

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**  
**Faculdade de Direito e Relações Internacionais**  
**Curso de Relações Internacionais – FADIR**

**Natalia Chaves Pimentel**

**A violência obstétrica e o direito de escolha da via de parto  
pelas mulheres: estudo da situação das brasileiras (2011 –  
2016) à luz das recomendações da OMS**

**Dourados - MS**  
**2016**

**Natalia Chaves Pimentel**

**A violência obstétrica e o direito de escolha da via de parto  
pelas mulheres: estudo da situação das brasileiras (2011 –  
2016) à luz das recomendações da OMS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora da Universidade Federal da Grande Dourados, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Me. Tchella Fernandes Maso.

**Dourados - MS  
2016**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).**

C512v Chaves, Natalia

A violência obstétrica e o direito de escolha da via de parto pelas mulheres: estudo da situação das brasileiras (2011 - 2016) à luz das recomendações da OMS / Natalia Chaves -- Dourados: UFGD, 2016.  
53f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Tchella Fernandes Maso

TCC (Graduação em Relações Internacionais) - Faculdade de Direito e Relações Internacionais, Universidade Federal da Grande Dourados.  
Inclui bibliografia

1. Feminismo. 2. Gênero. 3. Violência Obstétrica. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.



## ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos vinte e seis dias do mês Agosto de 2016, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais, a aluna **NATALIA CHAVES PIMENTEL**, tendo como título *"A Violência Obstétrica e o Direito da Escolha da Via de Parto pelas Mulheres: Estudo da Situação das Brasileiras (2011 - 2016) à Luz das Recomendações da OMS"*.

Constituíram a Banca Examinadora o (a)s docentes Me. Tchella Fernandes Maso (orientadora), Dr. Mário Teixeira de Sá Junior (examinador) e Dr. Alfa Omar Diallo (examinador).

Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, o trabalho foi considerado Aprovada.

Por nada mais terem a declarar, assinam a presente Ata.

Observações: \_\_\_\_\_

A fisioterapeuta e doula, Angela Rios, coordenadora do Grupo de Apoio ao Parto Humanizado, participou da banca como convidada especial.

Assinaturas:

**Tchella Fernandes Maso**  
Mestre - Orientadora

**Mário Teixeira de Sá Junior**  
Doutor - Examinador

**Alfa Omar Diallo**  
Doutor - Examinador

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por esta conquista tão sonhada. Por ter me dado força e determinação para concluir esta graduação, que em alguns momentos parecia ser impossível. Foram muitos desafios e muitos sacrifícios e, sem dúvida, algumas pessoas foram essenciais nesse meu caminhar.

Ao meu marido Luiz Paulo por sempre ter acreditado em mim e por não ter permitido que eu desistisse. Por tantas noites em claro sendo meu maior apoiador, por ouvir minhas lamentações e enxugar minhas lágrimas. E por dividir comigo seus conselhos práticos e realistas, e ainda sim sonhar meus sonhos comigo.

A minha família por todo amor e incentivo. Aos meus pais, Vania e Milton, pelos ensinamentos, por serem meus maiores exemplos na vida e por toda ajuda e cuidado com os meus filhos nesses dias exaustivos. Minhas conquistas são todas dedicadas a vocês. A minha irmã Thaís por ser minha melhor amiga e por toda sua dedicação e apoio essenciais. Sem sua ajuda nada disso teria sido possível.

Aos professores e amigos da primeira turma do curso de Relações Internacionais da UFGD pelos anos inesquecíveis, por todo aprendizado e pelo companheirismo. Especialmente aos professores Mario, Alfa, Henrique Sartori, Tomaz, Matheus, João, Cesar, Adriana Brum e Lisandra e aos amigos Debora, Rainne, Fabio, Adriana e Gabriel.

Ao amigo Herbert e a sua família pela amizade, que tornou os anos longe da minha família mais fáceis e felizes, e principalmente pelo apoio e carinho nessa etapa final.

A amiga Amanda por ter sido meu elo com a faculdade, por toda ajuda com os lembretes dos prazos e documentos. Sem o seu apoio teria sido muito difícil. Agradeço por sua amizade valiosa.

A professora Wilma Braga de Rezende da Faculdade do Sudeste Mineiro por seu conhecimento e pelo excelente trabalho com seus alunos.

A fisioterapeuta Angela Rios pela linda contribuição na minha defesa e por dividir conosco o seu tempo e o seu conhecimento.

E principalmente a minha orientadora Tchella Maso por aceitar o desafio de me orientar a distância, sem me conhecer e estando num momento muito importante de sua vida. Agradeço muito por doar parte do seu tempo a mim e por me deixar tão à vontade com sua gentileza e serenidade.

A todas as mulheres que dividiram suas experiências e me inspiraram na construção deste trabalho.

E por fim, agradeço e dedico este trabalho aos meus filhos Pedro Paulo e Julia, que são as luzes da minha vida e me incentivam a querer construir um mundo melhor.

## RESUMO

Este trabalho pretende estudar a situação das mulheres brasileiras quanto à violência obstétrica e ao direito de escolha da via de parto à luz das recomendações da Organização Mundial da Saúde. A Organização Mundial da Saúde considera a violência obstétrica uma questão de saúde pública, e no Brasil, o número de partos cirúrgicos vem apresentando crescimento independente da vontade da paciente. Muitas mulheres passam por situações de violência na hora do parto e nem percebem que tiveram seus direitos desrespeitados por desconhecê-los. Após revisar a literatura da Teoria Feminista sob a lente das Relações Internacionais, serão analisadas as resoluções e documentos oficiais de organismos nacionais, internacionais e não-governamentais sobre a violência obstétrica para estudar a situação do direito das mulheres brasileiras em escolher a via do parto entre os anos de 2011 e 2016. Ao final, pretende-se propor uma agenda de debates sobre a violência obstétrica no Brasil e contribuir para a emancipação de mais mulheres no país.

Palavras-Chave: Feminismo, Gênero, Violência obstétrica.

## RESÚMEN

Este trabajo tiene el objetivo de estudiar la situación de las mujeres brasileñas, la violencia obstétrica y el derecho a elegir el tipo de parto a la luz de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud considera la violencia obstétrica un tema de salud pública, y en Brasil el número de partos quirúrgicos ha mostrado un crecimiento independiente de la voluntad de las pacientes. Muchas mujeres pasan por situaciones de violencia en el momento del parto y ni siquiera se dan cuenta de que tuvieron sus derechos violados por desconocimiento. Después de revisar la literatura de la teoría feminista a través de los lentes de las relaciones internacionales, fueron analizadas resoluciones y documentos oficiales de los organismos nacionales, internacionales y no gubernamentales sobre la violencia obstétrica para estudiar la situación de los derechos de las mujeres brasileñas en la elección de la vía de parto entre los años 2011 y 2016. Al final, se busca proponer una agenda de debates sobre la violencia obstétrica en Brasil y contribuir a la libertación y autonomía de más mujeres en el país.

Palabras clave : Feminismo, Género, Violencia obstétrica.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	06
1 TEORIA FEMINISTA E FORMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO .....	09
1.1 Relações Internacionais e Feminismo .....	10
1.2 As correntes da perspectiva feminista .....	12
1.3 Violência de gênero e violência obstétrica .....	14
1.4 Os diálogos entre os feminismos e abordagens relevantes.....	19
2 DECLARAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DE ÓRGÃOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS .....	21
2.1 Declarações internacionais sobre o direito de escolha da via de parto .....	21
2.2 Resoluções governamentais sobre o direito de escolha da via de parto .....	24
3 ESTUDO DA SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CONTRA AS BRASILEIRAS .....	29
3.1 Dados estatísticos das violações ao direito de escolha da via de parto entre 2011 e 2016 .....	29
3.2 As formas de violência obstétrica cometidas contra as brasileiras .....	30
3.3 Aspectos sociais e culturais envolvidos no direito de escolha das mulheres brasileiras .....	40
3.4 Depoimentos de brasileiras vítimas de violência obstétrica e de violações ao direito de escolha da via de parto .....	42
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50

## INTRODUÇÃO

Usualmente as mulheres que estão para conceber uma criança passam por uma escolha importante sobre a via de parto, que pode ser basicamente a natural/normal ou a cirúrgica, também conhecida como cesariana. O Brasil é líder mundial na realização de partos cesários. Dados da FIOCRUZ mostram que mais de 50% dos nascimentos ocorrem através de ato cirúrgico, enquanto que as recomendações da Organização Mundial de Saúde são de que esse número não ultrapasse 15 por cento ao ano.

O que se tem visto na realidade é uma institucionalização do parto, no qual as mulheres têm perdido o protagonismo, sendo este cedido aos profissionais da área de saúde. E esta perda de direito e controle sobre seu próprio corpo acarreta muitas vezes em insatisfação das mulheres e representa um problema de saúde pública. Isso, pois, não há respeito acerca das peculiaridades de cada organismo, já que transformam um acontecimento que vai além do aspecto fisiológico, mas profundo da existência da mulher, com raízes sociais e capaz de alterar a psiquê da mãe, em um fato reduzido e restrito a algo puramente técnico, no qual existe um protocolo a ser seguido, que culminam em intervenções quase sempre desnecessárias, que resultam em violência obstétrica.

Quando se fala de violência no parto, não se faz referência simplesmente ao ato de nascer. As decorrências dessa violência envolvem não apenas aquele momento íntimo e particular, é uma questão de saúde pública como foi definido recentemente pela Organização Mundial da Saúde na Declaração de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, de 2014, pois diz respeito a saúde da mãe e do bebê; e também se trata de preconceito de gênero e uma questão de direitos humanos.

É preciso definir limites de forma clara, ou seja, fornecer conhecimento e dessa forma devolver o protagonismo à mulher. Para isso a mulher precisa se emancipar, e se emancipar é politizar-se, é conhecer seus direitos e ter voz ativa sobre a sua vida, sem delegar isso a mais ninguém.

A Organização Mundial de Saúde considera a violência obstétrica uma questão de saúde pública e que afeta diretamente todo o espectro social brasileiro,

podendo ser visto como um problema estrutural de escala nacional, que exige propostas de prevenção e superação sistêmicas, para que seus efeitos tenham a amplitude desejada. Contudo dados mostram que mesmo com as determinações da OMS, no caso brasileiro, o número de partos cirúrgicos vem apresentando crescimento, independente da vontade da paciente.

Muitas mulheres passam por situações de violência e nem percebem que tiveram seus direitos desrespeitados por desconhecê-los. As questões sobre violência de gênero precisam estar em pauta, na agenda do debate das questões sociais de relevância nos meios político, acadêmico e midiático. O meio de defesa mais eficiente dos direitos das mulheres ainda é o conhecimento, e é através dele que é possível se buscar igualdade e justiça. É preciso criar condições para que as mulheres se emancipem, e que elas conquistem o direito de serem protagonistas de sua própria vida.

O objetivo geral desta monografia é estudar a situação das mulheres brasileiras quanto à violência obstétrica e ao direito de escolha da via de parto à luz da teoria feminista e das recomendações da Organização Mundial da Saúde. Para atingir este objetivo foram estabelecidas as seguintes etapas:

a. Revisar literatura sobre a Teoria Feminista em diálogo com as Relações Internacionais, principalmente sobre os conceitos de violência de gênero e desigualdade de gênero;

b. Estudar a resolução da Organização Mundial de Saúde, além de outras organizações internacionais e não-governamentais e redes feministas a respeito da violência obstétrica e do direito das mulheres escolherem livremente a via de parto;

c. Analisar a situação do direito das mulheres brasileiras em escolher a via do parto, traçando um paralelo entre os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” da Fundação Oswaldo Cruz sobre o percentual de mulheres que prefeririam o parto normal e os dados do Ministério da Saúde do Brasil de partos cesarianos;

Assim sendo, o desenvolvimento do presente trabalho de conclusão de curso pode ser dividido em quatro momentos:

Primeiro: Revisão de Literatura sobre a Teoria Feminista e outros conceitos importantes para entender a violência obstétrica e os dados brasileiros.

