstetric Violence is characterized by dehumanized professional conduct, abusive and harmful intervention actions to the physical and psychological integrity of pregnant women, disrespect to their autonomy and medicalization of labor, factors that directly interfere with the reproductive processes of women, redefining and transforming childbirth into a pathological, oppressive and traumatic event. Research indicates that most pregnant women expect to be exposed to situations of violence even before the delivery. The Brazilian academic production on this topic has been limited to the debate about the choice of the type of delivery, the presence of the companion during the procedure and the episiotomy, issues that are certainly important for the debate about Obstetric Violence, but that do not exhaust the whole phenomenon. The advances made by Medicine, despite having made it possible to perform a more "human" birth, do not guarantee a truly human consolidation in practice. It must be considered that the gestational period and the moment of childbirth are marked by the process of naturalization of violence against women, a movement that is intrinsically related to unequal gender relations, involving aspects that are cultural, historical and socially constructed in the perpetuated in families. The implementation of Family Planning represents a decisive step in the construction and expansion of female citizenship, which involves contradictory interests that are confronted in political, economic and ideological instances of power. Responding to this general diagnosis, this research will qualitatively address Obstetric Violence through the description of the phenomenon and complemented by the interview of eleven women participating in a program of orientation to the pregnant woman, who shared their perceptions and experiences on the proposed theme. For the theoretical approach of the present study, the reference of Historical and Dialectical Materialism will be used, making approximations with Paulo Freire's Liberation Pedagogy and with the discussions made by Michel Foucault regarding the relation between "knowing" and "power" ". In order to contribute to the expansion of the discussions on Obstetric Violence, to strengthen the autonomy of women and to contribute to the construction of professional practices guided by ethical guidelines and with respect to human dignity and autonomy, a book was developed as "A Doce Espera".

Keywords: Family Planning, Obstetric Violence, Gender, Humanization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	13
2.1 RELAÇÕES DESIGUAIS DE GÊNERO E O PLANEMANTO FAMILIAR .	16
2.2 GERAÇÃO DE DOR COMO APRENDIZADO	21
3 SOBRE A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	27
4 ABORDAGEM TEÓRICA	37
5 ABORDAGEM METODOLÓGICA	41
5.1 ENTREVISTA.....	42
5.2 PÚBLICO-ALVO	44
6 PRODUTO EDUCACIONAL	45
7 RESULTADOS DA PESQUISA.....	48
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICE 1.....	71
ANEXO 1.....	72
ANEXO 2.....	78
ANEXO 3.....	81
ANEXO 4.....	84

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de oito anos de experiência profissional como Assistente Social, desenvolvendo um programa de orientação à gestante e à mãe na rede de proteção social básica vinculado à Política de Assistência Social em um Município do interior do Estado de São Paulo, pude identificar o crescente questionamento das mulheres sobre as experiências vivenciadas ao longo do período gravídico e durante o parto.

O programa vem sendo desenvolvido continuamente em uma Instituição Sem Fins Lucrativos ou Políticos Partidários há vinte e oito anos. Seus objetivos consistem na contribuição para a construção e fortalecimento de vínculos familiares, no incentivo ao aleitamento materno, na ampliação do universo informacional sobre a gestação, o exercício da maternidade e sobre a efetivação dos direitos de cidadania com o favorecimento do acesso de gestantes aos serviços de saúde. O Manual Técnico do Ministério da Saúde prevê que, dentre outros parâmetros, seja efetivada a “realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação” (BRASIL, 2005, p. 8).

A frequência das mulheres no programa pôde apresentar por consequência a exposição de relatos de ações abusivas por parte de profissionais da Saúde, negligência ou negação do atendimento e atitudes arbitrárias para com as usuárias em todo o período pré-natal, durante e após o parto. Em algumas situações, estas atitudes foram relatadas sem a percepção de que os direitos de cidadania estavam sendo gravemente violados. Para muitas, as situações experienciadas nas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Maternidade se caracterizavam como naturais, o que contribui para que algumas mulheres não se reconheçam como vítimas de Violência Obstétrica. Muitas mulheres “atribuem o atendimento ruim à “falta de sorte” e isto demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto” (CIELLO, et. al., 2012, p. 130).

A situação propulsora desta pesquisa se refere a uma mulher já participante do programa em três outros momentos. Certo dia, a usuária buscou a Instituição com a finalidade de se informar sobre as possibilidades de cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização de cirurgia de reversão da laqueadura tubária. Durante o atendimento nas consultas de pré-natal do seu último filho, o

tamanho da sua família era constantemente questionado pelo seu obstetra de referência, afirmando que três filhos seriam o suficiente. Em contrapartida, a mulher e seu companheiro sonhavam com uma família numerosa, composta por pelo menos cinco filhos. Após a realização do último parto, a usuária descobriu que havia sido submetida ao procedimento de laqueadura tubária sem o seu consentimento. Esta informação foi dada pela própria irmã, que autorizou o procedimento por compartilhar do mesmo entendimento do médico.

Em outro *locus* de atuação, quando exerci ações na rede de proteção social especial de alta complexidade, o Serviço Social da Instituição foi acionado pelo Conselho Tutelar com a incumbência de efetivar providências em relação à cirurgia de histerectomia¹ de uma gestante do sexto filho. Cinco de seus filhos já haviam sido afastados do seu convívio por meio de medida protetiva de abrigo. Para se defender, a mulher perambulava pelas ruas do Município com a blusa erguida, anunciando sua gestação como forma de protesto em relação ao referido órgão, permanente, autônomo e não jurisdicional (em conformidade com a Lei nº 8.069/90, Art. 131). Sua revolta era embasada na negação do direito de exercer a maternidade em sua plenitude.

A ação do Conselho Tutelar consistia neste caso em solicitar autorização judicial para a realização da histerectomia naquela mulher, de forma a evitar que esta pudesse gestar outras crianças. Não obstante, o órgão pretendia afastar a criança de sua genitora ainda na maternidade, imediatamente após o parto, impedindo que a convivência familiar fosse iniciada e os laços afetivos construídos, como já ocorrido outras três vezes.

A perpetuação deste tipo de prática e seu enraizamento na sociedade ferem gravemente as premissas fundantes do Planejamento Familiar (anexo 1) e representam uma violação aos direitos à dignidade humana, à autonomia, à liberdade, além de expressarem infrações éticas por parte dos profissionais envolvidos. Diante disto, questiono se a existência de códigos de ética profissionais e de legislações de garantia de direitos é suficiente para que os serviços se efetivem pautados na premissa da humanização.

¹ Segundo o Art.10, §4º da Lei nº 9.263/96, “a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através de laqueadura tubária, vasectomia ou de método cientificamente aceito, sendo vetada através da histerectomia e ooforectomia” (BRASIL, Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996).

Em vista deste debate, a presente pesquisa se propõe a abordar a Violência Obstétrica vivenciada por mulheres usuárias do referido programa desenvolvido em uma Instituição sediada no interior do Estado de São Paulo, com o objetivo de descobrir quais são as implicações desta experiência para a família. Frente à crescente demanda e progressiva abordagem sobre a Violência Obstétrica em âmbito mundial, estudou-se a violação do acesso ao Planejamento Familiar através das vivências manifestadas por onze mulheres. Em busca de discutir formas de se promover a autonomia feminina e superar as desigualdades de gênero nos processos de pré-natal e de parto, o objeto deste estudo é a mulher e o complexo familiar, por considerar que estes representam o público mais afetado pelas práticas e condutas ilegais, abusivas e arbitrárias por parte de profissionais de Saúde.

Diante do exposto, considero imprescindível também debater sobre a conduta de profissionais de Saúde, envolvidos no processo de atendimento à família e a instauração da relação entre profissionais e pacientes. “Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento” (BRASIL, 2001, p. 10) e assim buscar romper com o ciclo de violência e imposição de poder no qual tem se instaurado os processos de parto.

A violência “se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos” (CHAUÍ, 1999, apud SCHILLING, 2000, p. 60). Considerando a complexidade o debate sobre a ética e a relação estabelecida entre profissionais e pacientes, concordo com Schilling (2000) no sentido de que:

esta definição é ampla e moderna: incorpora a violência, indo além da violência física, a violência psíquica contra alguém. Ações que comportam humilhação, vergonha, discriminação, são consideradas hoje condutas violentas. Além da violência interpessoal ou intersubjetiva, incorpora a violência social, supondo toda a dimensão estrutural da violência, própria da sociedade [...] Propõe que existe violência quando tratamos sujeitos – seres livres, racionais e sensíveis – como coisas (SCHILLING, 2000, p. 60).

Foucault (1995) discorre sobre a significação da palavra sujeito e a apresenta como dependência a alguém ou controle. “Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo [...] impõe-lhe uma lei de verdade [...] é uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos” (FOUCAULT, 1995, p. 235).

Estas condutas arbitrárias, vexatórias e coercitivas podem ser revertidas em consequências severas (em curto, médio e longo prazo) para a mulher e para sua família e, nos casos mais graves e extremos, até causar a morte. Lutar contra esta lógica instaurada no modelo societário da atualidade representa:

não mais tratar o outro como coisa, significa começar a superar a violência das relações, significa descobrir-se como sujeito e descobrir o outro como sujeito, livre, racional e sensível, capaz de fazer e de agir eticamente. Significa levar em consideração as várias dimensões da violência, perceber seu sólido enraizamento com a estrutura econômica da sociedade; os diversos lugares e expressões mais ou menos ocultas em que se desenvolve e frutifica; as diferentes dimensões de seu impacto social em grupo de vítimas, provocando, por momentos, a vitimização coletiva. Significa abandonar as soluções individuais que reforçam o isolamento e a arquitetura da indiferença e buscar soluções coletivas que transformem essa “ordem” e levem à realização dos direitos humanos ao pleno respeito pela dignidade humana (SCHILLING, 2000, p. 65).

Considerando a complexidade do fenômeno da violência, os resultados desta pesquisa poderão contribuir com a ampliação do universo informacional de mulheres, de forma a proporcionar a identificação de alguns sinais de ações abusivas e ilegais por parte de profissionais de Saúde ao longo do período gestacional. Cabe apontar que uma parcela considerável de mulheres não se reconhece como vítimas de Violência Obstétrica, mesmo com a apresentação do discurso de terem sido submetidas, em algum momento de sua gestação, às práticas anteriormente mencionadas.

Delfino (2016, p.3) aponta que “o ato (Violência Obstétrica) tende a ser naturalizado, banalizado a ponto da mulher não se reconhecer como vítima. A naturalização é uma característica do cotidiano”. Outra notável parcela da população feminina ainda desconhece esta nomenclatura, o que reforça a relevância da expansão do debate sobre a temática. Esta evidência nos leva a questionar se as gestantes recebem as devidas instruções no decorrer da efetivação do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, de modo que possam se fortalecer e conquistar autonomia suficiente para reconhecer os sinais de Violência Obstétrica, ou se estes espaços reforçam a subjugação do gênero feminino. Este questionamento aproxima este debate à discussão sobre as desigualdades de gênero.

Desta forma, o presente estudo pretende cooperar com o alargamento do acesso aos direitos reprodutivos, oferecendo subsídios para a consolidação do

Planejamento Familiar, com vistas ao fortalecimento da autonomia das usuárias e o acesso aos direitos de cidadania. Desta forma, o presente estudo está estruturado de maneira a debater o cenário da Violência Obstétrica em relação às legislações promulgadas e discutir as relações desiguais de gênero inerentes à efetivação da política de Planejamento Familiar. Foram também apresentados indícios que reforçam a geração de dor nas mulheres como forma de aprendizado e correção de comportamentos. Diante disto, a discussão sobre a humanização dos serviços de Saúde se apresenta inevitável. Por fim, foram apresentados os resultados da pesquisa realizada com onze mulheres, a qual buscou analisar as percepções das mulheres quanto aos atos e condutas aos quais estas foram submetidas durante seu período gestacional e qual foram os reflexos destas experiências para suas famílias.

Para ampliar a discussão sobre os dilemas éticos que envolvem a efetivação da política de Planejamento Familiar, foi produzido um livro, cujo título é “A Doce Espera: Quando gerar uma vida de torna um trauma...”. Este produto educacional, respaldado pelo referencial teórico de Paulo Freire busca ressaltar a importância dos espaços informais de ensino e proporcionar ferramentas para a transformação da sociedade por meio da conquista da autonomia para o enfrentamento da Violência Obstétrica. De forma concomitante, o livro também será destinado a estudantes e profissionais da área de Saúde, como forma de convite para a reflexão sobre a construção da prática profissional pautada em diretrizes éticas e com respeito à autonomia e à dignidade humana.

Diante do exposto, este estudo se torna relevante na medida em que se problematiza os direitos individuais e coletivos das mulheres, oferecendo inclusive algumas soluções para a redução dos índices de Violência Obstétrica, ainda inexpressivamente oficializados pelos órgãos competentes.

2 O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

As mulheres vivenciam durante a gestação diversas situações que se contrapõem à legitimidade dos direitos reprodutivos e dos direitos humanos. “A vivência do parto marca uma grande mudança corporal na mulher e, para além disso, uma reconfiguração de todos os papéis e relações que tem na vida” (MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 9). Considerando que “a violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que está em franca expansão” (ANDRADE;AGGIO, 2014,

p. 146), com cada vez mais frequência acompanhamos a ampliação da discussão sobre um tipo específico de violência contra a mulher: a Violência Obstétrica.

A Violência Obstétrica constitui parte do processo de violação de direitos da mulher em seu período gestacional. “De acordo com uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres é vítima de violência obstétrica durante o parto no Brasil” (POMPEO, 2014). Segundo a avaliação de Muniz e Barbosa, a Violência Obstétrica representa:

Um problema recorrente presente nas práticas da atenção destinada à mulher no parto e envolve questões sociais como de gênero, de raça, de classe e institucional. Configura-se como violência, a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia (MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 1).

Uma definição mais pormenorizada é encontrada em Juarez et al:

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ et al, 2012, apud, ANDRADE;AGGIO, 2014, p. 1).

A cartilha produzida pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo em 2014 apresenta as formas mais comuns de Violência Obstétrica no parto, as quais se consolidam na prática como:

- Recusa da admissão em hospital ou maternidade (peregrinação por leito);
- Impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher;
- Procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso). Exemplos: soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto por conveniência médica, exames de toque sucessivos e por diferentes pessoas, privação de alimentos, episiotomia (corte vaginal)², imobilização (braços e pernas), etc;
- Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio;
- Cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher;

² Segundo Hotimsky, a episiotomia se caracteriza por “incisão cirúrgica realizada para alargar a abertura vaginal ou períneo. Trata-se de uma intervenção que causa dor e desconforto no pós-parto, que pode interferir com a função orgástica e está associada a riscos de infecção bem como a outros danos a saúde” (HOTIMSKY, 2009, p.2).

- Impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;
- Impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo a amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc) (BRASIL, 2014 (a)).

Diante disto, observamos que não apenas o fenômeno do parto representa um momento de violação de direitos e de desumanização dos serviços de Saúde. Todas as etapas do processo que envolve o nascimento do bebê, desde o acolhimento nas Unidades de Saúde, a relação estabelecida entre os profissionais e a paciente, a valorização das suas escolhas e o envolvimento da família precisam ser analisados. Por isto,

[...] além da importância da conceituação da violência obstétrica e seus correlativos, é também muito importante o reconhecimento e igual tratamento da violência institucional, haja vista que a maioria dos partos acontece em hospitais, podendo a mulher sofrer a violação de seus direitos por um servidor técnico-administrativo, logo no momento de sua admissão. A figuração das violências psicológica e física desdobradas nas formas de ameaça e assédio são também relevantes para situar com mais exatidão o grau e intensidade da violência sofrida pelas mulheres durante a gestação e parto (CIELLO, et. al, , 2012, p. 50).