Numa primeira etapa, será feita uma revisão da literatura sobre a Teoria Feminista, focando os conceitos que serão diretamente usados neste trabalho. Para tanto serão utilizadas publicações de artigos científicos a respeito da temática em questão e citadas as definições de violência de gênero e violência obstétrica. O objetivo desta etapa é o aprofundamento e o fortalecimento do escopo teórico a ser empregado no presente trabalho.

Segunda: Estudar as recomendações da OMS, e de organismos nacionais sobre a violência obstétrica e o direito de escolha da via do parto.

Nesta etapa serão levantadas as posições e recomendações oficiais da Organização Mundial da Saúde, do governo brasileiro e de outras fundações ligadas ao tema. Este objetivo será alcançado quando se obtiver a delimitação do que seria o pleno atendimento dos direitos das mulheres quanto à violência obstétrica para a escolha da via do parto.

Terceira: Analisar a situação do direito das mulheres brasileiras em escolher a via do parto e expor as oportunidades de avanço na agenda do empoderamento feminino para o caso da violência obstétrica.

Nesse momento, comparando os dados do Ministério da Saúde do Brasil do percentual de partos cesarianos com as pesquisas sobre o percentual de mulheres que prefeririam o parto normal, estabelecer em que medida as mulheres brasileiras sofrem violência obstétrica e têm o seu direito de escolha da via do parto negado. Neste processo serão apresentados relatos de mulheres que não tiveram seu direito de escolha atendido e sofreram violência obstétrica, e as exigências das organizações não-governamentais que lutam contra a violência de gênero, para propôr as oportunidades de avanço na agenda do empoderamento feminino para o caso da violência obstétrica.

Por fim, partindo da situação alcançada neste estudo sobre o tema, apresentar as maiores possibilidades de engajamento de uma agenda propositiva para a abordagem da violência obstétrica no Brasil para que o país finalmente atinja as diretrizes internacionais no tema, e contribuir para a contínua libertação feminina no país.

Este é um campo de pesquisa importante para as relações internacionais por tratar de um tema de direitos humanos, sob a lente da perspectiva feminista, que é

uma teoria ampla que produz conhecimento para as ciências sociais, inclusive para as relações internacionais. O Brasil assumiu compromissos em tratados internacionais em matéria de direitos humanos sobre os direitos da mulher, como a Declaração de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, de 2014, e outras declarações correlatas, mas não tem honrado esses compromissos, expondo forte incoerência entre discurso e ação num dos tópicos mais importantes de sua agenda externa, que são os direitos humanos.

# 1 TEORIA FEMINISTA E FORMAS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO

## 1.1 Relações Internacionais e Feminismo

Relações Internacionais é uma disciplina recente no campo das ciências sociais que tem como objeto de estudo o transcorrer “de fatos e processos, inclusive interpretativos” que cruzam a fronteira do nacional” (ROCHA, 2002; ROSENAU, 2001, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 1). Não se limita às fronteiras internacionais, mas trata também dos grupos sociais e humanos “que não se esgotam na comunidade política ou no âmbito interno do Estado” (ROSENAU, 2001; TRUYOL, 1973, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 1). Atualmente as Relações Internacionais consideram como atores internacionais não apenas as unidades políticas clássicas, mas também as organizações internacionais e não governamentais, as empresas transnacionais, os partidos políticos e os movimentos sociais, e o próprio indivíduo e suas agremiações.

Após décadas de debates teóricos baseados em sua maioria em aportes oriundos da ciência política, foi com a visão historicista, holística, interpretativista e antinaturalista que as relações internacionais romperam o discurso racionalista e positivista. Se os dois primeiros grandes debates de relações internacionais estavam focados em questões de soberania e dinâmicas relacionais entre os Estados, no terceiro debate, já na década de 1980, deu-se a pluralização das pesquisas com desconstruções filosóficas, políticas e conceituais, dialogando e questionando as teorias tradicionais de Relações Internacionais com outras áreas das ciências sociais (MASO, GALHERA, 2015, p. 1).

Nesse momento do desenvolvimento da disciplina de Relações Internacionais é que são incorporadas as discussões acerca da categoria gênero e a ideia de mulher, essa última já densamente desenvolvidas desde o existencialismo de Paul Sartre e feminismo de Simone de Beauvoir. Apesar de Berenice Carroll já relacionar a categoria gênero com temas de relações internacionais em 1972 (CARROL, 1972, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 2), foi na década seguinte, que passaram a ter mais visibilidade a produção acadêmica. Nesse sentido:

a contribuição feminista era pouco reconhecida nas Relações Internacionais até a década passada [1990]. [...] Contudo, com o estupro de mulheres se tornando uma arma para a limpeza étnica em algumas das guerras de caráter étnico na década de 1990, a disciplina de Relações Internacionais não teve mais como não lidar com a relevância da categoria de gênero na política internacional (Nogueira, 2005, p.223)

Com o fim da guerra fria o feminismo se fez presente no terceiro debate de relações internacionais, com o lançamento da revista especializada *The International Feminist Journal of Politics*, em 1999.

Convém destacar o que se considera como definição de gênero para o estudo das relações internacionais. Para Scoot, “gênero é uma construção social de cunho relacional, mitigado por relações de poder” (1995, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 2). Rejeita-se “o caráter fixo e permanente da oposição binária” (1995, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 2) entre os sexos biológicos, para promover a desconstrução da diferença sexual de cunho estritamente biológico, historicamente usada para legitimar relações de poder assimétricas. Em outros termos,

a distinção entre sexo biológico e gênero mostrou ser absolutamente crucial para o desenvolvimento da análise feminista nas ciências sociais, porque possibilitou aos eruditos demonstrar que as relações entre mulheres e homens e os significados simbólicos associados às categorias ‘mulher’ e ‘homem’ são socialmente construídos e não podem ser considerados naturais, fixos ou predeterminados (MOORE, 1997, p.814)

A perspectiva feminista é mais ampla do que os conceitos já citados, e possui distintas abordagens epistemológicas, teóricas e metodológicas. Essas abordagens distintas dividem as pesquisas feministas em DUAS gerações complementares (TICKNER, 2007, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 3): a primeira focada na fundamentação teórica e nas relações entre conhecimento e poder, que ganharam relevância no fim da guerra fria. “A disciplina de Relações Internacionais era tão profundamente ancorada em debates sobre a alta e a baixa política, e sobre a distinção entre questões de poder de outras questões, que não havia espaço para o feminino participar do debate” (Nogueira, 2005, p. 223). Logo, a primeira geração veio enfrentar a restrição da área, apresentando a categoria gênero como viés interpretativo em substituição da visão unitária da política internacional (TRUE, 2005, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 3).

A segunda geração calcada em observações empíricas numa perspectiva de gênero (PETERSON; RUNYAN, 1999, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 3), teve como foco a análise empírica e a ampliação dos programas de pesquisa em meados da década de 1990, com a pluralidade temática da nova agenda internacional, ligando o feminismo a questões ambientais, sociais e culturais.

No geral, a perspectiva feminista assume um caráter de denúncia do patriarcalismo arraigado nos discursos das teorias tradicionais de Relações Internacionais, como defendido por Tickner (2007, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 3) e Sylvester (1996, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 4). Entende-se como patriarcalismo a definição apresentada por Heleieth Saffioti (1992, p. 194) “patriarcalismo pode, por exemplo, ser pensado como um dos esquemas de dominação-exploração componentes de uma simbiose da qual participam também o modo de produção e o racismo”.

É importante destacar que, conforme destaca Lôwi (2009, p. 40):

a ideia de uma relação estreita entre as ciências e o gênero implica que a evolução do conhecimento científico foi moldada pela existência de uma dicotomia fundamental entre o masculino e o feminino na sociedade, e pelo fato de que, durante a maior parte da História, a pesquisa científica foi empreendida por e para indivíduos do sexo masculino. As pesquisas nesse campo assumem que as definições vigentes de neutralidade, objetividade, racionalidade e universalidade da ciência, na verdade frequentemente incorporam a visão de mundo das pessoas que criaram essa ciência: homens – os machos – ocidentais, membros das classes dominantes

As gerações do feminismo para as relações internacionais mostram o desenvolvimento dessa teoria como um todo, porém ela não se deu de maneira única, possuindo distintas lentes teóricas.

## **1.2 As correntes da perspectiva feminista**

Destacam-se fundamentalmente as correntes feministas crítica, liberal, pós-estruturalista, pós-colonial e construtivista.

O feminismo crítico é basicamente estruturalista, relacionando a dicotomia agente-estrutura à categoria de gênero. Considera as condições materiais, ideias e

instituições, nos níveis das estruturas políticas e econômicas, e a ordem estabelecida pelo sistema internacional (COX, 1981, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 4).

Partindo de uma metodologia totalmente diferente das demais correntes feministas, o feminismo liberal apresentado por Caprioli (2001, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 4) perscruta as causas da inserção subordinada das mulheres nas políticas nacional e global, considerando a categoria de gênero como a principal variável de análise, mesclando de certa forma as tradicionais teorias racionalistas de relações internacionais com o feminismo.

O feminismo pós-estruturalista voltou a atenção para as relações entre conhecimento e autoridade como fonte de poder baseadas na dicotomia biológica de sexos, historicamente usada de modo deturpado para legitimar relações de poder assimétricas desfavoráveis às mulheres. Para a superação dessas relações de poder necessariamente estas devem ser desconstruídas, inclusive o conhecimento oriundo das teorias tradicionais de relações internacionais, segundo Hooper (2001, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 4).

Já o feminismo pós-colonial observa e entende a realidade internacional do ponto de vista da transversalidade entre cultura, raça, posição social e lugar geográfico, como forma de criticar a pretensão universalista das demais correntes feministas. Mohanty (1988, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 4) defende que a forma de emancipação da mulher não se dá de maneira uniforme, devendo ser adequadas a cada lugar e época. Sendo assim, cada lugar possui condicionantes sociais que geram formas únicas de ação política para a superação da subordinação feminina.

Por fim, o feminismo construtivista interpreta a realidade como uma construção social, definida a partir de uma ideia dicotômica excludente de identidades de gênero com consequentes papéis sociais, pois considera que “o gênero não é natural nem predeterminado, mas sim socialmente construído” (Nogueira, 2005, p.227). Critica o patriarcado como conjunto intrincado de valores e práticas enraizadas na sociedade que aprofundam as desigualdades de gênero (MASO, GALHERA, 2015).

o gênero se torna, aliás, uma maneira de indicar as 'construções sociais' – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. [...] O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOOT, 1995, p.78)

As relações entre agente e estrutura internacional derivadas dessas sociedades patriarcais tem reflexos nos processos de construção de significados e valores. Kronsell (2012, apud MASO, GALHERA, 2015, p. 4), por exemplo, aborda as questões relacionadas à política de segurança nacional sueca a partir da perspectiva feminista, considerando a categoria de gênero como uma variável relevante de análise.

### **1.3 Violência de gênero e violência obstétrica**

Convém ressaltar o que vem a ser violência de gênero. É um conceito focado na vítima, não no agente, o que amplia o entendimento para mulheres, crianças e adolescentes (SAFFIOTI, 2001, p. 115). É o tipo de violência empregado pelo patriarca para garantir a obediência das vítimas a seus ditames. Saffioti (2001, p. 116) esclarece que patriarca não necessariamente é um indivíduo pertencente à categoria social homem, podendo ser da categoria social mulher, logo, é aberta a possibilidade para que mães, professoras, babás, para mencionar apenas algumas destas agentes, também exercem a função do patriarca como agente da violência de gênero.

Assim, a violência de gênero

produz-se e reproduz-se nas relações de poder onde se entrelaçam as categorias de gênero, classe e raça/etnia. Expressa uma forma particular de violência global mediatizada pela ordem patriarcal, que delega aos homens o direito de dominar e controlar suas mulheres, podendo para isso usar a violência (ARAUJO, 2008)

A violência de gênero pode ocorrer de diversas formas. Agressões físicas, verbais, discriminação profissional de gênero, todas as formas de assédio sexuais, limitações a seus direitos fundamentais e violações à dignidade humana, atingindo indistintamente, mas em diferentes graus, mulheres de todas as camadas sociais, raças, credos e lugares.