Além das características especificadas à Violência Obstétrica, as seguintes práticas também reforçam a criação de um ambiente obstétrico traumático: o atraso dos médicos (que impossibilita a gestante de realizar suas tarefas cotidianas), a ausência de profissionais nas datas de plantão (que exige remarcação de consulta), a morosidade nos agendamentos dos exames (que contribui para que as gestantes encerrem a gestação sem terem realizados todos os exames, ou com a constância necessária), a falta de reposição de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, o preenchimento incorreto ou com informações incompletas na caderneta da gestante e, por fim, as situações vexatórias ou autoritárias vivenciadas no momento do parto. Assim, constata-se que:

O direito legalmente instituído não garante sua efetivação, uma vez que a construção dos direitos sociais está intimamente relacionada às dimensões políticas e econômicas e os direitos reprodutivos aos aspectos culturais e sociais (FERREIRA, et al., 2014, p. 389).

O retrato deste cenário permite a verbalização de que “este atendimento é marcado por violência física, verbal e simbólica” (DINIZ, 2006, apud MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 2). A Violência Obstétrica se apresenta contraposta a alguns direitos garantidos ao usuário dos serviços de Saúde, tais como:

[...] direitos à integridade corporal (não sofrer dano evitável), à condição de pessoa (o direito à escolha informada de procedimentos), o direito a estar livre de tratamento cruel, desumano ou degradante, (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos), o direito à equidade, tal como definida pelo SUS (DINIZ, 2005, p. 633).

Diante deste cenário, é importante considerar que, “para as mulheres, há um agravamento substancial que envolve a saúde, se levarmos em consideração os graves problemas decorrentes do gênero” (ZORZAM, 2013, p. 14). A relações desiguais e assimétricas entre mulheres e profissionais de Saúde são “representadas pelo desconhecimento acerca dos acontecimentos relacionados ao processo parturitivo e de direitos, uma vez que às mulheres vem sendo negado tradicionalmente o acesso a este conhecimento” (GRIBOSKI;GUILHEM, 2006, p. 112).

Assim, parece irrecusável a existência de um problema de fundo mais radical, que organizaria as más condutas profissionais que convergem para a Violência Obstétrica. Portanto, é essencial que a política de Planejamento Familiar seja discutida à luz das relações desiguais de gênero.

2.1 RELAÇÕES DESIGUAIS DE GÊNERO E O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Os direitos reprodutivos referem-se não apenas ao cidadão, individualmente, mas ao núcleo familiar, pois “a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres” (BRASIL, 2001, p. 9). A Lei nº 9.263/96, que trata do Planejamento Familiar³, apresenta no artigo terceiro que esta “é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde”.

³ Segundo Rego et al, “o planejamento familiar é um ato consciente que torna possível ao casal programar quantos filhos terá e quando os terá. Permite às pessoas e aos casais a oportunidade de escolher entre ter ou não filhos de acordo com seus planos e expectativas” (REGO, et. al, 2014, p. 46).

A prevenção de uma gestação ou a decisão do aumento da família deve, sob as premissas do Planejamento Familiar, integrar ações de responsabilidades de mulheres, homens e do casal. “A compreensão dos sujeitos sobre o planejamento familiar como direito reprodutivo é crucial para a sua real efetivação de forma consciente e autônoma” (FERREIRA, et al., 2014, p. 392). Contudo, não se deve admitir a culpabilização e penalização da mulher pelo advento do aumento da prole, reflexo de uma sociedade pautada em base “patriarcal, capitalista e androcêntrica” (MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 1). As discussões que envolvem as teorias do patriarcado apontam para avanços significativos, no entanto:

[...] algumas levantam a possibilidade de que o patriarcado pode não estar extinto nem estar apresentando sinais de exaustão, mas seguramente sofreu transformações para garantir sua sobrevivência num mundo em que os papéis sociais de gênero estão mudando em velocidade vertiginosa (PASINATO, 2011, p. 237).

Mesmo com os avanços legais e marcos regulatórios conquistados, fruto da articulação dos movimentos sociais com o Estado, os quais Zorzam (2013, p. 44) apresenta como mais expressivos, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, criado em 1985), Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM – 1985), Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Mulher (instaurados a partir de 1983), Delegacias de atendimento à mulher (1985), Centro de Orientação Jurídica à Mulher (1985) e cursos sobre os direitos das mulheres em academias de Polícia (1985), a questão de gênero permanece evidente, uma vez que ao homem raramente são levantados questionamentos sobre a quantidade de filhos mantidos em sua família.

Tais diferenças são apresentadas por Campos e Teixeira (2010) como expressão do código de ações permitidas a homens e mulheres, conjunto de normativas este social e historicamente construído.

Para além da diferença biológica e social, entre homens e mulheres, as sociedades elaboram de maneira diferenciada, social, econômica e culturalmente determinada, um conjunto de normas, valores, costumes e práticas que definem o modo de ser, atitudes e comportamentos próprios a homens e mulheres (CAMPOS;TEIXEIRA, 2010, p. 21).

Os modos de ser e se posicionar, estabelecidos a partir de parâmetros de comportamentos impostos a homens e mulheres, disseminados na infância,

perpetuados e reforçados ao longo da vida, resultam em agravantes que perpassam por diversos âmbitos de reprodução social do cidadão. Este conceito permite “compreender as múltiplas e distintas formas de relações entre homens e mulheres, que incluem valores, símbolos e linguagens presentes nas formações culturais” (ZORZAM, 2013, p.26). Deste modo,

a situação de desigualdade – econômica, social e cultural - que atinge as mulheres é sobejamente conhecida e pode ser facilmente identificada quando se observam as diferenças entre a vida de homens e mulheres, na medida em que se constata o quanto as sociedades tratam, diferentemente, as pessoas, a partir de esferas “generificadas” – com desvantagem para as mulheres (SOUZA, TYRRELL, 2006, p. 50).

As desigualdades entre os sexos são demonstradas por registros da arqueologia pré-histórica. Pessis e Martin (2005) apontam que as prováveis causas do estabelecimento destas desigualdades podem advir do desenvolvimento técnico e instrumental, das relações de proteção e fragilidade, defesa do território e das chances de sobrevivência dos grupos daquela época. Considerando que, entre “cada gravidez e cuidado pós-natal, transcorria pouco tempo, é provável que o grupo não outorgasse maior importância à capacitação da mulher para as atividades violentas capazes de garantir a sobrevivência” (PESSIS; MARTIN, 2005, p. 21). Por conta disto, a responsabilidade pela maternidade recaiu historicamente sobre a mulher, enquanto o homem seria o responsável pela apropriação do conhecimento.

Porém, a Revolução Industrial permitiu o acesso de mulheres às fábricas por meio da abertura de novos postos de trabalho, surgidos com a industrialização. Assim, o trabalho fabril permitiu às mulheres o “acesso à informação, educação e aprendizado técnico” (PESSIS; MARTIN, 2005, p. 22). Com esta diferenciação em relação às tarefas destinadas para homens e mulheres superadas, surgem outros empecilhos para a conquista da igualdade de gênero.

O grande problema vai ser a dificuldade de superar os estereótipos comportamentais e as formas de organização familiar estruturada sobre a desigualdade de gênero. O peso das ideologias foi um grande aliado para a conversação dessas estruturas de desigualdade, que são geradoras de violência institucional e doméstica. A origem dessa desigualdade responde a formas de organização “teleonômicas” que originalmente, na história evolutiva de nossa espécie, permitia a sobrevivência do grupo. Quando essa funcionalidade é superada, quando a divisão do trabalho por gênero já não responde a uma necessidade real, a ideologia masculina passa a ser predominantemente imposta para garantir a continuidade das estruturas de poder (PESSIS; MARTIN, 2005, p. 22).

O Planejamento Familiar consiste em um “direito reprodutivo e sua efetivação possui interface com aspectos culturais, morais e envolve relações de gênero” (FERREIRA, *et al.*; 2014, p. 387). Direitos são violados e justificados pela posição social ocupada pela mulher na sociedade, comportamento este que atinge a família em toda a sua complexidade, ao mesmo tempo em que ela própria a perpetua. Tal percepção corrobora com as investidas de manutenção de diversas expressões de desigualdade para que se fortaleça o poder do homem sobre a mulher.

Torna-se necessário “compreender que as relações de poder se exercem de maneira transversal na sociedade, o que faz com que existam diferentes experiências de ser mulher, de ser homem e de vivência da violência” (PASINATO, 2011, p. 239). Desta forma,

a despeito de tais considerações, a perspectiva de gênero como produto das relações sociais foi capaz de dar uma justificativa lógica para a existência do conflito entre homens e mulheres. Por meio das origens, das desigualdades entre os sexos, tornou-se mais fácil verificar a extensão, bem como a gravidade deste problema nitidamente cultural (OLIVEIRA, 2012, p.156).

Assim sendo, a efetivação do Planejamento Familiar se apresenta intrinsecamente relacionada às questões de gênero, “as quais envolvem aspectos históricos que são cultural e socialmente construídos. São permeadas por relações de poder que se estabelecem de forma desigual entre os sexos” (FERREIRA, *et al.*, 2014, p. 388). Finalmente,

O planejamento familiar, embora representando um passo decisivo em direção à construção da cidadania feminina, na prática, reflete interesses contraditórios que se confrontam numa luta entre as instâncias políticas, econômicas e ideológicas de poder (COELHO, *et al.*, 2000, p. 44).

Existem outros fatores determinantes que fomentam as desigualdades de gênero, inerentes à discussão sobre o Planejamento Familiar. Um deles consiste na quantidade de métodos contraceptivos destinados às mulheres (Tabelinha, Dispositivo Intra-Uterino (DIU), Diafragma, Pílula Hormonal (oral e injetável – mensal e trimestral), Camisinha e Laqueadura Tubária) e aos homens (Camisinha e Vasectomia). As diferenças numéricas dos métodos oferecidos reforçam a responsabilidade da mulher quanto à contracepção, afastam as possibilidades do fortalecimento da paternidade responsável, conforme preconiza a legislação. Além disto, esta diferença reitera a existência de relações de poder histórica e

culturalmente desiguais.

O homem deve ser inserido nas discussões em torno de seu direito sexual e reprodutivo, como também de sua parceira, e ser um co-responsável nas atividades relacionadas às questões de saúde reprodutiva. Para propiciar essa participação, não basta a oferta de preservativos e vasectomia. Faz-se necessário proporcionar-lhes um processo educativo mais abrangente, voltado para a orientação em contracepção, que discuta com eles mesmos as relações de gênero envolvidas nas decisões reprodutivas e preconceitos que possam ter quanto à sua participação na anticoncepção (MARCHI, 2004, apud MOREIRA et al, 2008, p. 83).

A partir deste entendimento, fica evidente que a mera oferta ou distribuição destes meios de contracepção não garante que seus objetivos sejam alcançados, visto que existem outros motivos que podem contribuir para o fracasso desta ação: “os serviços e os insumos ainda não estão disponíveis em todos os lugares ou as opções são limitadas. O medo da reprovação social ou a postura contrária do parceiro impõem barreiras formidáveis” (REGO, et al, 2014, p. 45).

Romper com as atitudes cotidianas que reforçam as desigualdades de gênero para a efetivação do Planejamento familiar, com os discursos preconceituosos, com os julgamentos destinados às mulheres e com os traços da sociedade patriarcal e androcêntrica demanda alterações na estrutura dos serviços prestados pela política de Saúde. Diante disto,

é primordial que as ações de saúde voltem-se para a redução das diferenças de gênero na perspectiva de envolver o homem na saúde sexual e reprodutiva, não apenas no amparo financeiro, mas na troca de experiências, escolhas e utilização de métodos de contracepção e compartilhamento de responsabilidades com as mulheres (MORAIS et al., 2014, p. 499).

A resistência do compartilhamento de responsabilidades sobre o aumento ou limitação da prole, fazendo-as recair unicamente sobre as mulheres, reflete no acúmulo de obrigações e incumbências que interferem não apenas no cuidado com a saúde, mas também nas formas de inserção e percepção da mulher na sociedade. “É de extrema importância compreender como a naturalização dos processos socioculturais de discriminação contra a mulher e outras categorias sociais constitui o caminho mais fácil e curto para legitimar a “superioridade” dos homens” (SAFFIOTI, 1987, p. 11). Esta superioridade não afeta apenas às mulheres, mas

todos os que estão ao seu redor, pares com os quais produz e reproduz relações sociais ou afetivas.

Depreende-se, portanto, que as desigualdades somadas às injustiças sociais, que marcam a vida cotidiana das mulheres, representam um grande ônus não só para elas, mas para a população como um todo, visto que não se pode conceber um mundo – mais democrático e mais justo – sem desenvolvimento humano, econômico, social e cultural. No dia-a-dia da vida percebe-se como as desigualdades, reforçadas por injustiças sociais, geram consequências que engendram dinamicamente para a formação de um círculo vicioso. O resultado deste processo é a falta de autonomia e poder, com maior ênfase para o gênero feminino (SOUZA;TYRRELL, 2006, p. 50).

Do mesmo modo, “para compreendermos a emergência da crítica realizada pela proposta de humanização do parto, entendemos que é preciso associá-la às bandeiras de luta do feminismo” (MÜLLER;PIMENTEL, 2013, p.1). Compartilhando do mesmo pensamento que Saffioti (2005, p.44) e ressaltando que não existe “sexualidade biológica independente do contexto social em que é exercida”, é preciso se apropriar da história para contextualizar os papéis determinados para as mulheres. Discutir temáticas como o empoderamento, o alcance da cidadania, a busca pela autonomia e a ampliação dos direitos sociais se torna imprescindível a partir do panorama apresentado, pois:

a violência simbólica, assim denominada por Pierre Bourdieu, que ocorre no “cenário do parto é uma das faces da violência de gênero e frequentemente é considerada como parte da rotina dos serviços de saúde e incorporada aos fluxos das maternidades (BARBOZA;MOTA, 2016, p. 122).

Frente a isto, Zorzam (2013, p.45) conclui que os direitos reprodutivos “exigem o exercício concreto da cidadania e a abolição das injustiças sociais para que possam ser exercidos”. Para que esta meta seja alcançada, as ações devem estar pautadas “nas bases inegociáveis da integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade” (CORREA;PETCHESKY, 1996, apud ZORZAM, 2013, p. 45), premissas opostas aos serviços cotidianamente ofertados pela política de Saúde.

2.2 GERAÇÃO DE DOR COMO APRENDIZADO

Dentre as premissas apresentadas na Lei de Planejamento Familiar, consta a

proibição do seu acionamento como medida a ser utilizada com fins de controle demográfico. O artigo 2º apresenta que o planejamento familiar representa o “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996).

Entretanto, é possível identificar que a quantidade de filhos das famílias ainda representa um questionamento por parte de profissionais e também pela sociedade. Este fato se torna mais corriqueiro em se tratando de famílias em situações de vulnerabilidade social. “Nas distinções de classe social, o sofrimento e o sentimento da dor dos despossuídos aparecem como naturais” (SARTI, 2001, p. 10). Desta forma, o corpo se torna investimento de atitudes “imperiosas e urgentes [...] e está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações” (FOUCAULT, 2007, p. 118).

No entanto, a desvalorização no atendimento destinado aos usuários dos serviços de saúde nem sempre é reconhecida como parte do conjunto de desigualdades estabelecidas na sociedade e acabam por reforçar a instauração de modelos e formas de estrutura de famílias, impostas pelas classes dominantes. Tal construção de família contribui para a estigmatização das famílias em situação ou risco de vulnerabilidade social e econômica, pois o “modelo nuclear conjugal [...] ainda preside o desenho de muitos programas sociais [...] dentro da orientação geral da política social brasileira e fundamenta grande parte das orientações profissionais” (CAMPOS; TEIXEIRA, 2010, p. 26).