Entretanto, existe um forma de violência de gênero que transpassa todas as mulheres independente de nível econômico ou de conhecimento, que é a violência de gênero do tipo obstétrica. Todas as mulheres gestantes são vítimas em potencial, pois observa-se claramente que a categoria de gênero explica a natureza das agressões e dos agressores, pois “a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015)

Violência de gênero do tipo obstétrica (ou simplesmente, violência obstétrica) é, portanto “a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015).

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015)

A violência obstétrica é algo tao grave e profundo que tem reflexos na família inteira. A sensação de impotência ao se ter os direitos privados e por não saber a quem recorrer acometem a mulher em grau mais elevado, mas alcançam a todos da família.

Também esse tipo de violência contra a mulher pode ser “verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2015), assim como as outras formas de violência de gênero. Um estudo mais detalhado sobre a violência obstétrica revelou que ela ocorre em vários países do mundo, inclusive no Brasil (BOHREN et al, 2015; STELLA, 2015), cujo principal indicador desta violência é o elevado número de partos cesarianos que ocorrem.

“No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado e ao respeito ao próprio corpo, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação”. Esta declaração [sobre a prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde] convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014, p. 1)

Um grupo de cientistas da OMS publicou, em junho de 2015, na revista científica *PLOS Medicine* o artigo *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*, no qual apresentam um levantamento, baseado em 65 trabalhos publicados em 34 países, sobre os tipos de violência praticados contra as mulheres no parto, as agrupando em sete grandes categorias:

(1) Abuso físico (2) abuso sexual, (3) abuso verbal, (4) estigma e discriminação, (5) falha no cumprimento dos padrões de cuidado, (6) falta de conexão entre as mulheres e os prestadores de serviço, e (7) sistema de saúde precário (BOHREN et al, 2015, *tradução nossa*)

Existem outras categorizações de violência obstétrica, variando basicamente na quantidade de definições trabalhadas, porém as sete grandes categorias de violência obstétricas do trabalho de Megan A. Bohren (BOHREN et al, 2015) simplificam a análise e servem de modelo conceitual padronizado a ser adotado nesta pesquisa e cujas definições detalhadas serão tratadas nos capítulos posteriores, pois dessa forma fica nítido o que pode ou não ser feito, o que a mulher pode exigir como direito.

“O aumento das cesarianas ocorrido nos últimos quarenta anos tem sido motivo de preocupação de profissionais de saúde pública e de grupos feministas” (AQUINO, 2011, p. 34). Além de ser uma forma de violência de gênero, a violência obstétrica é uma questão de saúde pública que carece de maiores cuidados por parte do Estado brasileiro. A redução da mortalidade materna é uma das metas do milênio propostas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2016) na qual o Brasil não atinge o quinto objetivo (SENADO FEDERAL, 2015).

Inclusive a violência obstétrica possui outros pontos de contato com a perspectiva feminista, pois além de ser um claro desrespeito aos direitos humanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015) e a defesa do parto humanizado é condição para o atendimento dos compromissos internacionais do Brasil (PAES, 2016), a violência obstétrica guarda em si um profundo preconceito contra as mulheres, pois,

embora contrariem as evidências científicas, reforçam os pressupostos de gênero que justificam a inadequação do corpo feminino, o desprezo por suas funções corporais e genitais, tidas como primitivas, lentas e desagradáveis, devendo ser corrigidas pela cesárea (DINIZ, 2013)

A violência obstétrica ocorre de sete formas diferentes, segundo estudo encomendado pela Organização Mundial da Saúde e publicado na Revista PLOS Medicine em 2015. De acordo com Bohren (2015) a violência obstétrica catalogada em 34 países as sete formas de violência obstétrica são: física, sexual, verbal, discriminação e preconceito, procedimentos inadequados de atenção às gestantes, abusos nas relações entre pacientes e profissionais de saúde e sistema de saúde precário.

O abuso físico durante o parto é o abuso provocado por enfermeiros, parteiras e médicos (BOHREN et al, 2015). Segundo esse mesmo estudo foram relatados como abuso físico “espancamentos, agressões [...]‘toque áspero’, uso de força extrema. [...] tapa com a mão aberta ou com instrumento” (BOHREN et al, 2015), além de chutes, mordidas na boca e amarras nos braços.

O abuso verbal de mulheres por profissionais de saúde durante o parto inclui (BOHREN et al, 2015) “o uso de linguagem dura ou rude, comentários críticos ou acusatórios, ameaças de privação ou mau atendimento, insultos depreciativos e comentários inapropriados sobre vida sexual”. Os profissionais de saúde também “ridicularizam mulheres questionando sua incapacidade de amamentar, o fracasso nos cuidados das gestantes no pré-natal, a ausência de seu parceiro durante o parto, e até mesmo comentários sobre a aparência da genitália feminina” (BOHREN et al, 2015). Inclusive algumas mulheres ouvidas nesse estudo acreditavam que seu tratamento por profissionais de saúde dependia da sua capacidade ou incapacidade de permanecer em silêncio durante todo o trabalho de parto, que elas foram mal tratadas por causa da sua desobediência nas instruções.

Estigma e discriminação é a forma de violência obstétrica que o estudo de Megan Bohren (et al, 2015) agrupou sobre condutas preconceituosas em quatro categorias principais: “etnia/raça/religião, idade, nível socioeconômico e condições médicas”. Foram considerados como discriminação o “tratamento diferenciado por parte dos profissionais de saúde [...] e desrespeito às preferências culturais”(BOHREN et al, 2015). As adolescentes foram criticadas por se envolverem em atividade sexual antes do casamento, ou as mais velhas quanto ouviram comentários discriminatórios por terem idade avançada para gravidez (BOHREN et al, 2015).

Já o estigma por nível socioeconômico se deu na forma de pedidos de propina por melhor tratamento, humilhações por pobreza, analfabetismo, por residirem em áreas rurais ou em favelas, ou por serem "sujas" ou despenteadas (BOHREN et al, 2015). E as condições médicas estigmatizadas se deram principalmente para as soropositivas, com "atrasos nas intervenções essenciais e negação de contato com a paciente", principalmente em exames vaginais (BOHREN et al, 2015).

A violência obstétrica como falha no cumprimento dos padrões de cuidado é a categoria de violência obstétrica na qual os "profissionais de saúde não cumprem as normas profissionais de cuidados destinados a atender as necessidades básicas das mulheres durante o parto"(BOHREN et al, 2015), particularmente em relação "a falta de consentimento informado e confidencialidade, conduta imprópria dos exames físicos e procedimentos médicos, e a negligência e abandono de mulheres"(BOHREN et al, 2015).

A falta de conexão entre as mulheres e os prestadores de serviço é a violência obstétrica definida por Megan A. Bohren (et. al., 2015) ocorrida quando se deixa a mulher sem informações sobre os procedimentos adotados, ignorando pedidos ou negando informações sobre seus cuidados. Quando há resposta, esta é vazia, sem maiores detalhes. Foram agrupadas nessa forma de violência obstétrica as atitudes "desrespeitosas, de mau comportamento, negativas, de julgamento, hostis, inúteis, rudes, falta de educação, sarcásticas, desencorajadoras, não profissionais e indelicadas"(BOHREN et al, 2015).

Por fim, o conceito de sistema de saúde precário como violência obstétrica é o conjunto de "fatores que contribuem para os maus-tratos de mulheres durante o parto nas unidades de saúde" (BOHREN et al, 2015). Soma-se também as condições do "sistema de saúde que contribuem para um ambiente abusivo dentro de uma instalação"(BOHREN et al, 2015).

Cada uma destas formas de violência obstétrica de gênero serão aplicadas a realidade brasileira nos próximos capítulos. Também serão abordadas a proporção alarmante em que ocorrem estes casos, bem como as suas prováveis causas e as consequências observadas tanto nas mulheres quanto nas crianças recém-nascidas,

ambas vítimas desta prática nefasta, sistemática e generalizada de desrespeito aos direitos humanos.

#### **1.4 Os diálogos entre os feminismos e abordagens relevantes**

Feitas as considerações acerca do feminismo nas relações internacionais é importante ressaltar que o feminismo é uma abordagem ampla e histórica que constrói teoria social que não se restringe a discussão das relações internacionais. De maneira mais ampla serão trazidos algumas ideias das ciências sociais para a compreensão da temática abordada.

Kergoat (2009, p.67) diz que “as condições em que vivem homens e mulheres não são produtos de um destino biológico, mas, sobretudo, construções sociais.[...] Eles formam dois grupos sociais envolvidos numa relação social específica: as relações sociais de sexo”. E para a autora, toda relação social tem uma base material, e neste caso seria o trabalho, em que ocorre a divisão social baseada nas relações sociais de sexo.

“A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; esta forma é adaptada historicamente e a cada sociedade. Ela tem por características a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apreensão pelos homens das funções de forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares, etc...)” (KERGOAT, 2009, p.68)

Pensar numa divisão sexual do trabalho não é o mesmo que se referir a uma divisão complementar de tarefas, mas sim como concluíram antropólogas feministas “uma relação de poder dos homens sobre as mulheres” (MATHIEU, 1991a; TABET,1998, apud KERGOAT, 2009, p.68). Essa divisão é norteadas por dois princípios organizadores: Separação e Hierarquização. A separação é definida por existir trabalhos exclusivamente para homens e outros exclusivamente para mulheres. A hierarquização é dada pela valorização do trabalho do homem em detrimento do trabalho da mulher (KERGOAT, 2009, p.68).

Tais princípios podem ser aplicados graças a ideologia naturalista, em que se “empurra o gênero para o sexo biológico, reduz as praticas sociais a “papéis sociais” sexuais, os quais remetem ao destino natural da espécie” (KERGOAT, 2009, p.69),

como se as diferenças sociais entre homens e mulheres fossem originadas biologicamente, o que de acordo com Moore são conceitos “fundamentalmente enganadores” (1997, p.813).

Para Moore (1997, p.814) “não se pode afirmar que as diferenças biológicas determinam construções de gênero e, por conseguinte, não pode existir um sentido unitário ou essencial atribuível à categoria ‘mulher’ ou à categoria ‘homem’”.

O afastamento biológico da dicotomia sexual não se restringe ao pensamento feminista, havendo conclusões em “pesquisa contemporânea em biologia [que] rejeita explicitamente esse ponto de vista, argumentando, ao contrário, que a biologia é um componente dinâmico de nossa existência, e não um determinante de mão única.” (MOORE,1997, p.813).

Coadunando com o conceito de gênero como categoria construída socialmente, Scott explica que “o seu uso rejeita explicitamente as justificativas biológicas, como aquelas que encontram um denominador comum para várias formas de subordinação no fato de que as mulheres têm filhos e que os homens têm uma força muscular superior” (SCOTT, 1995, p. 6). Tal definição demonstra a importância do gênero para se entender a diferença entre a prática sexual e os papéis sociais atribuídos aos homens e mulheres, já que “gênero é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1995, p. 6), que pode sofrer alterações de acordo com as mudanças históricas.

## **2 DECLARAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DE ÓRGÃOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS**

Este capítulo visa estudar a resolução da Organização Mundial de Saúde e de outras organizações internacionais e governamentais a respeito da violência obstétrica e do direito das mulheres escolherem livremente a via de parto.

### **2.1 Declarações internacionais sobre o direito de escolha da via de parto**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem a preocupação de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e com esse objetivo fez a declaração de Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde em 2014. Nessa declaração afirma a necessidade de garantir “o acesso universal aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade” (OMS, 2014, p. 1).

Apesar das ações do estado brasileiro com crescente incentivo financeiro e esforço político – como a Comissão Parlamentar de Inquérito Mista da violência contra as mulheres em 2012 – aliados à mobilização comunitária das organizações não-governamentais de defesa das mulheres, o Brasil melhorou a assistência institucional para o parto, porém pesquisas o próprio dossiê “Parirás com dor” e outras pesquisas abordadas nesta monografia, com depoimentos de vítimas da violência obstétrica, mostram uma realidade sombria. Muitas mulheres relatam terem sofrido abuso, desrespeito, maus tratos e até mesmo negligência durante o decorrer da gestação, e especialmente no parto e no pós-parto. É uma questão preocupante já que podem gerar consequências profundas para a mãe e o bebê, assim como pode desencorajar a utilização da assistência obstétrica.