A falta de planejamento dos grandes centros urbanos, intensificado pelos avanços no sistema Capitalista e a conseqüente industrialização das cidades resultou no aumento da população, na falta de saneamento básico, no agravamento de doenças e no surgimento de moradias precárias, que são potencializadas pela insuficiência dos serviços públicos. “Pressões americanas forçaram a entrada de entidades internacionais no Brasil, que tinham como principal objetivo controlar o crescimento populacional de países pobres” (COELHO, et al., 2000, p. 37-38).

A fim de desenvolver uma política demográfica (e principalmente, a regulação da população pobre), a partir dos anos 1970, começou a ser discutida a possibilidade da prática sexual sem a necessária perpetuação da família ou na multiplicação da prole. As mulheres passaram então “a defender a regulação da

fecundidade como direito de cidadania, reivindicando o controle sobre o corpo e contestando os interesses controlistas” (COELHO, et al., 2000, p. 38). Dependente do capital internacional,

o Brasil se rendeu às entidades americanas consideradas de planejamento familiar, apesar da resistência de militares, da Igreja e do próprio governo, que justificavam a importância de uma grande população, tanto do ponto de vista estratégico como econômico. Em 1965, no contexto de uma grave crise econômica e política, foi criada a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil). Financiada por entidades internacionais e de interesses nitidamente controlistas facilitou o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, principalmente à pílula (RODRIGUES, 1990, apud COELHO, et al., 2000, p. 40).

O acesso facilitado aos meios contraceptivos, disponíveis a homens e mulheres no século XX, permitiu que as famílias pudessem obter o controle sobre a limitação da fecundidade ou o aumento da prole, no momento desejado e planejado. “O termo “direitos reprodutivos” surge a partir de uma redefinição do pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva. Implica, assim, na ampliação dos direitos das mulheres para além da área da saúde, passando pelos direitos sociais” (AVILA, 2000, apud JARDIM, 2005, p.1).

Desta forma, “o conceito de saúde e direitos reprodutivos emergiu para sobrepor às políticas populacionais baseadas em objetivos demográficos” (SOUZA, TYRRELL, 2006, p. 48). Entretanto, a violação dos direitos sociais de mulheres e suas famílias se fazem cada vez mais presente nas instituições de saúde.

A predominância no modelo curativo de saúde e hospitalocêntrico tem rebatimento direito ao modo de se prestar assistência ao parto no Brasil. Dessa forma, se o modelo de saúde está centrado no sistema curativo, o período gestacional passa a ser tratado como doença, patologia que deve ser controlada pelo poder médico (DELFINO, 2016, p. 7).

Sob esta premissa patológica, o período gestacional e o momento do parto são marcados pelo processo de naturalização da violência contra a mulher. A busca por amenizar as dores do parto resultou no panorama atual, “no qual a mulher é tratada como mero sujeito secundário do nascimento de seu filho, sem atenção às suas necessidades e, muitas das vezes, com atos atentatórios à sua integridade física e moral” (CUNHA, 2015, p. 8).

O parto consiste em um processo fisiológico que se inicia e evolui por conta

própria: “o colo do útero começa a abrir, o útero começa a se contrair, o bebê começa a descer, e tudo vai ficando mais intenso, até que chega o momento do nascimento em si” (SILVA, et al., 2014, p. 825). Contudo,

a equipe multiprofissional geralmente espera que a parturiente tenha um tipo de comportamento contido, racional e sem expressões de dor frente ao parto. Os momentos mais críticos, quando as atitudes da parturiente fogem à expectativa do profissional, são aqueles mais propícios à violência simbólica e ao desrespeito aos seus direitos (FRANCA, et al., p. 3).

Torna-se notória a análise de que as gestantes se apresentam vulneráveis ao julgamento da equipe profissional da política de Saúde, fator que se agrava quando a mulher apresenta sentimentos de insatisfação em relação à gestação (gravidez não planejada ou indesejada), mas, contraditoriamente verbaliza que não fazia o uso adequado dos métodos contraceptivos. “A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que 120 milhões de mulheres no mundo desejam evitar a gravidez. Apesar disso, nem elas nem seus parceiros usam métodos contraceptivos” (PORTAL BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Planejamento Familiar oferece gratuitamente a distribuição de oito métodos contraceptivos nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, entretanto,

a falta de acesso à informação e serviços de planejamento familiar, a escassez de contraceptivos, mas também a pobreza, as pressões sociais, as desigualdades entre homens e mulheres e a discriminação, são, segundo as Nações Unidas, razões que retiram às mulheres a hipótese de escolher quando e quantos filhos querem ter (FERREIRA, 2012).

Dados apontam que “cerca de 18% das gravidezes indesejadas ocorrem entre os 603 milhões de mulheres que usam métodos contraceptivos modernos e estão relacionados com o uso incorreto ou falhas no método usado” (FERREIRA, 2012). Esta evidência deve suscitar uma profunda reflexão sobre o compromisso ético da atuação profissional e também não apenas ao mero repasse de informações corretas sobre a utilização dos meios de se evitar uma gestação, mas à transmissão eficiente de informações que possam ser plenamente compreendidas pelos cidadãos e que possam resultar em atitudes e hábitos eficazes por estes. Segundo Rego et al, 2014:

vários milhões de pessoas estão utilizando o planejamento familiar para evitar a gravidez, mas sem sucesso, por uma multiplicidade de razões. É possível que não tenham recebido instruções claras sobre como utilizar o método adequadamente, que não tenham tido acesso a um método mais apropriado a elas, não foram corretamente orientadas em relação aos efeitos colaterais ou simplesmente acabaram-se os insumos. (REGO, et al., 2014, p. 45).

Estabelecendo uma correlação com os conceitos apresentados por Michel Foucault, em *Vigiar e Punir*, é possível apontar que as mulheres, usuárias dos serviços de Saúde, ao acessarem os programas de Planejamento Familiar, são submetidas a ações que reforçam a pena de culpa pela gestação. Assim,

[...] a penalidade é antes de tudo (se não exclusivamente) uma maneira de reprimir os delitos e que nesse papel, de acordo com as formas sociais, os sistemas políticos ou as crenças, ela pode ser severa ou indulgente, voltar-se para a expiação ou procurar obter uma reparação, aplicar-se em perseguir o indivíduo ou em atribuir responsabilidades coletivas (FOUCAULT, 2007, p. 24).

As gestações não planejadas, que resultam da utilização inadequada dos métodos contraceptivos, ou as gestações em curto espaçamento de tempo se esbarram, sob este prisma, em ações e condutas profissionais que objetivam reparar o “erro” e tentar evitar sua reincidência. “O corpo produziu e reproduziu a verdade do crime. Ou melhor, ele constitui o elemento que, através de todo um jogo de rituais e de provas, confessa que o crime aconteceu” (FOUCAULT, 2007, p. 41). Devido a isto, “as mulheres sofrem agressões verbais, são desrespeitadas com jargões, são submetidas a procedimentos desnecessários que aumentam a dor e o desconforto, não recebem explicação e não participam das decisões sobre teu próprio parto” (BARBOZA;MOTA, 2016, p. 129).

Com o objetivo de mostrar ao público os equívocos cometidos, Foucault apresenta a criação de uma “nova tecnologia do poder de punir. O criminoso rompeu o pacto, é portanto inimigo da sociedade inteira” (FOUCAULT, 2007, p. 76). Por isso,

o prejuízo que um crime traz ao corpo social é a desordem que introduz nele: o escândalo que suscita, o exemplo que dá, a incitação a recomeçar se não é punido, a possibilidade de generalização que traz consigo. [...] Calcular uma pena não em função do crime, mas de sua possível repetição. [...] Fazer de tal modo que o malfeitor não possa ter vontade de recomeçar, nem possibilidade de ter imitadores (FOUCAULT, 2007, p. 78).

Diante do exposto, é inevitável debater que as funções corretivas e coercitivas

do “castigo”, favorecidas através de relações desiguais que se estabelecem entre quem tem acesso aos serviços e quem proporciona a sua efetivação. “No momento em que o que se espera é acolhimento e cuidado à mãe e ao bebê, o que se observa é o exercício do poder e uma assistência violenta, com uma prática discriminatória quanto ao gênero, classe e etnia” (AGUIAR;SCHRAIBER, 2013, apud BARBOZA;MOTA, 2016, p. 120-121). Com base nesta citação,

ressalta-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e instrumentaliza-la para a tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito (ANDRADE;AGGIO, 2014, p. 6).

Há de se reconhecer então que “poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2007, p. 27). A superioridade expressa nas relações sociais:

[...] não é simplesmente a do direito, mas a da força física do soberano que se abate sobre o corpo de seu adversário e o domina: atacando a lei, o infrator que lesa a própria pessoa do príncipe: ela – ou pelo menos aqueles a quem ele delegou sua força – se apodera do corpo do condenado para mostra-lo marcado, vencido, quebrado (FOUCAULT, 2007, p. 42 e 43).

Cynthia Sarti (2001) apresenta a dor como um fenômeno sociocultural, o qual é regido por códigos culturais. Neste contexto, “a singularidade da dor como experiência subjetiva torna-a um campo privilegiado para se pensar a relação entre o indivíduo e a sociedade. Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado” (SARTI, 2001, p. 4).

Barboza e Mota (2016) corroboram da mesma conceituação que Sarti (2001) e também apresentam a dor como uma construção sociocultural. As autoras apontam que sobre os processos de parto, “a vivência da dor é influenciada pela forma como a sociedade interpreta o ato de parir, pela história de vida da parturiente, pelas experiências prévias de parto desta mulher e de suas familiares” (BARBOZA;MOTA, 2016. P. 123). Tal contribuição reforça que a dor extrapola os

limites biológicos e pode ser utilizada como forma de exercício do poder.

As práticas cotidianas adotadas nos processos de parto reforçam a desvalorização da dor e do sofrimento das mulheres neste momento, o que contraria o ideal do parto humanizado. “Estes métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhe impõem uma relação de docilidade-utilidade são chamadas de disciplinas” (FOUCAULT, 2007, p. 118). As ações cotidianas afastam e impossibilitam a percepção e reconhecimento da mulher, usuária do serviço de Saúde enquanto sujeito de direitos, o que representa, claramente, uma relação permeada por questões de gênero e de poder. Tais condutas retratam as chances de as mulheres estarem cada vez mais suscetíveis a atendimentos desumanizados e desrespeitosos.

3 SOBRE A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) condena as práticas obstétricas rotineiras praticadas durante o parto “como um fator de risco tanto para a mulher como para o bebê” (OMS, 1996). A instauração do Programa de Humanização do Sistema Único de Saúde no Brasil, no ano de 2000, e do Pacto Nacional Para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, baseados em diretrizes da referida Organização, não demonstram, contudo, alterações expressivas do quadro apresentado: “as mudanças práticas encontram resistências, sendo mantido o atendimento que marginaliza e exclui, na medida em que contraria a ética que deveria sustentá-lo” (MUNIZ; BARBOSA, 2012, p. 3).

Considerando o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu a criação do Programa Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1.459/2011, cujos objetivos consistem em:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

O parto representa um “momento único e inesquecível na vida da mulher, quando o cuidado despendido pelos profissionais deveria ser singular e pautado no protagonismo da mulher, tornando-o o mais natural e humano possível” (ANDRADE;AGGIO, 2014, p. 2). Em contrapartida,

O parto é transformado em um evento muitas vezes traumático, física e psicologicamente, para a mãe e para o bebê. Esse excesso de intervenções consideradas danosas à integridade física e psíquica contribuiu para a estigmatização do parto como um símbolo de sofrimento e opressão das mulheres (MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 9).

Sob esta perspectiva, acentuo e transcrevo o posicionamento de Arbex ao relatar o sofrimento vivenciado pelas vítimas do “Colônia”, Hospital Psiquiátrico de Barbacena, Estado de Minas Gerais. A autora caracteriza os internos como socialmente mudos, frutos da medicalização da vida, da intolerância social, da omissão coletiva, da banalização da violência e do silêncio para acobertar a indiferença. “Como resgatar o sofrimento imposto por uma vida inteira? Difícil devolver o que lhes foi negado?” (ARBEX, 2013, p. 119).

Estes conceitos compatibilizam-se com a temática proposta, na medida em que os direitos das mulheres têm sido sistematicamente violados, sem o devido questionamento e posicionamento em favor da alteração do quadro. Segundo Diniz (2005), a abordagem sobre a humanização dos serviços constitui uma estratégia. “Uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde” (DINIZ, 2005, p. 633).

Com esta categorização, faz-se necessário argumentar sobre a melhor divulgação de mecanismos de denúncias contra a Violência Obstétrica, de forma a ser ampliado o conhecimento sobre sua existência, principais características e formas de enfrentamento para a transformação da realidade.

Ao mesmo tempo em que presenciamos um avanço inusitado das ciências favorecendo um enorme crescimento populacional e a tentativa de criação de controles sob a égide dos direitos humanos, da tolerância e da paz, constata-se o fato de que jamais tantos homens tenham sido abandonados à morte por decisão humana. Genocídios, etnocídios, intolerância, discursos de exclusão social e moral marcam este século. Civilização e barbárie parecem avançar juntas (HOBBSAWN, 1995, apud SCHILLING, 2000, p. 59).

Para além da discussão sobre a redução dos expressivos níveis de parto cesariana realizados no Brasil (Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS) do Ministério da Saúde apontaram taxa de 39,7% para 1997, sendo que esse número excluía hospitais privados e de convênio, que tradicionalmente apresentam taxas mais altas (HOTIMSKY, et.al, 2002, p. 1304)., faz-se também necessário discutir sobre a humanização dos serviços prestados pela política de Saúde no país. O estabelecimento de programas de atenção ao parto humanizado, tais como a Rede Cegonha, que apresenta como uma das diretrizes “boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento” (BRASIL, 2011) precisam representar alterações efetivas na prática. A construção de Centros de Parto Normal, que buscam reduzir a expressividade de partos cesariana sem indicações clínicas devem estar pautados na melhoria da qualidade de atendimento e de vida para a gestante e para o bebê. No entanto,

A opção pela cesariana não é apenas por influência do médico, mas de todo um contexto cultural que se criou em relação ao risco do parto normal, como a ausência de garantias de que a mulher terá controle sobre seu processo de parturição, a vaga na maternidade, o medo da dor, ter o médico conhecido na hora do parto, dentre outros argumentos (LEAL, 2014, p. 46).

Ressaltando a relevância dos argumentos apresentados, as mulheres se apresentam temerosas quanto à prática do parto normal, articulando sua efetivação ao sofrimento, à dor e à violência. “É o momento do corpo, da luta, do medo, do horror. A violência tem como característica a anulação dos discursos. Deixa em pedaços nossos discursos, nos coloca em questão” (SCHILLING, 2000, p. 59)

Reflexo das expressões da violência contra a mulher no parto é o resultado da pesquisa de Aguiar e D'Oliveira, que aponta que a maioria das mulheres “vivenciou experiências de descaso e desrespeito e algumas já esperavam sofrer algum tipo de maltrato antes mesmo do atendimento” (AGUIAR;D'OLIVEIRA, 2011, apud MUNIZ;BARBOSA, 2012, p. 5) .

O advento do parto sofreu alterações ao longo da história. “Por volta do século XVI, a prática médica transformou-se de uma realização mística e comum em um conhecimento científico e, portanto, elitizado” (CUNHA, 2015, p. 8). O surgimento das universidades contribuiu para a regulação do modo de produção do conhecimento empírico tradicional e do envolvimento das parteiras no processo de

nascimento, o que fez com que as mulheres passassem a buscar os hospitais e profissionais especializados. Com isso, os ditos saberes populares passaram a ser paulatinamente desprestigiados. A partir do século XVIII,

[...] a arte de partejar, historicamente constituída como saber-poder feminino, rico em saberes populares é transformada em saber-poder masculino com a progressiva medicalização da sociedade. Surge a medicina científica e masculina, que passa a ser desenvolvida nas universidades de acesso exclusivo aos homens e dá continuidade ao processo de normalização do corpo feminino iniciado pela igreja no sec. XV (BARBOZA;MOTA, 2016, p. 122).