Os tipos de abuso e desrespeito, que chamamos aqui de violência obstétrica, vão desde a agressão verbal, passando por violência física, até impedimento de sair do hospital por falta de pagamento. Assim como as mulheres pertencentes a grupo de minorias também são as mais propensas a passarem por esse tipo de violação de direitos.

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 1).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no que se refere aos direitos da gestante e do bebê, é essencial para que se inicie uma vida saudável, tanto da mãe quanto do bebê, que se forneça uma assistência ao parto de qualidade, ou seja, um “parto bem conduzido e que leva em consideração os anseios, sentimentos e necessidades da gestante” (UNICEF, 2016). A esse tratamento respeitoso, que visa o momento e as necessidades dos pacientes, denomina-se parto humanizado.

O parto humanizado é um direito garantido internacionalmente e também incorporado no direito interno brasileiro (que será tratado no próximo capítulo). Deixar de dar uma assistência de qualidade a gestante, não garantindo seus direitos sexuais e reprodutivos é uma violação dos direitos humanos como pode ser visto no artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher:

os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, 1979)

A OMS, para garantir que as mulheres tenham a assistência profissional e evitar que hajam abusos contra os direitos das mulheres, recomendou medidas a serem tomadas pelos países, a seguir:

"1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos" (OMS, 2014, p. 2), importante para aumentar a quantidade de pesquisas para definir e diagnosticar os

problemas existentes nas instituições de saúde, e para verificar a aplicação das recomendações e revisar as orientações técnicas aos governos e profissionais de saúde.

"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" (OMS, 2014, p. 2), criação de mais ações e medidas para incentivar a mudança da conduta dos profissionais de saúde que garantam uma assistência digna às mulheres.

"3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto" (OMS, 2014, p. 3), aumentar a conscientização da assistência de qualidade à gestante como um tema de direitos humanos para auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas.

"4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais" (OMS, 2014, p. 3),

"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, p. 3),

A Organização Mundial de Saúde declarou em 2014, no documento "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde" que "toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso" (OMS, 2014, p. 1).

Segundo a OMS (2014, p. 1)

Assim como qualquer cirurgia, uma cesária acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

Entretanto, o procedimento cirúrgico cesariano virou uma epidemia, porque se transformou em um negócio lucrativo. Os profissionais de saúde e as clínicas e hospitais não veem mais o parto como um acontecimento humano, importante, um momento especial para a família. E dessa forma não tem mais respeito pela vida.

Querem algo marcado, silencioso, rápido e rentável. Com hora certa para começar e terminar, sem atrapalhar a agenda das consultas nas clínicas.

A OMS considera que a taxa ideal de partos cesárias seria entre 10 e 15%, já que não há nenhum benefício comprovado na realização de partos sem indicação clínica. Como essa declaração foi dada em 1985, e no decorrer desses trinta anos ocorreram avanços e melhorias no parto cirúrgico, além de surgirem mais informações sobre os riscos e benefícios existentes, houve pressão por parte da comunidade médica e dos envolvidos na área de saúde para que seja feita uma revisão das recomendações sobre a cesariana.

Para atender à revisão dessas recomendações e responder ao que a OMS considerou um grande desafio de delimitar qual os percentuais aceitáveis de cesárias, foram feitas pesquisas para se verificar a persistência das recomendações sobre a cesariana já realizadas em 1985 (OMS, 2015, p. 1). Os resultados ratificaram o entendimento da OMS de que o percentual de cesárias superior a 10% não estão associadas a melhorias no estado de saúde de mulheres e bebês, que deve ser exclusivamente por indicação médica, e que elas podem causar complicações significativas e às vezes permanente (OMS, 2015, p. 4).

## **2.2 Resoluções governamentais sobre o direito de escolha da via de parto**

A Agência Nacional de Saúde (ANS) publicou novas regras para o parto na saúde suplementar. São elas: Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016 e a Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.

A resolução nº 368 visa diminuir o número de partos cesários desnecessários e conseqüentemente aumentar o número de partos normais. Com a entrada em vigor dessa resolução as operadoras de plano de saúde tem a obrigação de divulgar o número tanto de parto cesária quanto de parto normal realizados por médico ou instituição, sempre que solicitado.

Há também a obrigatoriedade de fornecer três documentos a gestante: um deles é o partograma, necessário para pagamento do procedimento e que, de acordo com o art. 8º da Resolução Normativa nº 368, é "um documento gráfico onde

são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais".

Outro documento é o Cartão da Gestante, que de acordo com o Art. 6º é

um instrumento de registro das consultas de pré-natal que contém os principais dados de acompanhamento da gestação, devendo permanecer em posse da gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e na maternidade quando for admitida em trabalho de parto

Por fim, a gestante recebe a Carta de informação a gestante, que é

parte do cartão Gestante e contém informações detalhadas sobre cada procedimento com suas vantagens e riscos no pré-parto, parto e pós-parto, para que a mãe possa optar de forma consciente por qual procedimento quer se submeter (CAVALCANTE, 2015)

Estes documentos são importantes para que se saiba se há alguma complicação médica para a mãe ou para o bebe que justifique uma cesária.

Os documentos são importantes para dar tranquilidade a mulher. No cartão da gestante contém todas as informações de como transcorreu a gestação durante todo o período, o que facilita o atendimento por parte do profissional de saúde que vier a atendê-la durante o trabalho de parto.

A carta de informação a gestante apresenta para as gestantes os riscos de cada parto, orientações, informações e o conhecimento necessário para que possa fazer uma escolha consciente e com segurança.

Já o partograma é importante para informar sobre tudo o que está ocorrendo no trabalho de parto, se há algum tipo de complicação ou não, nos casos em que haja necessidade de troca entre os profissionais da saúde.

O mais importante dentre todas essas mudanças é a possibilidade de escolha da mulher. Com essas exigências é possível a mulher optar pela melhor forma de seu filho nascer, sem ter que passar por procedimentos que não a deixem segura ou por medo da não cobertura pelo seu plano. E no caso em que queira optar por uma cesária eletiva existe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que contém os riscos existentes no procedimento cirúrgico.

A outra resolução da ANS sobre o tema é a de nº 398, que

dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a

Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante (ANS, 2016).

A resolução nº 398 veio para reforçar alguns aspectos e complementar a resolução nº 368. Ela reforça a importância e obrigação do cartão da gestante, já mencionada na resolução nº 368. Esse cartão deve ser fornecido pelas operadoras de plano de saúde por meio dos profissionais da área desde a primeira consulta. E além disso, a resolução trata de mais uma obrigação, que é o fornecimento em três consultas diferentes da Nota de Orientação a Gestante, que traz os riscos e benefícios de cada parto.

Esta resolução também determina a viabilização e contratação de enfermeiros obstetras e obstetras para atuar no acompanhamento de trabalho de parto e até mesmo no próprio parto. A obrigação do credenciamento, quando possível, das enfermeiras obstetras e obstetras é uma medida importante na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto. Com a atuação desses profissionais tende-se a diminuir o número de intervenções desnecessárias e até mesmo o uso de procedimentos cirúrgicos para realização do parto.

O parto é um momento que envolve também dor e tensão, e para conseguir um bom desenvolvimento do trabalho de parto é fundamental o apoio emocional de um acompanhante escolhido pela gestante e também de profissionais de saúde que saibam dar assistência de forma respeitosa, pois “é indispensável que a equipe na atenção obstétrica seja capacitada e sensibilizada a trabalhar em conjunto e superar conflitos, a fim de que sejam respeitados os desejos das mulheres acolhidas no serviço” (MOURA et al., 2007).

Com essa finalidade de fornecer um tratamento digno, adequado e humanizado as parturientes, O Ministério da Saúde vem desde 1998 qualificando enfermeiras, obstetras e enfermeiras obstétricas para darem assistência ao parto normal. Essas qualificações contam com cursos de especialização e também com medidas políticas como “portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS” (MOURA et al., 2007).

Todas essas medidas buscam diminuir o número de intervenções desnecessárias e até mesmo indesejadas, bem como também reduzir o número de partos cirúrgicos e a morbimortalidade materna e perinatal.

A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania (MOURA et. al., 2007).

Em 1998, houve reconhecimento por parte do Ministério da Saúde da assistência humanizada feita pelas enfermeiras obstétricas na realização dos partos, e foi feita a inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares o procedimento parto normal sem distócia, que seria o parto sem complicações realizados por esses profissionais.

Em 1999, o Ministério da Saúde propôs, para a realização de partos de baixo risco, a criação de Centros de Parto Normal, fora de clínicas e hospitais e coordenados por enfermeiras obstétricas.

Neste sentido, a enfermeira tem sido reconhecida pelo Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais, como a profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente tanto nas casas de parto, como nas maternidades (MOURA et. al., 2007).

Em 2012 foi criada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) formada por senadores e deputados federais em que se buscava investigar a situação de violência contra a mulher no Brasil, incluindo os casos de violência obstétrica, assim como verificar a falta de proteção e garantia dos direitos das mulheres por parte do poder público.

Durante a visita em alguns estados como Espírito Santo, Amazonas e Goiás, Mato Grosso do Sul, Pará e Paraíba, constatou-se a existência de violência no parto especialmente contra mulheres indígenas e negras.

A CPMI recebeu da ONG Parto do Princípio o Dossiê “Parirás com dor”, que demonstrou dados compatíveis com os obtidos durante a pesquisa, como os altos índices de partos cesarianos sem necessidade clínica, a prática sistemática de violência de gênero do tipo obstétrica contra mulheres brasileiras, e os riscos e prejuízos do parto cesariano para as mulheres e bebês. “No entanto, essa realidade parece ser ignorada pelos serviços e profissionais de saúde.” (SENADO, 2012, p. 62).

O relatório final da CPMI cuja presidente era a Deputada Federal Jô Moraes (PC do B – MG) e a relatora era a Senadora Ana Rita (PT – ES) concluiu que as

ações praticadas pelo Ministério da Saúde não tem sido eficientes, e para mudar esse quadro a CPMI sugeriu algumas medidas no item 4.5 daquele relatório, dentre as quais que os servidores públicos que tratem do tema da violência obstétrica, sejam profissionais de saúde ou sejam atendentes que recebem as denúncias, tenham treinamento específico para as particularidades desse atendimento “Que o Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres receba denúncias de violência no parto e capacite as atendentes para isso” (SENADO, 2012, p. 63) ampliando-se assim os canais de reclamações e denúncia para violência obstétrica.

Recomendou também que o Ministério da Saúde promova campanhas para conscientizar as mulheres sobre seus direitos, bem como não restrinjam a possibilidade de denúncia pelas parturientes, ou até mesmo de negação a receber um atendimento indesejado e que viole suas convicções, integridade e dignidade:

a CPMI recomenda ao Ministério da Saúde que [...] desenvolva campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo (SENADO, 2013, p. 63).

E ainda, o relatório da CPMI orientou no sentido de alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula a prestação dos serviços de saúde públicos e privados no Brasil, para passar a “permitir o acompanhante na hora do parto” (SENADO, 2012, p. 63) inclusive prevendo “inclusão de punição em caso de descumprimento” (SENADO, 2013, p. 63).

A inclusão de punições para o descumprimento das leis de proteção às mulheres e que combatem a violência obstétrica perpassa quase todas as recomendações do relatório, fruto do entendimento da CPMI de que há deliberado descumprimento das normas.

Por fim, a CPMI recomendou o treinamento para mudança de mentalidade de agentes públicos e privados no sentido de preservação dos direitos da mulher e participação ativa na manutenção da integridade das pacientes, ao propor ao Ministério da Saúde a “capacitação dos profissionais de saúde para o abortamento humanizado em conformidade com a Norma Técnica do Ministério da Saúde” (SENADO, 2013, p. 63).

### **3 ESTUDO DA SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENTRE AS BRASILEIRAS**

Este capítulo busca analisar a situação do direito das mulheres brasileiras em escolher a via do parto, traçando um paralelo entre os dados de pesquisas sobre o percentual de mulheres que prefeririam o parto normal com os dados do Ministério da Saúde do Brasil de partos cesarianos.

#### **3.1 Dados estatísticos das violações ao direito de escolha da via de parto entre 2011 e 2016**

Para se apurar quantitativamente o percentual de mulheres brasileiras sofrem violência obstétrica e têm o seu direito de escolha da via do parto negado, serão comparados dados estatísticos da pesquisa da FIOCRUZ, que diz que 66% das mulheres gostariam de ter o parto normal (FIOCRUZ, 2016), com dados do Ministério da Saúde/SUS e da própria FIOCRUZ, que diz o percentual de cesáreas e partos normais realizados no Brasil. Com o cruzamento dessas informações buscase refletir sobre a escolha das mulheres acerca da via de parto.

Um grupo de pesquisadores ligados ao Instituto Nacional Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz realizou um inquérito nos anos de 2011 e 2012 sobre parto e nascimento em 266 hospitais em capitais e cidades do interior de todos os estados brasileiros, resultando em 23.940 mulheres entrevistadas, tendo como objetivo:

estudar os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas; descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto e as complicações médicas no puerpério e período neonatal, bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares (FIOCRUZ, 2012, p. 2)

Essa pesquisa, denominada “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” da Fundação Oswaldo Cruz (2012), sintetizou como resultados relevantes para esta monografia o número de partos totais – 80% deles no setor público e 20% no setor suplementar. Desse total de partos, 52% deles são

cesarianas e 48% vaginal, concentrando 46% das cesarianas no setor público e 88% no setor suplementar.

Nota-se que no setor suplementar, o Brasil inverte a recomendação da OMS de fazer não mais que 15% de partos cesarianos – 85% de partos naturais (OMS, 2015, p. 1) ao realizar 88% de cesáreas. Mesmo no setor público, o Brasil ultrapassa a recomendação da OMS em 31%, ou seja, quase um em cada três partos brasileiros no setor público foi feito contrariando o limite desejável pela OMS.

Quanto à decisão da mulher em escolher a via de parto, no site da pesquisa Nascer no Brasil encontra-se que a "decisão pela cesariana: 28% das mulheres preferiram uma cesariana no início da gravidez; 66% das mulheres preferiram o parto normal no início da gravidez; 6% não apresentaram preferência por via de parto" (FIOCRUZ, 2016).

O alarmante dos dados estatísticos sobre a preferência das mulheres, comparada com a forma com que o parto de fato ocorreu, é que se 66% preferiam o parto normal com 6% de indiferença, totalizando 72% de mulheres que não optaram PELO parto cesariano. MAS foram realizadas 52% de cesarianas, ao menos 24% das brasileiras – quase uma em cada quatro mulheres – passaram por procedimento cirúrgico cesariano contrariando sua vontade inicial.

A pesquisa de opinião pública da Fundação Perseu Abramo realizada no ano de 2010 chamada “mulheres brasileira e gênero nos espaços público e privado”, sobre violência obstétrica, aproxima-SE doS dado deduzido entre mulheres que tiveram seu direito a escolha da via de parto negado. Segundo esta pesquisa, 25% das mulheres entrevistadas alegaram ter sofrido alguma forma de violência no atendimento ao parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 173). Ainda, 23% das entrevistadas disseram ter sofrido abuso verbal durante o parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 177).

### **3.2 As formas de violência obstétrica cometidas contra as brasileiras**

A Parto do Princípio é uma rede que atua na defesa e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres visando – entre outros pontos – o protagonismo da gestante em todos os momentos da gravidez.

Em 2012, por ocasião da CPMI da Violência Contra as Mulheres, o grupo organizou um dossiê denominado “Parirás com Dor”, um documento de quase 200 páginas, que traz todo tipo de abusos praticados ao longo de toda a gestação, mas principalmente no parto.

Para não repetir os mesmos dados já trazidos em outros documentos, o dossiê começa com os alarmantes números da mortalidade materna e neonatal consideradas reduzíveis e evitáveis, da desproporção entre os números recomendáveis e realizados de partos cirúrgicos. Expondo que, apesar da maioria das mulheres almejar o parto natural, a quantidade de partos cirúrgicos vem aumentando (em especial no sistema de saúde complementar). Constatando que a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (existente desde 2003 como desdobramento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento ou PHPN instituído em 2000) possui uma efetividade relativa.

A violência obstétrica é uma ação covarde e desigual da relação paciente gestante e profissionais de saúde, onde há proteção legal de fato apenas para este últimos, pois " uma paciente que, acuada ou agredida, reagir violentamente à ação sob ela impetrada pode, de acordo com o Artigo 331 do Código Penal - 59 Decreto Lei 2848/40, ser enquadrada sob o crime de desacato a funcionário público" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.58). Mesmo tendo direitos previstos na legislação brasileira, predomina o desconhecimento que impede o empoderamento das gestantes, que "de modo geral, as parturientes também desconhecem seus direitos, o que colabora para manter e perpetuar tais condutas abusivas, configurando a “crise da confiança” e da ética no exercício das relações.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.58).

Antes de aprofundar no tema da violência obstétrica, convém retornar à definição previamente citada:

dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis" PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60)

E esta violência pode ser de natureza psicológica, sexual, institucional, material e midiática.

É recorrente e ilegal a violência obstétrica de “privação do direito ao acompanhante durante a cesárea e após a cirurgia [...] tão recorrente em nosso país que pesquisas denominam a recuperação anestésica como o período de ficar “largada no cantinho” (SALGADO, 2012; LINO, 2010 *apud* SALGADO, 2012, p. 65). Esta privação ao direito ao acompanhante tem consequências psicológicas que podem se prolongar meses após o parto. Corrobora esta linha da privação de acompanhante como forma de violência obstétrica o entendimento que

a negligência com aspectos emocionais [...] no pós-parto imediato foi uma constante. A maioria relatou o fato de ter permanecido sozinha logo após a cesárea, durante a recuperação anestésica, e "largada no cantinho", sem ter a quem dirigir a palavra ou ter informações sobre o recém-nascido (DINIZ, 2013)

Como consequência danosa dessa violência obstétrica, tanto para a mãe quanto para os recém-nascidos, o abandono e a separação de ambos nos primeiros momentos de vida são “experiências estressantes de parto estão associadas a menor sucesso na amamentação e retardo no início do processo de lactação”(DINIZ, 2013).

a definição precisa sobre a privação do direito ao acompanhante é listada nos termos abaixo:

considera-se descumprimento do direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato quando:1) houve restrição da escolha da mulher. 2) houve restrição do tempo de permanência do acompanhante. 3) houve restrição pelo vínculo com a instituição. 4) houve restrição pelo tipo de parto. 5) houve impedimento da entrada ou permanência de acompanhante (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.69)

Inclusive este direito é previsto em lei, mas infelizmente negligenciado nos partos de qualquer natureza, seja no setor público ou no suplementar, pois provavelmente

uma questão que dificulta a aplicação da Lei 11.108 de 2005 pode ser a falta de previsão de punição para o descumprimento da referida Lei. [...] A vulnerabilidade da mulher na assistência à saúde é evidente e necessita de ações efetivas para sua proteção (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.69)

Um procedimento médico comumente realizado nos partos normais e que pode ser visto como uma forma de violência obstétrica é a episiotomia. “A

episiotomia, ou 'pique', é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.80). Apesar de todos os procedimentos médicos deverem ser de conhecimento da gestante e somente com a restrita recomendação clínica, "no Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos." (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.80). Confirma a carência de informações para as parturientes para a realização da episiotomia o fato de que

Constata-se que as mulheres estão sendo submetidas à episiotomia de forma rotineira, em uma relação de confiança com o profissional de saúde, em um momento de vulnerabilidade, muitas vezes sem aviso e sem informações científicas, em uma situação na qual não é possível se defender – constitui violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 82-83).

Outra consideração sobre a episiotomia é sobre o "ponto do marido: durante a sutura, é realizado um ponto mais apertado, que tem a finalidade de deixar a vagina bem apertada para "preservar o prazer masculino nas relações sexuais, depois do parto." (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.85). Claramente é um mito difundido pelos profissionais de saúde e que servem apenas para dar contornos negativos ao parto normal, sendo "um dos argumentos a favor da episiotomia mais enfatizado no Brasil é o de que o parto vaginal deixaria a musculatura vaginal flácida, desqualificando a mulher sexualmente. "(PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.90).

Grosseiramente,

a imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um "falo" enorme - que seria o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina. Isso poderia implicar numa autorização para que o homem procure uma mulher "menos usada" ou demande como alternativa o coito anal. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.90)

Sem dúvidas a episiotomia realizada sob estes argumentos não possui nenhuma indicação clínica da real necessidade, além de reforçar a discriminação às mulheres que já tiveram filhos como inaptas ao prazer sexual, e justificar veladamente condutas machistas por supostos maridos insatisfeitos.

A saída para a episiotomia como violência obstétrica novamente recai no conhecimento que liberta, pois

quando as mulheres têm acesso a informação e sabem que é possível ter uma vagina forte por meio de exercícios, elas passam a compreender que a episiotomia de rotina é uma lesão genital que deve ser prevenida e que elas podem recusá-la (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.90)

Outro procedimento violento contra as mulheres na hora do parto e que não possui nenhuma necessidade clínica é a manobra de Kristeller. “Quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, essa manobra era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.103). Considera-se que a mulher com fortes contrações uterinas é incapaz de expelir por conta própria o recém-nascido. Contudo,

atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher, ou expremendo (sic) seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.103).

Implicitamente, quando se realiza essa manobra contra a gestante, há imposição da postura a ser adotada pela mulher na hora do parto, como se esse acontecimento natural devesse obrigatoriamente ser moldado por protocolos rígidos e inquestionáveis. mas “seria mais racional, mais ético e mais respeitoso permitir que a mulher posicione-se de modo mais confortável para ela, em vez de realizar procedimentos comprovadamente prejudiciais à saúde da mulher e da criança.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 105).

Concluindo sobre esta manobra sem fundamentação científica e que violenta as mulheres na hora do parto, a Resolução nº 36/2008 da ANVISA esclarece que: “5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve: 5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos” (apud PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 106).

Voltando o tema para o direito de escolha da mulher sobre a via de parto, é recorrente a cirurgia cesariana eletiva, definida como

a cirurgia de cesariana que é realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e realizada antes mesmo do início do trabalho de parto ou

realizada durante o trabalho de parto sem caracterizar urgência ou emergência (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.112)

Como já citado anteriormente, a maioria das brasileiras deseja inicialmente a via natural de parto, mas sob diversos fatores alheios à sua vontade o parto que mais ocorre é o que elas não escolheram e “a cesárea indesejada é associada, na perspectiva destas mulheres, à ocorrência de violência obstétrica durante a assistência à gestação e ao parto”(DINIZ, 2013).

Um desses fatores de escolha da via de parto que são estranhos à vontade das mulheres é a conveniência dos médicos obstetras:

na conduta médica nos plantões obstétricos da rede pública e privada, existe uma “etiqueta” [...]. conhecida por “limpar a área”, [que] consiste em realizar cesáreas no final do plantão de todas as mulheres que ainda estão em trabalho de parto, ou acelerar o parto através de outras intervenções (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 114)

Para confirmar essa observação no setor público, nota-se que as “cesarianas são realizadas com mais frequência em horários diurnos e em dias úteis, o que sugere que esta forma de parto é mais conveniente para os médicos” (AQUINO, 2011, p. 34).

Já no setor suplementar, “outro tipo de cesárea por conveniência do médico são as cesáreas realizadas [...] com falsas indicações, agendadas previamente entre segunda e sexta-feira” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.115), seguindo o mesmo padrão do setor público sobre a conveniência do médico, não das pacientes ou dos riscos à saúde da mulher e do feto, que deveriam ser os marcos decisórios desse tipo de parto.

“Outro fato muito comum são os mutirões de cesáreas realizadas às vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.115), para que os interesses pessoais dos médicos se sobreponham aos das mulheres e, o pior, sobre a saúde das pacientes, pois claramente nessas situações “a preferência das mulheres não foi o fator decisivo na determinação do tipo de parto, pois tratou-se, primordialmente, de uma decisão médica”(HOTIMSKI, 2002).

A cesárea eletiva por conveniência exclusiva dos interesses médicos alia também interesses econômicos pois “permite ao obstetra organizar sua agenda pessoal e profissional e aumentar o número de pacientes atendidas [...] o

recebimento de honorários se dá em função do número de pacientes/procedimentos realizados” (SALGADO, 2012, p. 24).