Pelo viés da Igreja Católica, o sofrimento do parto representava um “desígnio divino, pena pelo pecado original” (DINIZ, 2005, p.628), sendo vetado qualquer tipo de intervenção que pudesse amenizar as dores daquele momento. Nas primeiras décadas do século XX, por considerar o parto um fenômeno fisiológico, foram aceitos o “apagamento da experiência” através do parto inconsciente, o que resultou em números alarmantes de mortalidade materna e perinatal, até que se tornou inaceitável (idem, 2005, p. 628).

Os avanços da medicina trouxeram possibilidades, cientificamente aceitas, que introduziram o uso da tecnologia para tornar o parto mais humano, mesmo que com intervenções externas, dentre as quais o uso de analgésicos, ocitócicos e o próprio parto cesariano. Com a evolução, itens do armamentário cirúrgico-obstétrico adotados anteriormente caíram em desuso, como “uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos hoje considerados meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-los” (CUNHA, 1989, apud DINIZ, 2005, p. 628). Porém,

apesar desses avanços terem correspondido às expectativas de queda da mortalidade materna e principalmente infantil, eles contribuíram para que hoje a parturiente seja a paciente, sem direito sobre o próprio corpo, violada e muitas vezes desrespeitada como ser humano e cidadã – plena de direitos (SEIBERT, et al., 2005, p. 246).

A evolução tecnológica “deveria significar uma aliada à saúde da mulher e ao recém nato, mas se tornou um instrumento potencializador dos médicos, no sentido de agilizar, mecanizar, institucionalizar o processo do parto no país” (DELFINO, 2016, p. 5). Considerando que,

[...] o paradigma médico está permeado por noções patriarcais acerca do corpo (feminino), afirma-se que essa medicalização do parto é uma forma de dominação de gênero, onde se supõe que as mulheres não possuem conhecimento necessário do próprio corpo e cabe a ela entregar-se totalmente ao especialista (MÜLLER,PIMENTEL, 2013, p.1-2).

Griboski e Guilhem (2006) reforçam as discussões sobre o desconhecimento sobre os sentimentos e o funcionamento do corpo das mulheres nos processos parturitivos. Assim, “o processo decisório assume uma forma de subordinação, ao transferir a responsabilidade da decisão para os profissionais de saúde” (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006, p. 110). Dessa forma, os direitos de cidadania de mulheres são violados em diversas etapas do processo de parto e nascimento, mesmo que tais práticas não sejam identificadas como violentas ou oficializadas nos órgãos competentes.

Por ser uma violência silenciosa e institucionalizada, os maus tratos às mulheres durante o trabalho de parto expressos através da violência física e psicológica provocam importante sofrimento nas mulheres, práticas que são naturalizadas e reproduzidas nas rotinas dos hospitais em todo o país (BARBOZA;MOTA, 2016, p. 120).

Em contraposição à hegemonia do modelo de medicina adotado no Ocidente, “o movimento de humanização reivindica um novo projeto de assistência ao parto, propondo uma reestruturação na relação médico-paciente, na medida em que revaloriza o protagonismo da mulher na hora de parir” (MÜLLER;PIMENTEL, 2013, p.1). Desta forma, a “humanização possibilita uma reorganização dos serviços de assistência à saúde das mulheres, resgatando e promovendo o respeito pela condição feminina e o respeito por um atendimento mais digno e de qualidade” (GRIBOSKI;GUILHEM, 2006, p. 112). Tal reestruturação se faz pertinente, pois:

quanto à formação dos profissionais, esta ocorre no bojo desse sistema de saúde, em meio a uma cultura médica que transformou o parto e o nascimento de eventos fisiológicos, em patológicos, em que privilegia o uso de equipamentos sofisticados à adoção de tecnologias apropriadas à assistência perinatal (HOTIMSKY, 2002, p. 1310).

Por esta ótica, discutir sobre a humanização dos serviços significa debater a ética de profissionais envolvidos em procedimentos obstétricos e a posição ocupada pela mulher neste processo. “O ser-que-gera é sempre visto a partir do seu caráter

reprodutivo e sua singularidade é negada, tendo seu corpo e sexualidade controlados pela medicina” (BARBOZA;MOTA, 2016, p. 122). Assim,

A relação médico-paciente, dentro desse contexto de racionalidade técnica torna-se praticamente unilateral, onde o especialista detém todo o conhecimento e o paciente adquire um *status* apenas de expectador, tornando-se um sujeito passivo no que diz respeito aos cuidados com seu próprio corpo – especialmente no que se refere ao corpo feminino e à assistência ao parto (MÜLLER;PIMENTEL, 2013, p.1).

A passividade imposta à mulher, usuária dos serviços de saúde no que diz respeito ao parto, representa uma das principais bandeiras levantadas pelos movimentos sociais. A luta pela valorização do “protagonismo da mulher nesse evento, que é parte constitutiva da identidade feminina, na medida em que faz parte de sua vida sexual e reprodutiva” (MÜLLER;PIMENTEL, 2013, p.2) representa um importante quesito no processo de humanização do parto e também do respeito à autonomia e dignidade humana. De forma complementar,

na perspectiva do movimento pela humanização do parto e do nascimento, defende-se a mulher como *protagonista* diante de sua experiência de parturição. Isto quer dizer que um parto humanizado não se refere tanto a um tipo de parto, mas a postura de todos os envolvidos para que a mulher seja a principal protagonista, podendo fazer escolhas sobre o local, acompanhantes, profissionais, intervenções, movimentação, ingestão de alimentos, formas de lidar com a dor, etc (MÜLLER;PIMENTEL, 2013, p.5).

Percebe-se, desta forma, a necessidade da humanização não apenas do parto, mas da Política de Saúde em contextos mais amplos, perpassando pelos procedimentos de consultas de pré-natal, de coleta de exames, de repasse de informações importantes, de valorização da mulher, de envolvimento da família no parto e de acolhimento adequado.

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2005, p. 13).

Para que o parto humanizado possa ser efetivado, de modo que a gestante possa ser bem “assistida neste momento peculiar de sua vida, cabe aos profissionais da saúde a criação e utilização de conhecimentos científicos

sistematizados e direcionados para a necessidade individual” (SILVA, et al., 2014, p. 821). Considerar a individualidade de cada paciente faz parte da instauração de um atendimento pautado no respeito à dignidade humana. Ao contrário disto, o que se percebe é que:

aquela é uma assistência iníqua e inequitativa, pois nem ao menos garante vaga para cidadãos nascentes; quando têm acesso à vaga, muitas vezes as parturientes são submetidas à assistência de pouca qualidade, seja em seu componente técnico, seja no tocante à relação interpessoal (HOTIMSKY, 2002, p. 1310).

Sob esta avaliação, “a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos” (DINIZ, 2005, p. 632). Dessa forma,

humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos, como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade. Humanizar a assistência implica em humanizar os profissionais de saúde, em humanizar as pessoas. Inclui a atitude e a postura que se assume diante da vida e do modo como interagir com os outros. Sendo assim, o custo da humanização é do tamanho da vontade de cada um (WOLFF;WALDOW, 2008, p. 149).

A criação do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 representa um importante marco regulatório na busca pela humanização do serviço de saúde no Brasil, uma vez que prevê, no artigo 2º, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, Lei nº 8.080/90). O capítulo II, art. 7º da referida legislação, apresenta os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo estes:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. Participação da comunidade;
- IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo:
 - a. Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b. Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Foram sancionadas também outras legislações que abrangem a discussão sobre a humanização do parto, mas a reportagem de Steck (2016) aponta que o Brasil está atrasado em relação aos compromissos de redução de mortalidade materna firmados em 1995, na Convenção de Pequim. Dentre as leis que tramitam no Congresso Nacional e que buscam tornar lei a humanização do atendimento, Steck descreve:

- **PL 7.633/2014** (na Câmara), do deputado Jean Wyllys, estabelece que médicos e profissionais de saúde devem dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Os hospitais deverão respeitar o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde.
- **PLS 8/2013**, do ex-senador Gim, obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS. Já aprovado no Senado e remetido à Câmara, foi motivado pelos esforços da Rehuna, coletivo de profissionais de saúde em Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.
- **PLS 75/2012**, da senadora licenciada Maria do Carmo Alves (SE), proíbe que a gestante detenta seja algemada durante o parto.
- **PEC 100/2015** (na Câmara), do deputado Veneziano Vital do Rêgo (PMDB-PB), disponibiliza equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS.
- **PL 359/2015** (na Câmara), da deputada Janete Capiberibe (PSB-AP), propõe fornecer curso de qualificação básica para as parteiras tradicionais e incluir sua atividade no âmbito do SUS (STECK, 2016).

O Brasil começa então a despontar na promulgação de leis que vislumbram garantir a efetividade do Planejamento Familiar e o combate à Violência Obstétrica. A lei 17.097 (anexo 2) estabelece parâmetros de combate à Violência Obstétrica,

proteção à gestante e parturiente no Estado de Santa Catarina, pioneiro na promulgação de uma legislação com esta finalidade. Todavia, cabe reiterar que ainda não existem legislações federais que garantam a fiscalização das práticas profissionais na abrangência do território nacional, o que pode contribuir para que a mulher não se reconheça enquanto vítima de violência obstétrica.

Para que o processo de mudança ocorra, torna-se necessário que os serviços de saúde passem a ser locais em que as mulheres possam ser orientadas e esclarecidas sobre direitos sexuais, reprodutivos, tipos de parto, políticas de saúde, violência sexual e física. E sobre ações que podem ser executadas durante o pré-natal, capacitando-as, assim, a fim de minimizar o viés hierárquico do modelo assistencial e de gênero presente na assistência prestada às mulheres no processo parturitivo (GRIBOSKI;GUILHEM, 2006, p. 113).

As hierarquias sociais se consolidam, uma vez que a relação entre profissionais e pacientes se enfraquece em detrimento da relação desigual de poder e detenção de conhecimento que se sobressai neste *locus* de reprodução social.

Esse protocolo é um exemplo de como o sistema de normas e valores que se estabelece na formação médica nega formalmente à mulher o controle sobre seu corpo e assim lhe nega a estatuto de sujeito livre e autônomo que a define como cidadã (HOTIMSKY, 2009, p.10).

A luta pela consolidação dos direitos reprodutivos, bem como os esforços de combate à Violência Obstétrica, fundamentam suas bases na garantia e no exercício dos direitos humanos, fomentada historicamente pelo Movimento Feminista, a partir dos anos setenta.

Os direitos reprodutivos representam o poder decisório sobre a geração ou não de filhos, o número de descendentes e o intervalo entre eles. [...] para seu completo gozo e fruição, pressupõem a garantia de saúde pública de qualidade, de ampla informação, de autonomia, de liberdade, de não discriminação, de não coerção, dentre outros direitos básicos, a todos os cidadãos (CUNHA, 2015, p.9).

A violência vivenciada pelas mulheres “se expressa em diversos espaços sociais, de formas distintas e provoca importante sofrimento psíquico que é ainda pouco valorizado pelos serviços de saúde” (BARBOZA;MOTA, 2016, p. 120). Diante de tais práticas, surge o questionamento: “Como compreender tal violação do direito à integridade corporal, a banalização de uma prática tão violenta e antiética?” (HOTIMSKY, 2009, p. 6). Contata-se, diante deste questionamento, que,

a mera inclusão de programas de atenção humanizada à parturição na formação dos profissionais da saúde não pode ser considerada uma medida suficiente para garantir que a humanização esteja presente no atendimento oferecido nas maternidades (BUSSANELLO, et al., 2011, p. 173).

A Organização Mundial da Saúde considera como “perturbadora” a crescente discussão sobre os relatos de experiências vivenciadas por mulheres na gravidez e no parto. “Embora o desrespeito e os maus tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis” (OMS, 2014). O referido órgão reforça que:

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

A Organização Mundial da Saúde preconiza que os governos precisam adotar políticas e medidas que sejam convertidas em ações significativas, tais como:

1) Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; 2) Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; 3) Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; 4) Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; 5) Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS, 2014).

O Dossiê “Parirás com Dor” reforça que o Estado Brasileiro precisa assumir suas responsabilidades no combate à Violência Obstétrica, pois:

outro risco é o do Estado continuar sendo condescendente para com a atuação negligente, imprudente e danosa do profissional de saúde, que encontra nas condições estruturais da instituição de atendimento as justificativas para os seus atos. E a mais grave de todas as considerações: continuar negando às mulheres os meios para fazer valer seus direitos como pessoa humana, em circunstâncias específicas de sua existência. À realidade brasileira, observamos que: 1) deve-se fazer cumprir os dispositivos legais já existentes; 2) deve-se corrigir seus dispositivos, de modo a não permitir interpretações que venham subtrair um direito que se pressupõe estar atribuído; 3) criar novos dispositivos, assegurando que se

cumpra a totalidade do que se preconiza nas campanhas governamentais de humanização. (CIELLO, et. al., 2012, p. 52).

Considerando que a temática da Violência Obstétrica se encontra permeada por relações desiguais de gênero, “o movimento pela humanização do parto correlaciona-se, em muitos aspectos, com o feminismo, [...], pois ambos fundamentam seus argumentos nos princípios da liberdade, igualdade e dignidade.” (CUNHA, 2015, p. 36).

Diante destas informações coligidas em diferentes fontes da literatura científica, torna-se imprescindível inserir o debate sobre a Violência Obstétrica no âmbito da violência contra a mulher e da violação de direitos humanos. Esta interligação, desenvolvida na Conferência de Direitos Humanos de Viena, em 1993, “permite que se denuncie a violência contra as mulheres como um problema público e político, reconhecendo sua prática como crime contra a humanidade” (PASINATO, 2011, p. 230-231). Realizar aproximações do modelo de assistência às propostas de humanização dos serviços “permite às mulheres e aos profissionais de saúde desenvolver relações menos desiguais e menos autoritárias” (GRIBOSKI;GUILHEM, 2006, p. 108). Com esta categorização, o debate sobre a Violência Obstétrica pode ser ampliado e difundido na sociedade.

4 ABORDAGEM TEÓRICA

As direções apontadas pelo presente estudo foram embasadas pelo Materialismo Histórico e Dialético, no qual se destacam dois pensadores: Karl Marx e Friedrich Engels. Considerando que a relação estabelecida entre profissionais da saúde e o usuário dos serviços está pautada em bases desiguais e isto implica diretamente na qualidade dos serviços prestados, a análise sobre as contradições de classe se faz pertinente e presente neste estudo. “O método dialético opera por meio de categorias ou conceitos centrais, dos quais a ideia da contradição é o mais importante” (LIBERALI, 2008, p. 30). Os princípios marxistas “alegam que o sistema assegura a divisão do trabalho e o surgimento de classe antagônica. De um lado, os donos dos meios sociais de produção e, do outro, os donos da força de trabalho” (MICHELS;VOLPATO, 2011, p. 129).

A hegemonia do capital industrial determinou mudanças expressivas na

formação de classes sociais e nas maneiras de interação contraditórias entre estas. A consolidação dos direitos de cidadania se efetiva apenas por meio da percepção do indivíduo em sua integralidade, a se considerar suas dimensões afetiva, cognitiva, cultural, econômica e social. Sob esta ótica, Netto afirma que a especificidade da política cultural, “remetendo às condições da produção e da difusão dos produtos culturais, só ganha legitimidade e concreção a partir de seu grau de compatibilidade com o elenco maior das políticas sociais” (NETTO, 2006, p. 46). Ao adotar um caráter crítico perante as relações produzidas e reproduzidas no âmbito do sistema capitalista,

A abordagem dialética atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244 e 245).

Buscando retratar que as classes sociais se organizam de formas distintas e não acessam de forma universal os direitos de cidadania, Leal (et.al, 2014) aponta que “as mulheres atendidas no setor privado têm melhor condição socioeconômica, mais acesso à assistência pré-natal adequada” (LEAL, et.al., 2014, p. 46). Considerando que o público alvo desta pesquisa não tem acesso aos serviços privados de saúde e que recebem atendimentos diferenciados daqueles pagos de forma complementar, a demanda estudada representa o fruto das relações desiguais produzidas e reproduzidas na sociedade. Assim, as teorias constitutivas deste método poderão empregar materialidade e legitimidade para esta produção.

Considerando também o projeto ético-político do Serviço Social, cujas bases e diretrizes se fundamentam por esta corrente teórica e apresentam os subsídios necessários para a atuação do Assistente Social, há de se refletir que “notoriamente, o aparato legal de um país é fruto de lutas sociais, que visam, em última instância, adequar a legislação em vigor a um determinado modelo societário” (CRESS, 2008, p. 9). Lutar por este ideal se faz relevante, pois:

num país como o Brasil, onde imperam níveis assustadores de pobreza e miserabilidade, a consolidação de direitos sociais faz-se mais do que necessária. Nesse sentido, urge a efetivação dos ordenamentos jurídico-políticos contidos nas leis e resoluções, devendo ser objeto de cobranças às instâncias governamentais responsáveis (CRESS, 2008, p. 9).

Desta maneira, articulada a propostas de transformação da sociedade e a análise das condições objetivas e subjetivas da realidade, “a dialética é questionadora, contestadora, superando-se constantemente” (LIBERALI, 2008, p. 29). Também designada como “teoria sócio-crítica”, sob o entendimento de Libâneo e Santos, esta metodologia “converge na concepção de educação como compreensão da realidade para transformá-la, visando à construção de novas relações sociais para a superação das desigualdades sociais e econômicas” (LIBÂNEO; SANTOS, 2005, p. 28).

Abordar a temática da inserção efetiva do cidadão no processo educativo, de maneira a proporcionar ferramentas de transformação da realidade através da formação social e política dos cidadãos nos remete aos ideais pressupostos por Paulo Freire. Seu foco de reflexão consiste na conquista da autonomia dos educandos através da conscientização e na responsabilidade ética dos educadores na essência da educação popular, assim, considera-se que “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 1996, p. 25).

Freire apresenta que a educação pode adquirir novas significações, em outros espaços, que não os tradicionais de execução, considerando a educação como um ato político.

Nesta altura da reflexão, me parece importante deixar claro que a *educação popular* cuja posta em prática, em termos amplos, profundos e radicais, numa sociedade de classe, se constitui como um *nadar contra a correnteza* é exatamente a que, substantivamente democrática, jamais separa do ensino dos conteúdos o desvelamento da realidade. É a que estimula a presença organizada das classes sociais populares na luta em favor da transformação democrática da sociedade, no sentido da superação das injustiças sociais (FREIRE, 2001, p. 49).

Reitero que as mulheres participantes desta pesquisa fizeram parte de um programa socioeducativo, desenvolvido no ambiente de uma Instituição Sem Fins Lucrativos. Este local pode ser considerado um espaço informal de ensino, considerando seu objetivo de “oportunizar o acesso às informações sobre os direitos e sobre a participação cidadã, estimulando o desenvolvimento do protagonismo dos usuários” (BRASIL, 2014, p. 19 (b)).

A partir do conceito de educação disseminado por Paulo Freire, “o

conhecimento deve contribuir para que o ser humano encontre compreensão da realidade de forma crítica” (MICHELS;VOLPATO, 2011, p. 128), fomentando a reflexão sobre os antagonismos presentes na sociedade Capitalista, buscando encontrar formas para sua superação. Assim, através de sua Pedagogia Libertadora, “Freire sem dúvida evidencia a dialética como um princípio educativo entre o homem e o mundo. O homem é influenciado por aquilo que ele próprio faz, e o mundo influencia nas atitudes do homem” (MICHELS;VOLPATO, 2011, p. 131).

A educação se caracteriza como um direito social, mas tem representado “historicamente um pré-requisito para a expansão dos outros direitos; foi ela que permitiu às pessoas tomarem conhecimento de seus direitos e se organizarem para lutar por eles” (CARVALHO, 2007, p. 11). A Constituição de 1988 representa um importante marco regulatório pra a redefinição das políticas sociais no Brasil, que ainda encontram empecilhos para sua concreta efetivação.

Os princípios fundamentais da política de Educação “tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1996). Entretanto, o ineficiente acesso ao direito à Educação, o desconhecimento das condicionalidades ou o repasse de informações inadequadas sobre os outros direitos postulados pela Constituição fortalecem a dependência dos cidadãos em relação ao Estado e impossibilitam a construção da autonomia dos cidadãos.

Para o embasamento teórico desta produção será utilizado ainda o conceito da relação existente entre saber e poder, propagado por Michel Foucault.

Quer dizer que pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo (FOUCAULT, 2007, p. 26).

A tecnologia ou “economia política do corpo” (idem. p.25) trazem à tona formas de punição ao cidadão pelo crime cometido, de forma que sua atitude seja corrigida e não se torne um exemplo aos demais. Assim, inserem na sociedade “novas tecnologias do poder de punir” (Op.cit. p. 76).

Um funcionamento compacto do poder de punir: ocupação meticulosa do corpo e do tempo do culpado, enquadramento dos seus gestos, de suas condutas por um sistema de autoridade e de saber [...]. Segredo e

autonomia no exercício de poder punir (FOUCAULT, 2007, p. 107).

O conceito elaborado corrobora com as discussões que foram traçadas sobre a Violência Obstétrica, por considerar que são estabelecidas relações desiguais entre os que detêm o saber (que se engrandecem com o poder) e aqueles que buscam o atendimento através dos serviços e equipamentos públicos, o que pode representar “uma oposição aos efeitos de poder relacionados ao saber, à competência e à qualificação: lutas contra os privilégios do saber” (FOUCAULT, 1995, p. 235).

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O objeto de estudo das Ciências Sociais Aplicadas, nas quais se enquadram o Serviço Social, se constrói de forma histórica e datada, “o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 22). Diante disto, adotou-se o método de pesquisa qualitativo, que se faz importante “entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes” (GODOY, 1995, p. 21).

Através da abordagem qualitativa, valorizam-se as particularidades de cada cidadão envolvido na pesquisa, pois esta “adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente” (MINAYO;SANCHES, 1993, p. 247). Assim,

a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO;SANCHES, 1993, p. 244).

A intervenção sobre a problemática social se legitimou na medida em que as técnicas foram sendo aperfeiçoadas por meio da “corrente compreensivista – mãe das abordagens qualitativas” (MINAYO;SANCHES, 1993, p. 243). A adoção dos

métodos compreensivos é recente e está vinculada ao surgimento das Ciências Humanas.

Ressaltam-se os pesquisadores Marx e Freud, por terem propiciado importantes cortes epistemológicos para compreensões novas e profundas do ser humano, permitindo estudos científicos autônomos para as Ciências Humanas [...] nas quais se encontra lócus da construção metodológica da pesquisa qualitativa (TURATO, 2005, p. 508).

Com base nestes parâmetros, constata-se que “o verbo principal da análise qualitativa é compreender [...]. Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições” (MINAYO, 2012, p. 623), notoriamente presentes nas discussões sobre a Violência Obstétrica.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005, p. 509).

Diante do exposto, a abordagem qualitativa “concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico” (MINAYO, 2012, p. 626).

5.1 ENTREVISTA

Considerando que o público alvo da presente pesquisa participa ou participou de um grupo de orientação realizado semanalmente com duração de até dezoito meses, a aproximação entre o profissional de Serviço Social e os usuários se tende a ser fortalecida ao longo do processo. Acredita-se que:

Um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno (GODOY, 1995, p. 21).

Por isso, os dados foram obtidos utilizando o instrumento de pesquisa da entrevista, favorecendo maior interação com as mulheres. A entrevista “trata-se de um diálogo orientado que busca, através do interrogatório, informações e dados de pesquisa” (LIBERALI, 2008, p. 54). Durante as entrevistas, as mulheres puderam expressar e exemplificar suas vivências relacionadas à temática da Violência Obstétrica, sem que isto ocorresse de forma abrupta ou invasiva, devido ao fortalecimento dos vínculos proporcionado no espaço sócio-organizacional de atuação.

Os pesquisadores que optam pela pesquisa qualitativa “estudam as coisas e seu setting natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes (DENZIN; LINCORN, 1994, apud TURATO, 2005, p. 509). Assim, em um trabalho “de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem” (MINAYO, 2012, p. 623), de forma a contribuir para a análise do fenômeno investigado.

A pesquisa “Violência Obstétrica e a Violação de Direitos Reprodutivos” foi submetida ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Volta Redonda e aprovado pelo parecer número 2.114.701, emitido no dia Doze de Junho de 2017 (Certificado de Apresentação da Apreciação Ética – CAAE- número 67255517.8.0000.5237)⁴.

O formulário de entrevista⁵ foi organizado com base em seis questionamentos: 1) Relate sua história de vida e a história de sua gestação (se houve planejamento, se o casal estava utilizando alguma forma de contracepção e como a notificação da gestação foi recebida pela família); 2) Relate as condutas profissionais as quais você foi submetida ao longo da realização de pré-natal, durante o parto e após o nascimento do seu filho; 3) Ao analisar seu discurso, você consegue reconhecer que foi vítima de algum tipo de violência durante o pré-natal ou no parto? Qual ou quais?; 4) Você já ouviu a terminologia “Violência Obstétrica”? Qual seu conhecimento sobre o assunto? Acredita que tenha sido vítima deste tipo de violência?; 5) Em caso afirmativo, suas experiências foram oficializadas na Secretaria de Saúde ou Ministério Público?; 6) Como você e sua família

⁴ Anexo 3.

⁵ Apêndice 1

conseguiram superar a Violência Obstétrica?

As entrevistas foram realizadas entre os dias Vinte e Seis de Junho e Cinco de Julho de Dois Mil e Dezesete.

5.2 PÚBLICO-ALVO

A pesquisa foi desenvolvida com as mulheres que mantêm vínculos com o programa de orientação à gestante desenvolvido pela Instituição de referência. Ao iniciar sua participação, a gestante participa de uma entrevista social, momento no qual são realizados registros relevantes sobre sua vivência gestacional, a organização familiar, o histórico de gestações anteriores e sua inserção como cidadã na sociedade (acessibilidade às políticas de Saúde, Assistência Social, Educação, dentre outras).

O contato com estes prontuários permitiu a análise e o apontamento sobre a ocorrência de ações coercitivas e abusivas por parte dos profissionais da área da Saúde, nos processos de pré-natal e de parto, sendo observada uma crescente recorrência dos fatos. Diante da identificação da ocorrência da Violência Obstétrica no discurso das integrantes do programa, foi realizada uma explanação sobre os objetivos e sobre a metodologia adotada e foram realizados os convites para a participação espontânea de onze mulheres nesta pesquisa.

Cabe informar que não houve resistência por parte das onze mulheres em apresentarem suas experiências sobre a Violência Obstétrica. No momento da oficialização do convite, algumas entrevistadas expressaram que este tipo de estudo se faz muito importante e necessário para que sejam efetivadas mudanças na prestação dos serviços de saúde no Município.

Uma das entrevistadas lembrou que somos nós, cidadãos, quem financiamos as políticas públicas por meio do pagamento de impostos. Por isto, precisamos repensar a prática de aceitar a prestação de serviços de má qualidade com a justificativa de que “seriam de graça”. Esta lógica, instaurada no imaginário da população pode inibir a luta pela melhoria da qualidade dos serviços e pelo respeito aos direitos humanos.

Os dados foram obtidos em domicílio, em momento oportuno agendado previamente entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa. Ressalta-se que o

sigilo da identidade de cada mulher foi resguardado, garantindo assim que não existirão riscos de exposição com a participação neste estudo. Todos os dados obtidos através das entrevistas foram utilizados mediante autorização das entrevistadas, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁶.

6 PRODUTO EDUCACIONAL

A aproximação com a temática da Violência Obstétrica traz à tona diversos questionamentos e um deles representa a forma como o assunto vem sendo disseminado em nosso país. Considerando que a terminologia, criada na Venezuela no ano de 2007 ainda caminha a passos lentos no Brasil, grande parte das pesquisas se destinam a analisar questões como a presença do acompanhante⁷ durante o parto, a episiotomia e a escolha do tipo de parto (cesariana ou natural).

O governo da Venezuela foi o pioneiro em inserir na categoria de violência contra a mulher o debate sobre a Violência Obstétrica e apresenta a seguinte definição:

[...] a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. [...] trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (CIELLO, et. al., 2012, p. 37-38).

Estas abordagens, inerentes ao debate proposto, não devem ser reconhecidas de forma isolada ou dissociada de discussões mais amplamente relacionadas às questões de raça, gênero, classe social, dos direitos fundamentais, dos direitos humanos, da banalização da violência e da humanização dos serviços prestados pela política de Saúde. Com o propósito de pleitear esta temática, faz-se necessário explorar desdobramentos como a liberdade individual, o protagonismo da mulher na sociedade, os procedimentos realizados, as legislações específicas e os dilemas éticos envolvidos no período da gestação e no momento do parto.

⁶ Anexo 4.

⁷ Regulamentada por meio da Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005, conhecida como a Lei do Acompanhante.

É notório avaliar que, apesar de existirem legislações protetivas e orientações técnicas para os serviços de saúde, isto não reflete, necessariamente, na melhoria na qualidade do atendimento à população. Reflexo disto são os posicionamentos de insatisfação sobre os serviços prestados e o investimento inexpressivo em campanhas de circulação nacional de orientação sobre os sinais da Violência Obstétrica e suas formas de combate. Percebe-se ainda que a formulação de manuais de práticas humanizadas de serviços não garante que estes sejam efetivados em consonância com suas propostas fundantes.

Frente a isto, faz-se necessário apresentar relatos de situações verídicas que violam os direitos das gestantes ao longo do período gestacional e suas consequências para o núcleo familiar. De forma a contribuir com a ampliação deste debate foi produzido um livro intitulado “A Doce Espera: Quando gerar uma vida se torna um trauma...”, cujo objetivo consiste em oferecer informações que favoreçam o reconhecimento dos atos caracterizados como Violência Obstétrica.

O título do livro foi escolhido após abordagem realizada com uma das mulheres participantes desta pesquisa. Após ter sido vítima de Violência Obstétrica em sua primeira gestação, a segunda gravidez ficou marcada, desde a descoberta até a data do parto, pelo receio do que poderia vir a acontecer. Segundo aquela mulher, sua *“doce espera se transformou em um pesadelo”*, o que a impediu de vivenciar a gestação de forma emocionalmente sadia, mesmo que o aumento da família representasse um desejo daquela família.

O livro foi organizado em três partes, que apresentarão relatos de vivência de onze mulheres. Na primeira parte, denominada “As dificuldades em se reconhecer enquanto vítima de Violência Obstétrica” foram apresentadas as histórias de quatro mulheres, que encontram resistências em se reconhecer enquanto vítimas de Violência Obstétrica, mesmo que reconheçam que não tenham usufruído dos serviços de saúde conforme previsto pela legislação.

A segunda parte intitulada “A Violência Obstétrica presente nas consultas de pré-natal, no momento do parto e após o parto” apresenta os relatos de cinco mulheres, que acreditam que seus direitos tenham sido gravemente violados durante algum momento de sua gestação.