Ligada à cesárea por conveniência dos médicos, a cesárea pode ser uma escolha viciada das pacientes por coação, seja pelos médicos, seja pelos profissionais de saúde na hora do parto. Esta influência estranha à vontade da mulher se dá

durante o pré-natal, [quando] mulheres formam vínculos afetivos com os médicos, na expectativa de que esse seja o profissional que as atenderá no parto. [...] sentem que estão sem opção quando [...] insiste em agendar uma cesárea sem indicação clínica (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.122).

Novamente o desconhecimento, também neste caso provocado pelos profissionais responsáveis pelo pré-natal, ilude as mulheres que terminam por escolher o parto cesariano pois “acreditavam ter sido submetidas a cesáreas por não ter havido contrações e/ou dilatação, e que isso se devia a uma falha intrínseca a seu organismo, que as impedia de ter um parto vaginal” (HOTIMSKI, 2002).

Essas falhas na relação médico-paciente, também caracterizada como violência obstétrica, é a constante na situação brasileira. Para as mulheres que já passaram por partos no setor público de saúde, “o cenário de violência obstétrica é tão naturalizado, que mulheres retratam como ‘sorte’ quando recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico” (DIAS, 2006 *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.130).

Independente do setor onde o atendimento à gestante ocorra, seja no público, seja no suplementar, há novamente previsão legal pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para que se evite uma situação angustiante de não ser acolhida nos órgãos prestadores de serviços de saúde por falta de vaga:

5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir: 5.6.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002. RDC 36 de 2008 da ANVISA (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.130)

Inclusive, “a peregrinação em busca de vaga é uma das principais causas de mortalidade materna.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.130).

Outras formas de violência obstétrica que ocorrem no Brasil, concomitante ao descumprimento das leis de proteção às mulheres, são a omissão proposital de informações, pois “em muitos serviços de assistência obstétrica não há utilização do partograma, o que prejudica o acompanhamento da paciente, além de contrariar a norma.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.132). Mesmo que as pacientes procurem ser esclarecidas durante o pré-natal, na hora do parto e no pós-parto

algumas mulheres buscam perguntar aos pediatras sobre quais procedimentos serão realizados no bebê ao nascer (...). Porém, nem sempre conseguem obter os esclarecimentos adequados, muitas vezes com abordagens que reforçam o sentimento de submissão ao poder médico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.132)

O que reforça relações assimétricas de poder predominando a parte médica sobre o conhecimento que a mulher tem sobre o próprio corpo. São negligenciados também os aspectos culturais das gestantes, mesmo que

já existe uma normativa no Estado de São Paulo (Resolução SS 72 de 2008) que dispõe sobre a adoção de procedimentos quando da realização de assistência a partos das mulheres indígena. (...) Mas infelizmente, o aspecto cultural dessas mulheres é tratado com descaso, chacotas ou ofensas de cunho discriminatório em várias localidades do Brasil. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.139)

Essa situação de descaso com o principal elemento da relação médico-paciente se repete em situações em que o parto não venha a ocorrer, “quando uma mulher em situação de abortamento chega ao serviço de saúde, percebe-se que há uma tendência a pressupor que o aborto foi provocado, apesar da considerável incidência de abortos espontâneos.” (HOTIMSKY, 2007 *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.139).

Um fator de extrema importância para o conforto das parturientes e que facilitaria a decisão da mulher sobre a via de parto em melhores condições é a presença de anestesistas em tempo integral nas maternidades e hospitais. É pouco conhecida essa particularidade da atividade desses profissionais, e

em muitas instituições no Brasil, públicas e privadas, quando há o plantão de anestesista, este é realizado (nos plantões noturnos ou em ambos) em forma de sobreaviso, no qual o médico não está presencialmente na instituição, e somente é chamado em caso de urgência ou emergência. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.142)

Novamente, aliada À violência obstétrica que nega o tratamento médico adequado às mulheres na hora do parto, “a prática do plantão de sobreaviso de anestesistas é uma prática disseminada no Brasil, apesar dos pareceres de Conselhos Regionais de Medicina contrários a essa prática” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.142) segue o mesmo padrão de inobservância legal. Corrobora esse fato o Parecer nº 28/200630 do Conselho Regional de Medicina da Paraíba que diz que “o plantão de sobreaviso em anestesiologia, principalmente em hospitais que atendem urgência e emergências, como é o caso das maternidades, não pode ser permitida” PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.142-143).

Na mesma linha da legalidade e das orientações de órgãos de classe dos profissionais de saúde, o Conselho Federal de Medicina (CFM) baixou uma resolução em junho de 2016 com definições e critérios para a realização do parto cesáreo alegando que “é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal” (CFM, 2016, p. 1). Os pontos principais dessa resolução foram discutidos pela Rede de Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), que é uma organização da sociedade civil que busca divulgar assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas.

O primeiro artigo do CFM afirmou ser

direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos (CFM, 2016, p. 2)

Foi visto como uma oportunidade de defesa do direito de escolha da mulher pela REHUNA, a possibilidade de “se mais obstetras e gestantes aguardarem as 39 semanas, é mais provável que elas entrem em trabalho de parto, o que é positivo” (REHUNA, 2016). Isto favorece a emancipação da mulher para assumir o protagonismo ativo sobre a via de parto, além de a proteger da violência obstétrica nas formas de “abuso verbal, abuso sexual, estigma e discriminação” (BOHREN et al, 2015) (tradução própria).

Outro ponto do CFM foi que “a decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitando as características socioculturais da gestante” (CFM, 2016, p. 2). Esta

posição reforça o combate à violência obstétrica nas formas de "falha no cumprimento dos padrões de cuidado, falta de conexão entre as mulheres e os prestadores de serviço" (BOHREN et al, 2015). O registro da decisão dos médicos e pacientes dispensa às gestantes o cuidado adequado e o respeito à sua decisão. A REHUNA comentou positivamente ao considerar "extremamente importante aguardar que a gestante entre em trabalho de parto, mais do que estipular alguma idade gestacional para o parto acontecer. Cada bebê tem sua época de amadurecimento" (REHUNA, 2016).

O terceiro posicionamento do CFM foi no sentido de que "para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário" (CFM, 2016, p. 2), no que a ReHuNa comentou como sendo positivo, já que "é positivo que, com essa medida, menos bebês correrão o risco de apresentar prematuridade iatrogênica ao nascer (prematividade provocada pela ação do médico) (REHUNA, 2016). Essa medida influencia de forma direta no empoderamento das mulheres quanto à liberdade de escolha sobre a via de parto e as defendem de "abuso físico, abuso verbal" (BOHREN et al, 2015) (tradução própria).

Por fim, de maneira controversa, o CFM defende que "é ético o médico realizar a cesariana a pedido, e se houver discordância entre a decisão médica e a vontade da gestante, o médico poderá alegar o seu direito de autonomia profissional e, nesses casos, referenciar a gestante a outro profissional" (CFM, 2016, p. 2). Isto é claramente uma brecha para que os profissionais de saúde orientados por aquele conselho coajam suas pacientes. A REHUNA expõe o claro retrocesso no direito de escolha das mulheres, com grave possibilidade de recorrência na forma de abuso verbal na relação médico-paciente, vendo como "preocupante que um órgão oficial de médicos legitime, em suas orientações, a cesárea eletiva, mesmo alegando a autonomia da mulher" (REHUNA, 2016). Há conseqüente falta de conexão entre as mulheres e os prestadores de serviço, fato agravado pela situação social de grande parcela das gestantes que não possuem alternativas médicas além do Sistema Único de Saúde, muitas vezes limitadas a um sistema de saúde precário (BOHREN et al, 2015) (tradução própria).

Entretanto, de uma forma geral, a exposição de motivos do CFM, ao buscar

a harmonização entre o princípio da autonomia do paciente e a do médico [...] reconhece que o paciente tem o direito de tomar decisões conscientes, baseadas na melhor evidência científica [...] procurando acompanhar as rápidas conquistas femininas no campo dos direitos reprodutivos (CFM, 2016, p. 3)

procura direcionar o posicionamento da classe médica para o atendimento das recomendações da OMS para promover "maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos" (OMS, 2014, p. 2), "ênfatisar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto" (OMS, 2014, p. 3) e "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, p. 3). além de reconhecer a luta da sociedade no sentido do empoderamento das mulheres e da discussão da temática de gênero e do direito de escolha conjuntamente com as evidências científicas mais confiáveis no processo decisório da escolha da via de parto.

### **3.3 Aspectos sociais e culturais envolvidos no direito de escolha das mulheres brasileiras**

Para que se procure responder o que influencia a escolha das mulheres brasileiras pela via de parto, é importante considerar os aspectos sociais e culturais envolvidos. Esses fatores são de grande relevância, pois pela pesquisa Nascer no Brasil, da FIOCRUZ, "28% das mulheres preferiram uma cesariana no início da gravidez." (FIOCRUZ, 2016). Mesmo se todas as mulheres brasileiras tiverem seus direitos exercidos e respeitados quanto a essa escolha, ainda haveria quase o dobro de cesarianas do percentual recomendado pela OMS, de 15% (OMS, 2015, p. 1). O que explicaria essa tendência de escolha pelo parto cesariano já que a "cesárea é um procedimento capaz de evitar um óbito materno ou fetal quando indicada corretamente, mas representa um risco, para quem poderia ter um parto normal" (JAKOBI, 2016)?

Considerando que as mulheres estão inseridas num contexto social que estimula o parto cesariano e estigmatiza o natural, convém estudar a cultura da cesárea. “Este fenômeno [cesariana] permeia a cultura brasileira, pois, ao engravidar, muitas mulheres optam pela cesárea como forma ‘antidolorosa’ de ter filhos, o que não passa de engano e desinformação” (JAKOBI, 2016). O medo de passar por um momento doloroso, compreensível até o momento do conhecimento do que é o parto natural ao longo do período pré-natal, é de conhecimento dos profissionais de saúde, pois como dito pelo Conselho Federal de Medicina “a solicitação da gestante por um parto cesariana é de fato algumas vezes a expressão implícita de um medo do parto, e esse temor parece ter muitas causas subjacentes” (CFM, 2016, p. 3).

Bosco confirma o medo das gestantes como fator de escolha da via de parto ao citar que “o medo da dor é o principal motivo inicial para querer ter uma cesariana e também é um fator importante para as mulheres que mudam de opinião durante a gravidez.”(BOSCO et al., 2014, p. 47).

Tem-se assim o medo como um forte aspecto social, medo este baseado na

ignorância da população quanto aos benefícios do parto normal e dos riscos da cesariana. Sabemos do ambiente cultural em que vivemos que relega a segundo plano os aspectos afetivos da relação médico-paciente, e que coloca a tecnologia como uma deusa que tudo pode nos prover (JONES, 2016).

A emancipação e a libertação das gestantes desses constrangimentos passa pelo esclarecimento prestado pelos profissionais de saúde e médicos. Entretanto, existem outras variáveis, além do estrito conhecimento médico, que influenciam este esclarecimento. Na maioria das vezes, os obstetras consideram que

este procedimento [cesariano] em algumas e específicas circunstâncias é benéfico para mães e filhos, é sempre tentador para o profissional. Digo tentador porque a tarefa de acompanhar uma gestante nos seus momentos mais críticos é extremamente desgastante para o profissional médico envolvido. Horas a fio escutando as dores de sua paciente, que parecem sem fim. Horas estas em que se distancia da sua família ou do seu consultório, fonte do seu sustento. Somem-se a isso os dias em que esteve à disposição da sua paciente impedido de sair, passear, viajar para a praia etc... e teremos a equação mais aproximada da causa do exagero nas indicações desta cirurgia (JONES, 2016).

O que foi citado como exagero nas indicações para cesariana, coadunado com o medo não esclarecido das pacientes, forma parte do cenário propício para

que não somente médicos mas todos os profissionais de saúde, procurem influenciar direta e indiretamente as gestantes quanto a escolha da via de parto que, salvo em gestações de risco, deveriam ser livre e consciente.