Por fim, a terceira parte, cujo título estabelecido foi “Condutas profissionais irreversíveis: da negligência ao óbito” apresenta duas histórias, que demonstram que

a violação de direitos e a negligência profissional podem causar danos irreversíveis, como o óbito de uma gestante e de um bebê.

Os dados obtidos por meio das entrevistas com roteiro semi-estruturado foram gravados mediante a autorização das participantes da pesquisa. Desta forma, as vivências sobre a Violência Obstétrica puderam ser transcritas integralmente e analisadas à luz das suas próprias percepções sobre as situações às quais foram expostas durante o período gestacional. Foram realizadas intervenções apenas com o objetivo de tornar o texto conciso e fluído, mas sem retirar a originalidade dos discursos.

Conforme anteriormente mencionado, as entrevistas foram realizadas entre os dias Vinte e Seis de Junho e Cinco de Julho de Dois Mil e Dezessete. O roteiro semi-estruturado permitiu que as entrevistas fluíssem em conformidade com os seis questionamentos inicialmente elaborados. No entanto, isto não impediu que algumas entrevistas se estendessem ou que as mulheres tenham sentido a necessidade de ampliar seus discursos (apresentando mais informações sobre sua vida pessoal, sobre a descoberta da gestação ou sobre a vivência da Violência Obstétrica) complementando sua fala com informações que julgaram pertinentes para o momento. Respeitando as particularidades, habilidades e limitações de cada entrevistada, todas as informações referentes à temática exposta foram transcritas no relato de suas experiências.

Com base no referencial teórico de Paulo Freire e pautados na Pedagogia Libertadora, “A Doce Espera” busca valorizar os espaços informais de ensino, bem como proporcionar ferramentas para a transformação democrática da sociedade por meio da conquista da autonomia. Desta forma, este livro será destinado às mulheres, para que seja favorecido o reconhecimento dos sinais de Violência Obstétrica e, cientes da existência deste tipo de violência, possam encontrar formas de combatê-la.

Concomitantemente, o livro também será destinado a estudantes e profissionais da área da Saúde, a fim de contribuir para a reflexão sobre as condutas profissionais e para a construção da prática profissional pautada em diretrizes éticas e com respeito à autonomia e dignidade humana.

Após a apresentação dos relatos, foram propostas algumas questões norteadoras para estudo de caso e reflexão que poderão embasar o

aprofundamento e ampliação da temática sobre a Violência Obstétrica, buscando atingir ambos os leitores do livro. Os relatos e questões apresentados poderão inclusive ser utilizados como material didático e informativo para grupos semelhantes, contribuindo para suscitar as discussões sobre a Violência Obstétrica e formar mulheres e profissionais criticamente a este respeito.

7 RESULTADOS DA PESQUISA

A seguir serão apresentados os resultados da pesquisa, de acordo com os questionamentos realizados.

1) Relate sua história de vida e a história de sua gestação (se houve planejamento, se o casal estava utilizando alguma forma de contracepção e como a notificação da gestação foi recebida pela família).

Idade: As mulheres entrevistadas têm idades de dezesseis a trinta e nove anos. Cabe ressaltar que a adolescente de dezesseis anos participou da pesquisa mediante a autorização de seus responsáveis e atendendo a manifestação de seu interesse em contribuir com a realização deste estudo.

Grau de escolaridade: Sete mulheres concluíram o Ensino Médio, três mulheres apresentam como grau de escolaridade o Ensino Médio Incompleto e uma mulher não concluiu o Ensino Fundamental. No momento da realização das entrevistas, nenhuma mulher estava inserida no mercado de trabalho e este dado corrobora com os estudos de Saffioti sobre as “discriminações perpetradas contra as mulheres” (SAFFIOTI, 2005, p. 35), sobre a divisão de tarefas socialmente determinadas para homens e mulheres, sobre os conceitos de gênero e das relações desiguais estabelecidas no sistema do patriarcado.

Tipo de relacionamento: Duas mulheres são casadas, cinco são solteiras, uma mulher é viúva, uma é divorciada, e duas mantém o regime de união estável.

Utilização de contraceptivo: Oito mulheres afirmaram não fazer uso de nenhum

tipo de contracepção, mesmo que o aumento da família não estivesse previsto. Uma mulher informou que não utilizava métodos contraceptivos em decorrência do discurso proferido pelo ginecologista, afirmando que ela seria incapaz de gerar filhos. Três mulheres relataram fazer uso de métodos contraceptivos (anticoncepcional oral e/ou camisinha).

Planejamento ou não da gravidez: Nove mulheres não planejaram a gestação. Para duas mulheres houve o planejamento da gestação. Uma mulher planejou apenas uma, das três gestações vivenciadas. Uma mulher planejou apenas uma das seis gestações vivenciadas.

Os apontamentos realizados neste questionamento e no anterior se aproximam das informações disseminadas pela Organização Mundial de Saúde no ano de 2011, sobre a relação entre a ocorrência da gestação e sobre a utilização de métodos contraceptivos. Conforme anteriormente mencionado, a referida Organização aponta que “120 milhões de mulheres desejam evitar a gestação [...] apesar disso, nem elas e nem seus parceiros usam métodos contraceptivos” (PORTAL BRASIL, 2011).

Estas informações remetem à reflexão sobre a oferta de ações em caráter preventivo adotado pelo Sistema Único de Saúde, a adesão por parte da população, os dilemas sobre os direitos reprodutivos e sobre a liberdade e autonomia das mulheres.

Quantidade de filhos: Duas mulheres não têm filhos (uma criança faleceu no mesmo dia do seu nascimento e uma criança faleceu um ano após seu nascimento); O número de filhos das outras nove entrevistadas varia de um a oito.

Tipo de parto: Cinco mulheres vivenciaram a experiência de um parto cesariano. Quatro mulheres vivenciaram o parto natural. Uma mulher teve a experiência de um parto cesariano e um natural. Uma mulher teve sete filhos por parto natural e um por cesariana.

Sobre a notificação da gestação, as informações repassadas foram organizadas no quadro a seguir:

Quadro 1- Forma de aceitação da gestação.

SITUAÇÃO	FORMA DE ACEITAÇÃO
Gravidez não planejada	Satisfação ao descobrir a gestação; Aceitação positiva; Alegria; Preocupação; Desejo de abortar; Negação; Medo de ser expulsa de casa; Receio sobre as habilidades em exercer a maternidade;
Gravidez planejada	Descoberta da gestação festejada por toda a família;
Desejo de não ter filhos	Aceitação gradativa (para a mulher e seu companheiro)

As respostas apresentadas sobre esta questão apontam que, em alguns momentos, mesmo que a gestação não tenha sido planejada, as mulheres não enfrentam grandes resistências em aceitar a gestação. Os papéis determinados socialmente podem contribuir com os conceitos disseminados por Saffioti, quando aponta que a sociedade naturaliza o processo de exercício da maternidade e atribui a organização do espaço doméstico à mulher. “De acordo com este pensamento, é natural que a mulher se dedique aos afazeres domésticos, aí compreendida a socialização dos filhos, como é natural sua capacidade de conceber e dar à luz” (SAFFIOTI, 1987, p.9). Mesmo que a compreensão dos direitos reprodutivos se consolide na premissa da redução das injustiças e na erradicação das desigualdades de gênero, é necessário reconhecer que tais ações não se efetivam como prática absoluta.

2) Relate as condutas profissionais as quais você foi submetida ao longo da realização de pré-natal, durante o parto e após o nascimento do seu filho.

As mulheres, participantes desta pesquisa, relataram as condutas profissionais às quais foram submetidas ao longo de todo o período gravídico e no pós-parto. As ações profissionais desenvolvidas durante as consultas de pré-natal, durante o momento do parto e após o parto serão apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 2- Condutas profissionais de acordo com o período gestacional.

CONDUTA PROFISSIONAL DURANTE AS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	CONDUTA PROFISSIONAL DURANTE O PARTO	CONDUTA PROFISSIONAL APÓS O PARTO
Acompanhamento de pré-natal com Clínico Geral	Aplicação de soro com ocitocina para intensificar as contrações	Dificuldade de acesso ao médico (após a realização involuntária da laqueadura tubária)
Agendamento de cesariana em outro Município	Contenção das pernas durante o parto	Instruções ineficientes sobre o uso de anticoncepcional
Atraso do atendimento médico durante as consultas de pré-natal	Episiotomia	Não confirmação do médico em realização ao procedimento de laqueadura tubária
Esclarecimentos ineficientes sobre uma gestação de risco	Esclarecimentos ineficientes sobre o parto	Negativa da prescrição de anticoncepcional após o parto
Esclarecimentos ineficientes sobre o parto	Exames de toque agressivos	Transferência da maca para a cama de forma abrupta

Exames de toque agressivos	Falecimento da gestante	
Falta do médico às consultas de pré-natal	Falta de atenção do médico no dia do parto	
Frases ofensivas	Frases ofensivas	
Grosseria por parte da equipe de Enfermagem	Grosseria por parte da equipe de Enfermagem	
Morosidade no agendamento dos exames de ultrassonografia	Laqueadura tubária no momento do parto (solicitada pela própria mulher)	
Negativa do médico em apresentar o sexo do bebê durante o exame de ultrassonografia	Laqueadura tubária realizada sem autorização	
Negligência médica	Não oferecimento da anestesia	
Questionamento sobre a quantidade de filhos	Negligência médica	
Recusa da prescrição de vitaminas	Orientação para permanecer em jejum	
	Parto domiciliar, após peregrinação por leitos	
	Peregrinação por leitos	
	Presença de muitos profissionais e a discussão de assuntos alheios ao parto	
	Recusa da anestesia	
	Recusa do médico plantonista em realizar o parto	

	Trabalho de parto prolongado	
	Utilização de fórceps sem comunicação prévia	

Cabe apontar que uma entrevistada acredita que a presença masculina durante o atendimento em caráter emergencial (realizado no Pronto-Socorro) seria crucial para evitar a coerção e autoritarismo dos profissionais durante o atendimento. Por isto, esta entrevistada acredita que o companheiro de sua filha também tenha sido negligente em relação ao atendimento destinado a ela.

Essa especialização de gênero estaria acompanhada, na mulher, por um desenvolvimento da racionalidade inferior ao do homem, em benefício de uma maior afetividade que condicionaria seu comportamento a padrões desiguais e inferiores que aos dos homens. Configuraria um quadro de inferioridade e irracionalidade na mulher, que a incapacitaria para tomar decisões de importância, mas que a tornaria apta para desenvolver atividades simples, sem maiores responsabilidades. Nessa perspectiva a mulher não teria condições de tomar decisões sobre problemas de sobrevivência, fato que a tornaria dependente do outro gênero (CASTILLO-MARTIN, 2000, apud PESSIS; MARTIN, 2005, p. 17).

Sobre a utilização do fórceps no momento do parto, uma mulher acredita que deveria ter sido informada sobre a necessidade da utilização deste instrumento previamente, visto que permaneceu acordada e consciente durante todo o procedimento de parto. Um enfermeiro questionou se a mulher aceitaria ser anestesiada e, como sentia dores intensas, aceitou. Mas em nenhum momento o profissional citou que seria necessário utilizar o fórceps e comunicou tal conduta apenas após o nascimento da criança. O uso de tal instrumento causou constrangimento naquela mulher, que enfrentou o julgamento alheio, sendo afirmado que ela não havia vivenciado a experiência de um parto natural. Tal ação também gerou preocupação quanto à saúde de sua filha, pois a criança apresentava ondulações em sua cabeça e precisou ser submetida a um exame de tomografia dias após o seu nascimento.

As mulheres que foram submetidas ao procedimento de Episiotomia relataram que não foram comunicadas e orientadas sobre a necessidade de tal ação previamente. As entrevistadas questionam se esta conduta seria imprescindível ou se foi utilizada apenas como manobra para ampliar o canal vaginal e agilizar o parto.

Uma mulher afirmou que, após ser submetida a este procedimento, apresenta um quadro de incontinência urinária que a atrapalha em diversos aspectos de sua vida, inclusive na rotina de trabalho.

O atraso e a falta dos profissionais para as consultas de pré-natal demandaram a necessidade de reagendar as consultas, o que gerou transtornos e incômodo para as mulheres, principalmente no final da gestação. Em dois casos, a falta dos médicos representou o diagnóstico tardio da hipertensão e uma destas gestantes faleceu em decorrência de Eclâmpsia.

A peregrinação por leitos representou um momento de grave violação dos direitos da mulher, que eram dispensadas do ambiente hospitalar sem que nenhum tipo de exame clínico fosse realizado. Em um caso específico, uma mulher deu à luz em sua casa, sem nenhum tipo de orientação profissional, cerca de dez minutos após retornar do hospital com a resposta de que o parto não aconteceria naquele dia. Tal situação gerou nesta mulher um intenso sofrimento e preocupação de que este fato possa acontecer novamente, visto que aquela estava grávida no momento da realização da entrevista. A peregrinação por leitos também resultou no falecimento do filho de uma mulher, vítima de trabalho de parto prolongado.

A falta de oferta e a negação da anestesia no momento do parto foram justificadas pelos profissionais pelo fato de que o parto natural não pode envolver nenhum tipo de anestesia. Tal justificativa impede que a mulher receba um atendimento digno, que amenize suas dores e facilite a realização do parto natural. A anestesia consiste em um direito da gestante no momento do parto, direito este que fora negado a cinco mulheres.

Apesar de o artigo 2º da Lei 9.263/96 apresentar em seu parágrafo único que é proibida a utilização das ações do Planejamento familiar para qualquer tipo de controle demográfico, três mulheres afirmaram que a quantidade de filhos era constantemente questionada pelos profissionais de Saúde, razões que motivaram exclusivamente a procura pela realização da laqueadura tubária.

Uma mulher entrevistada foi submetida ao procedimento de laqueadura tubária contrária à sua vontade. Ao longo da realização das consultas de pré-natal, o médico questionava com frequência a quantidade de filhos daquela mulher, insistindo para que aquela se submetesse ao procedimento da laqueadura. Com o desejo de gerar mais filhos e planejar o aumento de sua família, a mulher se

recusava a realizar tal procedimento. Logo após o parto, sua irmã contou que o médico havia realizado o procedimento. A mulher procurou o profissional para solicitar esclarecimentos, mas toda a equipe da Unidade de Saúde impedia sua aproximação do profissional. Esta mulher apresentou sintomas de gravidez psicológica e está em busca de profissionais que se disponibilizem a realizar uma cirurgia de reversão da laqueadura, realizada involuntariamente no momento do parto de seu terceiro filho.

As frases ofensivas proferidas por médicos e enfermeiros durante as consultas de pré-natal e no momento do parto foram relatadas por oito mulheres. Tal conduta gerou nas mulheres o sentimento de insegurança, medo, raiva e humilhação. As vinte e uma frases serão apresentadas a seguir:

- 1) *“O médico que assumir o próximo plantão que se vire, pois eu já estou muito cansada e velha para fazer mais um parto”;*
- 2) *“Você deveria ter mais respeito, pois eu sou uma médica e não vou fazer o seu parto”;*
- 3) *“Eu sou a médica, eu estudei para isto e sou eu quem sabe a hora que seu bebê vai nascer”;*
- 4) *“Muitas mulheres conseguem ter um parto normal e se você parar de frescura também conseguirá”;*
- 5) *“Como que uma mãe com quatro filhos ainda tem a esperança de saber o sexo do bebê que está gerando? O que vier agora está bom! Na sua condição, você só deveria querer saber informações sobre a saúde do seu filho. O sexo não importa”* (verbalizou o médico após se recusar a informar o sexo do bebê, durante um exame de ultrassonografia);
- 6) *“Mais um filho? Vai acabar formando um time de futebol. Não acredito que você está grávida de novo”;*

- 7) *“Parto normal tem que ser na raça e não pode envolver nenhum tipo de anestesia”* (disse a médica após recusar a anestesia solicitada pela paciente);
- 8) *“Vamos, gorda! Você já está cheia de banha! Sua barriga já está pelancuda e pendurada. Vamos operar!”* (coagia o médico, insistindo para que a paciente se submetesse ao procedimento de laqueadura tubária, o que fere o artigo 12º da Lei 9.263/96);
- 9) *“Faz logo (a laqueadura tubária), cria seus três filhos e pronto. Pelo menos disso você não morre. É muita coisa, você já vai para a terceira cesariana, uma hora você acaba morrendo disso”;*
- 10) *“Você não precisa de vitaminas, pois mulheres gordas não têm anemia e você já está gorda demais”;*
- 11) *“Você acabou de ser anestesiada e não tem razão para estar reclamando de dores”;*
- 12) *“Na hora de fazer estava bom, agora não reclama!”;*
- 13) *“Você tem que se levantar e tem que ser forte. Você nem espera levar o tiro e já está morrendo!”;*
- 14) *“A hora do banho está chegando e você vai ter que se levantar. Agora eu quero ver”;*
- 15) *“Lá vai a dolorida reclamar mais uma vez”;*
- 16) *“Pode levantar e pegar (a bandeja com a refeição, que havia sido deixada fora do alcance da paciente, que havia acabado de se submeter a uma cesariana)”;*
- 17) *“Prepara, porque vai doer!”* (ironizou o médico antes de um exame de toque);

18) *“Você tem pelo menos doze horas para continuar assim (disseram os enfermeiros, ironizando as dores do parto de uma das entrevistadas)”*;

19) *“Ninguém te avisou que você não pode gritar?”*;

20) *“O Brasil precisa promulgar uma legislação de que quando a mulher pobre tiver dois filhos, ela já deve operar. Pobre não pode ter mais que dois filhos”*.

21) *“A mulher obesa nem deveria poder ter filho, devia ser proibido”*.

3) Ao analisar seu discurso, você consegue reconhecer que foi vítima de algum tipo de violência durante o pré-natal ou no parto? Qual ou quais?

Seis mulheres não se reconheciam enquanto vítimas de violência durante o pré-natal e no momento do parto.

Quatro mulheres se reconheceram enquanto vítimas de violência durante o pré-natal ou no momento do parto. Foram evidenciadas a violação da integridade física e de ter a autonomia ignorada, o desrespeito, o despreparo da equipe profissional nos processos de parto e pós-parto, a ocorrência de violência psicológica, negligência médica e a peregrinação por leitos.

Uma mulher afirmou ter se sentindo sem importância, mas acreditava ter sido vítima de descaso por parte do médico, e não vítima de algum tipo de violência.

Uma mulher acredita que a presença do marido de sua filha durante as consultas poderia garantir que o atendimento fosse realizado de forma mais humanizada.

As três mulheres que foram submetidas ao procedimento de laqueadura tubária no momento do parto têm ciência de que tal ação não é permitida pela legislação do Planejamento Familiar, mas reuniram esforços para que tal ação fosse concretizada. Desta forma, as mulheres não reconhecem que o médico tenha cometido uma infração ética e se sentem gratas pelo “favor” (terminologia unanime entre as entrevistadas) da realização da laqueadura, que foi considerada como a única forma eficaz de evitar uma gestação. O sentimento da gratidão sobressai ao sentimento da violação de direitos, pois tal ação havia sido solicitada e consentida por elas.

4) Você já ouviu a terminologia “Violência Obstétrica”? Qual seu conhecimento sobre o assunto? Acredita que tenha sido vítima deste tipo de violência?

Durante as entrevistas, apenas duas mulheres afirmaram conhecer a terminologia “Violência Obstétrica”. As duas mulheres se reconhecem enquanto vítima de Violência Obstétrica (uma pela recusa do médico plantonista em realizar o parto e uma pelo trabalho de parto com período prolongado, o que resultou no falecimento de sua filha) e a principal forma de obtenção de conhecimento sobre a temática foi a internet.

Após a explicação deste tipo de violência, sete mulheres se reconheceram enquanto vítimas de Violência Obstétrica (três mulheres pela peregrinação por leitos, uma pela orientação de permanecer em jejum, uma pelas condutas arbitrárias e abusivas do médico, uma pela recusa do médico plantonista em realizar o parto, uma por negligência médica, que resultou no falecimento da gestante). Isto aponta a relevância do acesso à informação para o combate da Violência Obstétrica.

Após explicação, duas mulheres não se reconheceram enquanto vítimas de Violência Obstétrica, sendo que uma se sente responsável pelas condutas às quais foi submetida, por ter transparecido sua insatisfação em relação à gestação. Uma mulher afirmou que se tivesse acesso a alguma legislação de combate à Violência Obstétrica o seu reconhecimento enquanto vítima poderia ser facilitado.

Três mulheres acreditam que a Unidade Básica de Saúde deveria representar o principal espaço de discussão sobre esta temática. No entanto, durante a realização das consultas de pré-natal, o assunto não foi abordado por nenhum profissional envolvido. No dia Dez de Julho de Dois Mil e Dezessete, foram realizadas visitas às dezessete unidades de Saúde do Município no qual esta pesquisa foi desenvolvida. Foi possível identificar a presença de inúmeros cartazes explicativos sobre diversas doenças e exames, tais como: Hanseníase, Hepatite, AIDS, Tuberculose, Gripe, Teste rápido, Meningite, Dengue e Diabetes.

Apenas uma unidade apresentava, afixada ao mural de informações, um cartaz sobre o preenchimento correto da caderneta de gestante e algumas estratégias sobre como amenizar as dores do parto. Nenhuma das dezessete Unidades mantinha afixado um cartaz sobre a Violência Obstétrica. As enfermeiras verbalizaram que nunca receberam cartazes com a abordagem desta temática.

Quando questionadas, as enfermeiras responsáveis pelas Unidades verbalizaram que todos os cartazes são fornecidos pela Secretaria de Saúde e pela Vigilância Sanitária do Município e que geralmente são distribuídos em períodos de realização de alguma campanha. Duas enfermeiras informaram que a Secretaria de Saúde havia solicitado a retirada de alguns cartazes, evitando assim a poluição visual na Unidade.

5) Em caso afirmativo, suas experiências foram oficializadas na Secretaria de Saúde ou Ministério Público?

Apenas uma mulher entrevistada oficializou a denúncia por meio da realização de um Boletim de Ocorrência, oficializado no ambiente hospitalar, na mesma data do parto. No entanto, esta mulher não foi mais convocada para prestar esclarecimentos sobre o ocorrido no hospital.

Uma mulher afirmou não ter oficializado a denúncia em decorrência de limitações físicas (por ser portadora de Lúpus).

Duas mulheres não oficializaram a denúncia devido ao fato de que realizar tal ação não traria a vida do bebê que faleceu após o parto, assim como a vida da gestante, que faleceu em decorrência de Eclâmpsia.

Três mulheres acreditam que um processo instaurado contra um médico não teria resolutividade, em detrimento do espaço ocupado pela medicina na sociedade. As mulheres têm certeza de que o processo não seria julgado de forma justa e que seria muito difícil comprovar as condutas abusivas às quais estiveram expostas durante o pré-natal ou no momento do parto. Esta evidência aponta que as relações estabelecidas entre profissionais e pacientes estão pautadas em bases desiguais de poder.

6) Como você e sua família conseguiram superar a Violência Obstétrica?

Duas mulheres afirmaram que não será possível superar a Violência Obstétrica, pois suas experiências causaram o óbito do bebê ou da gestante.

Uma mulher afirmou que a superação poderia acontecer, caso a laqueadura tubária, realizada sem o seu consentimento, fosse revertida.

Quatro mulheres afirmaram que o procedimento de laqueadura tubária representou a forma de superação da Violência Obstétrica, devido à impossibilidade de gerar filhos novamente.

Uma mulher afirmou que não deseja ter mais filhos para não ser submetida novamente à exposição da Violência Obstétrica.

Uma mulher manifestou sentir receio em sofrer novamente a Violência Obstétrica, pois estava grávida no momento da entrevista.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações históricas, culturais, econômicas e sociais decorrentes do desenvolvimento do sistema capitalista refletem na divisão da sociedade em classes, que mantêm interesses que são antagônicos. As relações estabelecidas entre estas envolvem a detenção do poder e geram desigualdades alarmantes que interferem diretamente no modo de ser e de se expressar dos sujeitos.

Os direitos de cidadania encontram, nas bases deste sistema, inúmeros entraves para sua efetivação, o que resulta na complexidade de parte da população brasileira em garantir o acesso a direitos básicos previstos na Constituição, como a Educação, a Cultura e a Saúde. O presente cenário apresenta controvérsias no sentido essencial da cidadania e também da conjectura democrática vigente no país.

Os dados obtidos por meio das entrevistas evidenciaram que as mulheres consideram a laqueadura tubária como a única forma eficaz de evitar uma gestação e se sentem gratas quando o médico obstetra se disponibiliza a realizar tal procedimento concomitantemente ao parto, mesmo que, de acordo com a legislação do Planejamento Familiar, tal conduta represente uma infração ética. A opção pela laqueadura tubária reforça a culpabilização e penalização das mulheres sobre a ampliação de sua família, reiterando-a como a principal responsável pela utilização dos métodos contraceptivos. Ademais, o procedimento de laqueadura tubária se encontra intrinsecamente relacionado à impossibilidade de se apresentar disposta novamente à Violência Obstétrica e não, necessariamente, ao desejo de regular a fecundidade.

Uma, dentre as onze mulheres entrevistadas, optou pela realização do procedimento de vasectomia de seu companheiro. Para as outras dez mulheres, a

reflexão sobre tal opção não foi considerada pelo médico responsável pelo pré-natal e nem pela sua família. Tal apontamento sugere que a política de Planejamento Familiar ainda se consolida sobre bases androcêntricas, o que demonstra o quanto as relações entre os gêneros, no que tange ao Planejamento Familiar, são desiguais. Cabe ainda à mulher a adoção de mecanismos de regulação da fecundidade, seja por meio da utilização do anticoncepcional ou pela opção pelo método irreversível da laqueadura tubária.

Os relatos das mulheres sobre as condutas profissionais as quais foram submetidas durante as consultas de pré-natal, no momento do parto e após o parto, evidenciam o predomínio de estruturas de dominação e de soberania dos profissionais e a negação dos direitos de autonomia e de participação da mulher em todos os momentos de sua gestação. As violações de direitos, somadas à oferta ineficiente das orientações sobre o período gestacional, demonstraram que as Unidades Básicas de Saúde não representam o espaço de esclarecimento de dúvidas e de pleno acesso aos direitos de Saúde.

A realização do procedimento de laqueadura tubária, contrária à vontade de uma das mulheres entrevistadas, representa uma infração ética grave e demonstra que o controle de natalidade ainda se faz presente nos processos de efetivação da política de Planejamento Familiar, pautado no imaginário de “estrutura familiar”, presente na dinâmica da sociedade. Tal relato demonstra o quanto a Violência Obstétrica pode ultrapassar os limites da violência contra a integridade física e se aproximar da violência psicológica, uma vez que os desejos da mulher foram ignorados e os sonhos da ampliação de sua família, impossibilitados pela decisão do profissional.

A medicalização do parto parece ser estruturada e replicada tradicionalmente por discursos profissionais que impõem à mulher uma gama de restrições ameaçadoras, sendo a ela destinado o papel secundário sob o controle do seu próprio corpo. Neste jogo, as mulheres são submetidas a consequências graves e punições ainda mais severas.

As mulheres não identificam possibilidades de oficializar denúncias e instaurar processos contra estes profissionais arbitrários, pois acreditam que suas experiências não poderiam ser comprovadas ou que o julgamento de um profissional da área de Saúde não se efetivaria de maneira justa. Tal constatação evidencia que

as relações estabelecidas entre profissionais de Saúde e pacientes são embasadas em relações de poder e detenção de conhecimento, o que torna esta relação desigual.

Como as condutas mencionadas não geram dados estatísticos expressivos, os profissionais permanecem desenvolvendo práticas arbitrárias, coercitivas e abusivas e as mulheres permanecem à mercê da soberania destes profissionais, favorecendo que a situação se apresente recorrentemente. A resistência em oficializar denúncias sobre as condutas abusivas por parte dos profissionais favorece que outras mulheres também se submetam a tais ações e condutas, não sendo possível romper com o processo de violação de direitos. Este fato demonstra que a ampliação do debate sobre a Violência Obstétrica se faz necessária e urgente, bem como a promulgação de legislações específicas e a difusão destas para a população.

Foi possível identificar com esta pesquisa que, durante a realização das consultas de pré-natal, os principais indícios (mais mencionados) de violência apontados pelas participantes são o agendamento de cesariana para a realização do procedimento da laqueadura tubária, as frases ofensivas e a negligência médica. Durante o momento do parto, as principais formas de violação de direitos representam as frases ofensivas e a peregrinação dos leitos. E, por fim, após o parto, a mais importante representação da violação de direitos verbalizada consiste na não confirmação do profissional sobre a realização do procedimento da laqueadura tubária, solicitado e acordado previamente entre o médico e a paciente.

A política de Planejamento Familiar enfrenta empecilhos para o seu pleno desenvolvimento e a pesquisa realizada demonstra que as consultas de pré-natal e o advento do parto são marcados pelo desrespeito à dignidade humana, pela violação de direitos à integridade física, pela redução da autonomia das mulheres e por diferenciadas facetas da violência (psicológica, física e institucional). Na contramão das premissas do parto humanizado, o que é concebível observar por parte dos profissionais de saúde são situações nas quais se destacam o descaso, a humilhação e a ameaça.

Torna-se notório apontar que as relações estabelecidas entre os profissionais e as pacientes não necessariamente foram produzidas por pessoas de sexos opostos. No entanto, tais relações reforçam a culpa da mulher pela gestação,

principalmente nos casos em que não houve o planejamento desta. Tais condutas são percebidas pelas mulheres entrevistadas como uma forma de puni-las por seus atos e também como uma maneira de tentar evitar a reincidência de tal situação.

Reconhecer-se enquanto vítima de Violência Obstétrica faz parte de um amplo processo educativo, que envolve o conhecimento sobre os direitos sociais e a tomada de consciência sobre o direito a ter direitos, o que não integrou o processo de pré-natal das mulheres entrevistadas. A falta de informações sobre a Violência Obstétrica e a inexpressiva discussão sobre suas características retratam o quanto este tipo de violência ainda se encontra velada e fora da pauta de discussão, diante da posição social que os profissionais de Saúde ocupam na sociedade.

Apesar da promulgação de legislações específicas para a consolidação da política de Planejamento Familiar e da regulamentação de códigos de ética profissionais, os serviços parecem não ter ainda alcançado ou implementado a premissa da humanização. Os instrumentos legais de garantia de direitos não inibem a perpetuação de práticas profissionais e ações violentas, arbitrárias e desumanas e os resultados desta pesquisa são suficientes para reforçar esta afirmação.

Consolidar os direitos de cidadania representa mais do que meramente proporcionar o acesso aos direitos sociais, civis e políticos por meio de propostas de políticas públicas destinadas a este fim. Faz-se imprescindível buscar a efetivação dos conceitos presentes na proposta da democracia, para que sejam alteradas as formas de interação dos cidadãos na sociedade.