Cabe salientar também o papel de outros profissionais de saúde carentes de uma capacitação específica para o atendimento adequado e respeitoso às optantes por outra via de parto que não o cirúrgico. Em geral

da dedicação que o parto natural exige, do despreparo que sente por não ter recebido na faculdade uma visão humanística, fatalmente sucumbirá à tentação da cesariana [...] marcada com antecedência não atrapalha fins-de-semana, horas de consultório, madrugadas ou férias programadas. Ela é perfeita em quase tudo. Só não leva em consideração um pequeno detalhe: o paciente (JONES, 2016).

Voltando o foco para as pacientes, além do temor de passar por um parto extremamente doloroso, outro aspecto cultural e social “a mais importante é a representação social da mulher que a cesárea é indolor e preserva a anatomia vaginal para as futuras relações sexuais” (JAKOBI, 2016), que, sem dúvida, exerce forte influência na inclinação a uma das vias de parto.

Também não se pode negar que, por se tratar de um procedimento cirúrgico, a cesariana tem a preferência como via de parto acima dos percentuais recomendados pela OMS o aspecto econômico pois

dos fatores que contribuem para a epidemia de cesárea, os mais importantes são os seguintes: laqueadura de trompas, falta de reembolso de anestesia para o parto normal, desconhecimento da população dos riscos da cirurgia, conveniência médica devido ao tempo mais curto e melhor remuneração, incentivos financeiros diretos e indiretos para médicos e hospitais, falta de equipamentos para avaliação de risco fetal (JAKOBI, 2016).

Na sala de parto entram muito mais do que a equipe de parto e a gestante: mães, parentes, família em geral, amigos e conhecidos, todos de uma forma velada participam com opiniões e julgamentos da decisão que caberia exclusivamente à gestante.

### **3.4 Depoimentos de brasileiras vítimas de violência obstétrica e de violações ao direito de escolha da via de parto**

O direito ao acompanhante é constantemente violado no momento do parto, principalmente porque inexistente na legislação qualquer tipo de sanção por descumprimento. Há abuso também do momento emocional instável dos familiares e da parturiente para a imposição de barreiras ao acompanhamento do parto, o que na prática poderia impedir, ou ao menos inibir o cometimento de outras formas de violência obstétrica.

Em Barbacena-MG, C.M. foi atendida no setor público daquele município e relatou que

quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse 'Então eu vou embora e você faz o parto (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.65)

O que se segue à violação do direito ao acompanhante no momento do parto é a solidão emocional, o distanciamento físico do recém-nascido, descaso e abandono das mulheres num dos momentos mais importantes e significativos de suas vidas. Como já dito, a ausência de outra pessoa de confiança pode dar espaço para outras formas de violência obstétrica como relatado por Aline Pereira Soares, de Curitiba-PR: “uma enfermeira me disse pra parar de falar e respirar direito se não meu bebê iria nascer com algum retardo por falta de oxigenação.” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.134).

Outras formas de abuso verbal como as há pouco vistas também se repetem nas formas de preconceito e discriminação social e cultural, conforme depoimento de uma profissional de saúde da Maternidade Pró-Matre, na cidade de Vitória-ES, de que o anestesista que estava de plantão de sobreaviso havia dito: “Tinha que ser! Olha aí, pobre, preta, tatuada e drogada! Isso não é eclâmpsia, é droga!” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.135) ao atender uma gestante menor de idade que necessitou realizar uma cesariana de emergência. Houve situação também de “desrespeito por parte dos profissionais durante o trabalho de parto e parto, em que se evidencia a leitura moralista que culpabiliza a mulher por ter prazer ao exercer a sua sexualidade” (HOTIMSKI, 2002), quando a paciente Gabriela afirmou ter sofrido preconceito ao sair de atendimento no setor público de saúde de Vitória-ES:

quando eu estava me arrumando para ir embora da maternidade, uma mulher da equipe de enfermagem me disse: 'Tchau! Até o ano que vem!'. Estranhei, e perguntei o porquê. Eu deveria voltar para maternidade no ano seguinte para realizar alguma outra avaliação? E ela continuou: 'Você volta sim, vocês são tudo assim, ano que vem você vai ter outro.' Meio sem entender, me despedi e só quando cheguei em casa entendi a ofensa (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.136)

O abuso verbal acompanha as outras formas de violência obstétrica de gênero, seja cerceando e restringindo a liberdade de ação das parturientes como melhores convém, seja mantendo um discurso preconceituoso e excludente

Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de 'parto hippie' da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.107)

Ou como o relatado por P. no dossiê "Parirás com Dor", que teve que escolher entre sofrer abuso sexual ou ter negado um atendimento médico necessário:

Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: 'Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronta quando eu passar vai ficar sem prescrição!'. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio pra dor. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.137)

A negação ao atendimento médico necessário que traga conforto e dignidade às mulheres foi duramente confirmado por uma ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES:

assumo o plantão e já tem 3 puérperas com lágrimas nos olhos à procura de ajuda. Estão sentindo dor 'no corte'. Consulto os prontuários e vejo que todas as três tiveram parto normal com episiotomia, mas não foi prescrito nenhuma medicação para dor. Procuro me informar e descubro que o médico que 'fez os partos' não prescreve medicação para partos normais com episiotomia, pois diz que 'normal não dói, é coisa da cabeça delas. ex-funcionária da Maternidade Pró-Matre de Vitória-ES (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.134)

Continuando na linha do atendimento médico inadequado e impróprio, a episiotomia sem indicação clínica é uma violência física contra as mulheres que causa dor desnecessária e sequelas que podem durar meses após o parto.

perguntei baixinho se ela poderia estimar quanto se fazia de episiotomia e de indução ali, ao que ela cochichou 'perto de 100%'. Eu perguntei: 'Perto de 100%? Por que?'. 'Porque eles têm que aprender (olha de soslaio para os

residentes) e as mulheres são o material didático deles', falou, fazendo uma concha com a mão em minha direção (DINIZ, 2001 *apud* PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.94)

Não só episiotomias sem indicação clínica da real necessidade, mas também o próprio procedimento cirúrgico do parto cesariano, realizado por motivações quaisquer que não o risco do parto ou o desejo explícito e esclarecido da gestante, é uma forma de violência obstétrica na qual Patrícia Reis França, moradora da cidade de São Paulo-SP relatou sobre o atendimento pré-natal: "meu médico disse que eu poderia sofrer mais no parto normal. Como eu tinha medo de ficar sentindo dor, ele conseguiu me convencer a fazer a cesárea" (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.120).

Concorda com esse relato o depoimento de Caroline Gurgel, vítima da cesariana marcada por conveniência médica no setor suplementar em São Paulo-SP: "a minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações." (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.113).

As consequências danosas para as mães e recém-nascidos podem ir além de danos emocionais e dias em UTI: às vezes o atendimento inadequado e violento contra a mulher pode custar a vida, contraditoriamente no momento em que esta deveria ser valorizada:

O médico só gritava: 'puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!'. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: 'Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo... Já era, sintam o cheiro de podre, como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?'. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: 'Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura.'. O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: 'Quer ver o corpo?'. Eu não quis (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 138).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização do trabalho buscou-se associar a relação existente entre a violência ocorrida durante o período gestacional, parto e pós-parto, a chamada violência obstétrica, com violência de gênero e assim evidenciar a importância sobre o tema.

O parto é um acontecimento relevante e que não deve ser visto como algo meramente biológico. O momento do nascimento de uma criança envolve questões culturais, psicológicas, de classe e também de gênero.

Quando se fala de violência obstétrica trata-se de desrespeito a direitos garantidos em lei e a tratados firmados internacionalmente. A violência contra a mulher é uma questão de violação de direitos humanos e para tornar isso consciente é preciso problematizar a noção sobre violência, já que muitas mulheres nem percebem que tiveram seus direitos corrompidos.

O desenvolvimento do tema – Violência obstétrica e a escolha da via do parto pela mulher – voltou nossa atenção para a institucionalização do parto, em que a mulher se apresenta como colaboradora e o profissional da área da saúde comanda a situação que deveria ser própria da mulher, ferindo assim a subjetividade materna, em outras palavras “o conhecimento médico hegemônico em relação a assistência ao parto, parte de um modo de pensar e agir que reforça uma lógica colonial e produtivista, tendo como marco a intervenção sobre o corpo feminino” (ZASCIURINSKI, 2015, p.5).

Também ficou evidente que apesar de existirem leis que tratam dos direitos sexuais e reprodutivos e recomendações das Organizações Governamentais e de outros órgãos competentes, há ineficácia no cumprimento pela ausência de formas punitivas, bem como pelo desconhecimento da existência de direitos e até mesmo sobre a quem recorrer.

As mulheres que sofrem violência sentem dores que vão além daquelas sentidas no parto. São abusos físicos, verbais, sexuais, discriminação, entre outros, que trazem consequências para o corpo e também para alma. Por mais que existam recomendações e leis que tratam das questões de violência, estas ainda estão corporificadas em diversas práticas e muito significativamente no tipo obstétrico.

Para se pensar em violência obstétrica é preciso associá-la as questões de gênero, porque efetivamente é um tipo de violência contra a mulher, pela única razão de ser mulher. E como é comum que qualquer violência cometida contra as mulheres seja tratado como algo natural, muitas que passam por alguma privação de direito são desencorajadas a fazer algo a respeito.

É preciso desnaturalizar a violência, e esta ocorre de diversas maneiras, desde um mal atendimento, que seria um abuso verbal, até a negação ou mesmo obrigação na realização de algum procedimento doloroso e sem informação. A apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos médicos e pelos profissionais de saúde não deve ser visto como algo natural. Essa submissão é fruto de um pensamento patriarcal, que entende o parto como um momento de dor e o sofrimento da mulher como algo comum e sem importância.

E quando se pensa nas consequências de um parto violento tem-se desde a dificuldade para amamentar; depressão, que ocasiona dificuldades no cuidado do bebê; problemas na saúde reprodutiva e sexual e até mesmo a morte das mulheres e dos bebês. São sequelas físicas e psicológicas, quando sobrevivem, que podem acompanhá-las pela vida inteira, como bem demonstra Gutman ao afirmar “o corpo fala. O corpo tem memória: o que esta mãe enfrenta junto com o seu bebê deixará rastros em ambos. Nascimentos com pouco cuidado e promessas não cumpridas deixam marcas” (GUTMAN, 2003,p.44).

Para entender e combater a violência obstétrica é importante pensar nas suas causas, ou seja, compreender os fatores que contribuem para sua existência. Como vimos no sentido mais amplo é preciso associar a violência obstétrica à violência de gênero, pois é através da construção social que se definem os papéis sociais que são atribuídos ao homem e a mulher. Essa relação entre gênero e sexo definida por Gayle Rubin como sendo “um conjunto de arranjos através dos quais a matéria-prima biológica do sexo humano e da procriação é modelada pela intervenção social humana” (RUBIN, 1975, apud PISCITELLI, 2002, p.8), ocasiona um quadro de desigualdade em que as mulheres são tidas como inferiores e submissas, o que permite desde o ventre que outros sejam tutores de seus corpos e de suas vontades. Para tentar modificar essa relação é importante refletir sobre o conceito de gênero, desassociando a ideia de determinismo biológico, já que de acordo com

Safiotti (2001) gênero não tem um conceito fixo, varia de acordo com o momento histórico.

E ao desconstruir a ideia de gênero como sendo determinado biologicamente e compreendendo que possui características culturais que sofrem modificações com o passar do tempo e com as mudanças históricas e do modo de produção, é possível atenuar as relações de desigualdade até se chegar a equidade.