Deste modo, considerando o movimento histórico da sociedade civil, seria possível estabelecer novas formas de sociabilidade, transformando a racionalidade do processo de emancipação político e ideológicos das classes. Considerando os referenciais teóricos do pensamento marxista e dos pensadores Paulo Freire e Michel Foucault, cujas ideias se esbarram, respectivamente no debate sobre a luta de classes, a busca de soluções para superação das desigualdades (através da conscientização para transformação da realidade) e a relação de poder que embasa o saber, a Educação conceitua-se como direito fundamental e contribui para a formação de sociedades organizadas politicamente. Assim, há se de refletir sobre o compromisso ético do educador, esteja este inserido nos espaços formais ou informais de ensino e Educação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência Obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas** – Universidade Estadual de Londrina. 2014.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador. 2016.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei de Planejamento Familiar**. Lei nº 9.263 de 12 de Janeiro de 1996.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996**. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Cartilha. **Violência Obstétrica: você sabe o que é?** São Paulo. 2014 (a).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília. 2014 (b).

BUSSANELLO, Josefina; KERBER, Nalú Pereira da Costa; FERNANDES, Geani Farias Machado; ZACARIAS, Caroline Ceolin; CAPPELLARO, Josiane; SILVA, Marília Egues da. Humanização do parto e a formação dos profissionais da Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 2011.

CAMPOS, Marta Silva; TEIXEIRA, Solange Maria. Gênero, Família e Proteção Social: as desigualdades fomentadas pela política social. **Rev. Katal**, v. 13, nº1. 2010.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 9ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

CIELLO, Cariny, et. al. **DOSSIÊ DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. “PARIRÁS COM DOR**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Príncpio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; LUCENA, Maria de Fátima Gomes de; SILVA, Ana Tereza de Medeiros. O Planejamento Familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de Saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, nº1. 2000.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social. **Assistente Social: Ética e Direitos**. 5ª edição – Revista atualizada. Coletânea de Leis e Resoluções, volume I. 2008.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social. **Assistente Social: Ética e Direitos**. 5ª edição – Revista atualizada. Coletânea de Leis e Resoluções, volume II. 2008.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. Monografia. Faculdade de Direito. Universidade de Brasília, 2015.

DELFINO, Cristiane Cordeiro da Silva. **Violência Obstétrica e Serviço Social: limites e desafios na atualidade**. II Congresso de Assistentes Sociais do Rio de Janeiro. 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciências e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2005.

FERREIRA, Ana Bela. **Mais de 80 milhões de gravidezes indesejadas: Em 2012, deverão ocorrer em todo o mundo 80 milhões de gravidezes indesejadas devido a falhas no acesso a planejamento familiar, sobretudo nos países pobres, segundo dados das Nações Unidas hoje divulgados**. Diário de Notícias. Portugal. 2012. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/mais-de-80-milhoes-de-gravidezes-indesejadas-2885433.html> Acesso em 14. Set. 2016.

FERREIRA, Rebeca Viana; COSTA, Mônica Rodrigues; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 13, 2014.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: H. Dreyfus & P. Rabinow (orgs.). **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro. 1995.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 34. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FRANCA, Bruna Suellen da Silva; FIGUEIREDO, Janaína Dutra; BARBOZA, Jenifer Monteiro; SOUZA, Danielle Costa da; ZAPPONI, Ana Luiza Barreto. Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Política e educação: ensaios**. (Coleção Questões de Nossa Época; v.23) – 5. ed - São Paulo, Cortez, 2001.

GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa Qualitativa - Tipos Fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, nº 3 – 1995.

GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2006.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama;

BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. I ENADIR - Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo – 20 e 21 de agosto de 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3ª ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

JARDIM, Renata Teixeira. **Esterilização Feminina na Ótica dos Direitos Reprodutivos, da Ética e do Controle da Natalidade**. Publicado em 2005. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/7212/esterilizacao-feminina-na-otica-dos-direitos-reprodutivos-da-etica-e-do-controle-de-natalidade/1>. Acesso em Julho de 2016.

LEAL, Maria do Carmo et. al. Ampliando o debate. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n °30 p. 43-47, 2014.

LIBÂNEO, J. C; SANTOS, A. As teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo. In: **Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade**. Campinas, SP: Alínea, 2005.

LIBERALI, Rafaela. **Metodologia científica prática: um “saber-fazer” competente da saúde à educação**. - Florianópolis, 2008.

MICHELS, Lucas Boeira; VOLPATO, Gildo. Marxismo e Fenomenologia nos pensamentos de Paulo Freire. **Revista Digital do Paideia**. Volume 3, nº 1. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2012.

MORAIS, Ana Cláudia Brito; FERREIRA, Atayde Gomes; ALMEIDA, Kele Leandro; QUIRINO, Glauderto da Silva. Participação Masculina do Planejamento Familiar e seus Fatores Intervenientes. **Revista Enfermagem**, UFSM, 2014.

MOREIRA, Karla de Abreu Peixoto; COSTA, Aurélio Antônio Ribeiro da; ARAÚJO, Michell Ângelo Marques; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. CAUSAS E CARACTERÍSTICAS DA RESISTÊNCIA À VASECTOMIA EM HOMENS. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, 2008.

MÜLLER, Elaine; PIMENTEL, Camila. Relatos da Partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)**. Florianópolis. 2013.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?** La Habana, 2012.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social pós-64**. – 9ª ed. – São Paulo: Cortez. 2006.

OLIVEIRA, Elisa Rezende. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário da subjugação do gênero feminino. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNES/Marília**, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: WHO, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf Acesso em 05 de Junho de 2017.

PASINATO, Wânia. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. **Cadernos Pagu**. Nº37. Jul-Dez. 2011.

PESSIS, Anne-Marie; MARTIN, Gabriela. Das origens da desigualdade de gênero. In: MARTIN, Marcia Castillo; OLIVEIRA, Suely de (Org.). **Marcadas a ferro: violência contra a mulher. Uma visão multidisciplinar**. Brasília. Secretaria

Especial de Políticas para as mulheres, 2005, p. 17-22.

POMPEO, Carolina. **Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil.** 26/09/2014. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-ostetrica-no-brasil-ee5jkxiutgeb18bwkud2ozhhq> Acesso em 09 de Fevereiro de 2016.

PORTAL BRASIL. Saúde. Planejamento Familiar: **Conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamentofamiliar>. Acesso em 14. Set. 2016.

REGO, Ana Gilda Ferreira Almeida; SILVA, João Lima da; ALVES, Anna Ekaterine Ferreira de Almeida; QUEIROGA, Vicente de Paula Pires. O uso dos anticoncepcionais no planejamento familiar. **INTESA (Pombal - PB - Brasil)** v. 8, n. 1, p. 44 - 53, Jan. - Dez., 2014.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. **O poder do macho** - São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, Heleieth I B. Gênero e Patriarcado: a necessidade da violência. In: MARTIN, Marcia Castillo; OLIVEIRA, Suely de (Org.). **Marcadas a ferro: violência contra a mulher. Uma visão multidisciplinar.** Brasília. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres, 2005, p. 35-76.

SARTI, Cynthia A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, nº 10, p.3-13, 2001.

SCHILLING, Flávia. Um olhar sobre a violência da perspectiva dos direitos humanos: a questão da vítima. **Revista ISMEC**, nº 2, 2000.

SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maia dos; VARGENS, Octávio Muniz da Costa. Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, Michelle Gonçalves da; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, Livia Shélida Pinheiro; TORO, Rosário Carcaman; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**. 2014.

SOUZA, Kleyde Ventura de. TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2006.

STECK, Juliana Monteiro. **Congresso combate violência obstétrica**. 2016. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/03/15/congresso-combate-violencia-obstetrica>. Acesso em 05. Abr. 2017.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, 2005.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Ver Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Sociedade** São Paulo. V.17, nº3. 2008.

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Dissertação de mestrado. 2013.

APÊNDICE 1**ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

<p>NOME (a identificação não é necessária, visto que será resguardado o sigilo da identidade) _____</p> <p>IDADE _____</p> <p>ESTADO CIVIL _____</p> <p>QUANTIDADE DE FILHOS _____</p>
<p>1 Relate sua história de vida e a história da sua gestação (se houve planejamento, se o casal estava utilizando alguma forma de contracepção e como a notificação da gestação foi recebida pela família).</p>
<p>2 Relate as condutas profissionais as quais você foi submetida ao longo da realização do pré-natal, durante o parto e após o nascimento do seu filho.</p>
<p>3 Ao analisar seu discurso, você consegue reconhecer que foi vítima de algum tipo de violência durante o pré-natal ou no parto? Qual ou quais?</p>
<p>4 Você já ouviu a terminologia “Violência Obstétrica”? Qual seu conhecimento sobre o assunto? Acredita que tenha sido vítima deste tipo de violência?</p>
<p>5 Em caso afirmativo, suas experiências foram oficializadas na Secretaria de Saúde ou Ministério Público?</p>
<p>6 Como você e sua família conseguiram superar a Violência Obstétrica?</p>

ANEXO 1

Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Mensagem de veto

§ 7º do art. 226 da Constituição Federal

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

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;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

~~V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.~~

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (Redação dada pela Lei nº 13.045, de 2014)

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Art. 12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art. 13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art. 14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis. (Parágrafo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

CAPÍTULO II

DOS CRIMES E DAS PENALIDADES

Art. 15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional) Mensagem nº 928, de 19.8.1997

Pena - reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave.

Parágrafo único - A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I - durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II - com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III - através de histerectomia e ooforectomia;

IV - em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V - através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

Art. 16. Deixar o médico de notificar à autoridade sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Art. 17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica.

Pena - reclusão, de um a dois anos.

Parágrafo único - Se o crime for cometido contra a coletividade, caracteriza-se como genocídio, aplicando-se o disposto na Lei nº 2.889, de 1º de outubro de 1956.

Art. 18. Exigir atestado de esterilização para qualquer fim.

Pena - reclusão, de um a dois anos, e multa.

Art. 19. Aplica-se aos gestores e responsáveis por instituições que permitam a prática de qualquer dos atos ilícitos previstos nesta Lei o disposto no caput e nos §§ 1º e 2º do art. 29 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal.

Art. 20. As instituições a que se refere o artigo anterior sofrerão as seguintes sanções, sem prejuízo das aplicáveis aos agentes do ilícito, aos co-autores ou aos partícipes:

I - se particular a instituição:

a) de duzentos a trezentos e sessenta dias-multa e, se reincidente, suspensão das atividades ou descredenciamento, sem direito a qualquer indenização ou cobertura de gastos ou investimentos efetuados;

b) proibição de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas e de se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista;

II - se pública a instituição, afastamento temporário ou definitivo dos agentes do ilícito, dos gestores e responsáveis dos cargos ou funções ocupados, sem prejuízo de outras penalidades.

Art. 21. Os agentes do ilícito e, se for o caso, as instituições a que pertençam ficam obrigados a reparar os danos morais e materiais decorrentes de esterilização não autorizada na forma desta Lei, observados, nesse caso, o disposto nos arts. 159, 1.518 e 1.521 e seu parágrafo único do Código Civil, combinados com o art. 63 do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. Aplica-se subsidiariamente a esta Lei o disposto no Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e, em especial, nos seus arts. 29, caput, e §§ 1º e 2º; 43, caput e incisos I, II e III; 44, caput e incisos I e II e III e parágrafo único; 45, caput e incisos I e II; 46, caput e parágrafo único; 47, caput e incisos I, II e III; 48, caput e parágrafo único; 49, caput e §§ 1º e 2º; 50, caput, § 1º e alíneas e § 2º; 51, caput e §§ 1º e 2º; 52; 56; 129, caput e § 1º, incisos I, II e III, § 2º, incisos I, III e IV e § 3º.

Art. 23. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 24. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 12 de janeiro de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Adib Jatene

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.1.1996.

ANEXO 2

LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017

Procedência: Dep. Angela Albino

Natureza: PL./0482.9/2013

DOE: 20.457, de 19/01/2017

Fonte: ALESC/Coord. Documentação.

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 2º 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 puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – 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;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar 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;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – 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;

XIX – 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;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no *caput* deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências”.

Art. 5º Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, os postos de saúde, as unidades básicas de saúde e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência de que trata esta Lei.

§ 3º O custo dos cartazes poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

Art. 7º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua publicação.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO
Governador do Estado

ANEXO 3



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DE DIREITOS REPRODUTIVOS

Pesquisador: Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67255517.8.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.114.701

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho objetiva discutir a inviolabilidade do acesso à política de Planejamento Familiar (regulamentada através da Lei nº 9.263/96), analisar seus impactos para o cotidiano da família e refutar sobre os dilemas éticos de profissionais da política de Saúde. Desta forma, busca se apropriar de relatos de mulheres que sofreram Violência Obstétrica por meio de entrevistas, cujos dados serão obtidos em domicílio, a fim de analisar suas percepções e experiências sobre a temática proposta.

Objetivo da Pesquisa:

Foi modificado: "Identificar a ocorrência e quais os tipos de violência estão presentes nos discursos de vivência dos processos de pré-natal e do fenômeno do parto das mulheres participantes do Programa de orientação à gestante."

Foi acrescentado um objetivo específico: "Contribuir para o debate sobre a inviolabilidade do acesso à política de Planejamento Familiar e seus impactos para a família."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não oferece riscos para as participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No capítulo: "PRODUÇÃO DE DADOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA" acrescentou três parágrafos que detalham melhor como irá realizar a pesquisa.

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560

UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404

E-mail: coeeps@foa.org.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer: 2.114.701

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No Roteiro de entrevista - Apendice A, acrescentou uma pergunta: "Ao analisar seu discurso, você consegue reconhecer que foi vítima de algum tipo de violência durante o pré-natal ou no parto? Qual ou quais?"

Recomendações:

Acredito que conseguiu atingir as orientações do comite.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_893196.pdf	08/05/2017 12:27:11		Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA.docx	08/05/2017 12:26:43	Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MariaMarthaRenno.docx	08/05/2017 12:25:19	Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_MARIA_MARTHA_RENNO_ASSINADA.pdf	27/04/2017 15:43:56	Ana Carolina Gioseffi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	carta_ciencia.pdf	31/03/2017 16:23:38	Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	autorizacao_pesquisa.pdf	31/03/2017 16:23:16	Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	relato_de_caso.docx	31/03/2017 16:22:26	Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	uso_imagem.docx	31/03/2017 16:22:11	Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.docx	31/03/2017 16:20:19	Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	31/03/2017	Maria Martha	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325

Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560

UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA

Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404

E-mail: coeps@foa.org.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOLTA REDONDA -
UNIFOA/FUNDAÇÃO



Continuação do Parecer: 2.114.701

Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	16:15:54	Rennó Ribeiro Chaves	Aceito
----------------	--------------------	----------	-------------------------	--------

Situação do

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 12 de Junho de 2017

Assinado por:

**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador)**

ANEXO 4



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA**

1- Identificação do responsável pela execução da pesquisa:

Título do Projeto: Violência Obstétrica e a Violação de Direitos Reprodutivos
Coordenador do Projeto: Maria Martha Rennó Ribeiro Chaves de Freitas
Telefones de contato do Coordenador do Projeto: (12) 99652-0579
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: UniFOA - <i>Campus</i> Universitário Oezio Galotti – Prédio 1 - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340-8400, ramal 8540.

2- Informações ao participante:

- (a) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo contribuir para o debate sobre a inviolabilidade do acesso à Política de Planejamento Familiar, explorar a percepção de gestantes quanto aos atos e condutas (caracterizados como violência obstétrica) aos quais são submetidas e discutir os dilemas éticos que envolvem a efetivação da Política de Planejamento Familiar e de atenção especializada ao parto.
- (b) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento.
- (c) Você poderá recusar a participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante a entrevista, você poderá recusar a responder qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento.
- (d) A sua participação como voluntário não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa.
- (e) A sua participação não envolverá nenhum risco.
- (f) Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.
- (g) Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- (h) Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Local, _____ de _____ de 2017.

Participante: _____