Outra medida nesse sentido, seria incluir o tema de violência obstétrica como pauta fixa nos debates e conferências feministas, e também difundir a importância do olhar feminista em todas as áreas, a fim de se alcançar a libertação das mulheres, a equidade de gênero e o pleno desenvolvimento como preconiza os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio citado pelo PNUD (2016)

A igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres são direitos humanos que se encontram no cerne da realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O PNUD acredita que o empoderamento das mulheres é um pré-requisito para o sucesso do desenvolvimento, afetando todos os aspectos do trabalho que desenvolve. (PNUD, 2016)

Outro fator relevante que contribui para a ocorrência da violência obstétrica é a cultura da institucionalização do parto que gira em torno da perspectiva capitalista, que leva médicos e profissionais da saúde a coadunar com políticas e gestões hospitalares que tratam o parto como algo comercial e lucrativo, sem levar o paciente e seus direitos em consideração. Para tentar superar esse quadro, Diniz aponta algumas medidas como incluir o conhecimento do parto fisiológico, direito das mulheres, sexuais e reprodutivos, nas disciplinas de graduação e investir na formação de obstetras e enfermeiras obstetras, que são especialistas em parto fisiológico, pois “não é razoável esperar que a assistência ao parto deixe de ser eminentemente médico-cirúrgica, se mais de 90% dos nascimentos no Brasil são assistidos por um médico com formação em cirurgia” (DINIZ, 2015). E também modificar rotinas e ambientes de ensino com ênfase em Centros de Parto Normal-escola, pois como demonstrou a pesquisa Nascer no Brasil, em que foi feita uma comparação entre dois tipos de hospitais, um com um modelo de atenção perinatal inovador e outro com um modelo típico de assistência obstétrica, a atenção e o ambiente fazem grande diferença.

As mulheres do hospital inovador e do grupo de comparação apresentavam características sociais e clínicas semelhantes, o que sugere que o modelo de atenção ao parto é que fez a diferença nos resultados perinatais. No hospital inovador, 48% dos nascimentos ocorreram por cesarianas enquanto em hospitais típicos proporção foi de 91%. Entre as mulheres que tiveram gestação de baixo risco – 21% no hospital inovador e 87% nos hospitais privados do grupo de comparação. Desfechos positivos relativos ao aleitamento materno foram mais frequentes no hospital inovador. A maioria dos bebês nascidos por cesarianas o hospital inovador tinha 39 semanas ou mais, no grupo de comparação, mais da metade dos bebês nascido por cesariana tinha 37 ou 38 semanas (FIOCRUZ, 2012, p. 16-17).

O desconhecimento e a falta de informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos também indiretamente contribuem para que os abusos continuem existindo. As mulheres têm o direito de serem informadas sobre seu estado de saúde e sobre os riscos e benefícios de todos os procedimentos, assim como é dever do médico passar todas as informações pertinentes, mesmo as que não for perguntado. Dessa forma a mulher poderá ter autonomia e liberdade sobre decisões que só cabem a ela. Parto normal ou cesárea é uma decisão, quando consciente, libertadora. E essa é uma escolha completamente individual.

Atualmente, até o discurso feminista do direito da mulher à escolha está sendo apropriado pela obstetrícia para justificar a "cesárea a pedido". Porém, a aparente "liberdade de escolha" outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações sobre os riscos envolvidos (HOTIMSKI, 2002)

E por fim para se ter uma mudança efetiva nessa cultura de violência contra a mulher gestante é necessário desnaturalizar as violações aos direitos das mulheres, responsabilizar os agentes e divulgar os meios possíveis para que se faça denúncias e também garantir que se tenha o direito atendido.

A violência obstétrica é uma violência de gênero, que afeta profundamente a vida de milhões de mulheres no mundo todo. Esse tipo de violência não possui fronteiras e está intimamente ligado a inúmeras violações de direitos humanos. Graças ao movimento feminista e ao ativismo de pessoas ligadas ao parto humanizado essa temática tem ganhado visibilidade na comunidade internacional, contudo espera-se maior engajamento na implementação e efetivação das leis existentes, e que o direito das mulheres continue sendo discutido incansavelmente até que se alcance a justa igualdade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução nº 368 de 6 de janeiro de 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

\_\_\_\_\_ Resolução nº 398 de 5 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>>. Disponível em: 26 jul. 2016.

\_\_\_\_\_ Perguntas e Respostas. Resolução Normativa nº 398/2016. 2016. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/partonormal/faq-398.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

\_\_\_\_\_ Entram em vigor novas regras sobre parto na saúde suplementar. 2015. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

AMIGAS DO PARTO. Artigos de Colaboradores: Aspectos sócio-culturais do parto. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/artigos.html>>. Acesso em: 1º ago. 2016.

AQUINO, Estela M. L. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. p. 32-46, 2011. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/279/15%20Sa%C3%Bade%20de%20m%C3%A3es%20e%20crian%C3%A7as%20no%20Brasil%20progressos%20e%20desafios.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 9 jun. 2016;

ARAUJO, Maria de Fátima. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicol. Am. Lat.*, México , n. 14, out. 2008 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 ago. 2016.

BOHREN, Megan A., et al. *The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review*. *PLOS Medicine Journal*, jun. 2015. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>>. Acesso em: 18 jun. 2016;

BOSCO, Simone Morelo dal; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; WEIDLE, Welder Geison. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2016;

CAPRIOLI, M.; BOYER, M. *Gender, violence, and international crisis*. *Journal of Conflict Resolution*, 45/4, 2001, p. 503-518.

CARROLL, A. B. *Peace Research: the cult of power*. *The Journal of Conflict Resolution*, Vol. 16, No. 4, 1972, pp. 585-616.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.144/2016, de 17 mar. 2016. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2144\\_2016.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2016/2144_2016.pdf)>. Acesso em: 1º ago. 2016.

CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER. 1979. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

COX, Robert W. *Social Forces, States and World Orders: Beyond International Relations Theory Millennium - Journal of International Studies* June 1981 10: 126-155

DINIZ, Carmen Simone Grilo; NIY, Denise Yoshie; SALGADO, Heloísa de Oliveira. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822013000200011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822013000200011&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 18 jun. 2016;

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al . Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 25,n. 3,p. 377-384, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300019&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 18 jun. 2016;

DIP. Andrea. Violência no parto: Na hora de fazer não gritou. Fundação Perseu Abramo. 25 mar. 2013. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 1º ago. 2016.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. 2010. Disponível em: <[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em: 2 ago. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. p. 2-16. 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_ Nascer no Brasil: principais resultados esperados. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/resultados-esperados/>>. Acesso em: 2 ago. 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). O direito ao parto humanizado e à assistência de qualidade para a mãe e o bebê. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_23263.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_23263.htm)>. Acesso em: 29 jul. 2016.

HOOPER, C. *Manly States: Masculinities, International Relations, and Gender Politics*. Nova Iorque: Columbia University Press, 2001.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.5, pp.1303-1311. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000500023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023)>. Acesso em: 10 jun. 2016;

JAKOBI, Heinz Roland. O Parto no Brasil: Fenômeno cultural da cesárea no Brasil. 2016. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac012.html>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

JONES, Ricardo Herbert. Falha Nossa. 2016. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/ac014.html>>. Acesso em: 3 ago. 2016.

KERGOAT, Daniele. Divisão Sexual do Trabalho e as relações Sociais de Sexo. In: *Dicionário Crítico do Feminismo*. HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARE, Helene; SENOTIER, Daniele (orgs.). Editora Unesp, 2009.

KRONSELL, A. *Gender, Sex and the Postnational Defense: Militarism and Peacekeeping*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2012.

LÔWI, Llana. Ciências e Gênero. In: Dicionário Crítico do Feminismo. HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise; LE DOARE, Helene; SENOTIER, Daniele (orgs.). Editora Unesp, 2009.

MASO, Tchella; GALHERA, Katiuscia. Relações Internacionais e Gênero. In: COLLING, Ana Maria; TEDESCHI, Losandro Antonio. *Dicionário Crítico de Gênero*. Dourados: Ed. UFGD, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. 2015. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_ Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)>. Acesso em: 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_ Portaria nº 306 de 28 de março de 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

MOHANTY, C.T. *Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourse*. *Feminist Review*, 30/3, 1988, p.61-88.

MOORE, Henrietta. Compreendendo sexo e gênero. Trad. Júlio Assis Simões. In Tim Engold (org.), *Companion Encyclopedia of Anthropology*. p. 813-830. Routedge. Londres, 1997

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al . A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 60,n. 4,p. 452-455, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci\_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2016.

NOGUEIRA, João Pontes; MESSARI, Nizar. Teorias de Relações Internacionais. 1ª ed, p. 221-231. Editora Campos, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2016;

\_\_\_\_\_ Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2016.

\_\_\_\_\_ Nova revisão sistemática descreve violação de direitos humanos que mulheres sofrem durante o parto. Trad. Ana Carolina Franzon. Revista Saúde na Comunidade – USP, jul. 2015. Disponível em: <<https://saudenacomunidade.wordpress.com/2015/07/02/resc2015-e118/>>. Acesso em: 1º ago. 2016.

PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. Respeito aos direitos humanos exige acesso ao parto humanizado. 14 mar. 2016. Disponível em: <[http://www.conjur.com.br/2016-mar-14/mp-debate-respeito-aos-direitos-humanos-exige-acesso-parto-humanizado#\\_ftn10](http://www.conjur.com.br/2016-mar-14/mp-debate-respeito-aos-direitos-humanos-exige-acesso-parto-humanizado#_ftn10)>. Acesso em: 2 ago. 2016.

PARTO DO PRINCÍPIO. Violência obstétrica “Parirás com dor” – dossiê apresentado para a CPMI sobre a violência contra a mulher no Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2016;

\_\_\_\_\_Violência Obstétrica. 2015. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/#!/viol-ncia-obst-trica/cd8b>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

PETERSON, V.S.; RUNYAN, A.S. *Global gender issues*. Boulder CO: Westview Press, 1999

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2016. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 2 ago. 2016.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO (REHUNA). Posicionamento da Rehuna quanto as definições do CFM para o parto cesariano. 2016. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/seminario/noticias>>. Acesso em: 1º ago. 2016.

ROCHA, A. J. R. *Relações Internacionais: Teorias e Agendas*. Brasília: IBRI, 2002.

ROSENAU, James. *International Relations*. In: Krieger, Joel (ed.). *The Oxford Companion to Politics of the World*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2001.

RUBIN, Gayle. *The traffic in women: Notes on The Political Economy of Sex*. In: REITER, Rayna. *Toward an Antropology of women*. Monthly Review Press. Nova Iorque, 1975, apud PISCITELLI, Adriana. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero*. Textos Didáticos, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002, p. 7-42.

SALGADO, Heloísa de Oliveira. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012, 155p. Disponível em: <<http://docs.google.com/gview?>

url=<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/publico/HOS.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016;

SAFFIOTI, Heleieth I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: BRUSCHINI, Cristina; COSTA, Albertina de Oliveira (orgs). Uma questão de gênero. 1 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. 336p.

\_\_\_\_\_. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cadernos Pagu (16) 2001: pp.115-136 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

SCOOT, Joan. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Trad. Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Porto Alegre: Educação e Realidade, v. 20, n. 2, p. 71-100, jul./dez. 1995.

SENADO FEDERAL. Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a violência contra a mulher no Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>>. Acesso em: 9 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Brasil não cumpre metas do milênio para redução de mortes maternas. Agência Senado. 1º jul. 2015. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/07/01/brasil-nao-cumprer-metas-do-milenio-para-reducao-de-mortes-maternas>>. Acesso em: 2 ago. 2016.

STELLA, Rita. Maus-tratos nos partos ainda acontecem ao redor do mundo. 7 ago. 2015. Disponível em: <<http://www5.usp.br/96302/maus-tratos-nos-partos-ainda-acontecem-ao-redor-do-mundo/>>. Acesso em: 1º ago. 2016.

SYLVESTER, C. *The contributions of feminist theory to International Relations. In: International Theory: positivism and beyond.* SMITH, S; BOOTH, K; ZALEWSKI, M. (orgs). Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

TICKNER, J.A.; SJOBERG, L.. Feminism. In: DUNNE,T.; KURKI, M.; SMITH, S. *International Relations Theories: Discipline and diversity.* Oxford/New York: Oxford University Press, 2007.

TRUE, J. *Feminism.* In: Burchill, S. et al. *Theories of International Relations.* Nova Iorque: Palgrave Macmillan, 2005.

TRUYOL Y SERRA, Antonio. *La teoría de las relaciones internacionales como sociología.* Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1973.

ZASCIURINSKI, Juliana Miranda. *Violência Obstétrica: Uma Contribuição para o Debate a cerca do Empoderamento Feminino.* 2015. Disponível em: <[https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica\\_juliana-miranda.pdf](https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2016.