

DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdsp.v5i1.204>

A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NA HORA DO PARTO: UMA ANÁLISE DA AUTONOMIA E EMPODERAMENTO DA MULHER

THE VIOLATION OF FUNDAMENTAL RIGHTS AT THE HOUR OF THE LABOR: AN ANALYSIS OF THE AUTONOMY AND EMPOWERMENT OF WOMEN

<i>Recebido em:</i>	08/04/2017
<i>Aprovado em:</i>	21/06/2017

Bruno Mello Correa de Barros¹

Rianne Ruviano²

Daniela Richte³

¹ Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação - PPGD da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, na área de Concentração: Direitos Emergentes na Sociedade Global e linha de Pesquisa: Direitos na Sociedade em Rede. Professor do Curso de Direito da Faculdade Metodista de Santa Maria - FAMES. Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior - CAPES pelo período de Fevereiro de 2016 a Março de 2017. Bacharel em Direito pelo Centro Universitário Franciscano - UNIFRA. Pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito & Internet - CEPEDI, da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, cadastrado na plataforma de pesquisas CNPq, atuação na linha de pesquisa "Riscos e (des)controles do ciberespaço". Integrante do projeto de pesquisa "Ativismo digital e as novas mídias: desafios e oportunidades da cidadania global", projeto registrado no Gabinete de Estudos e Apoio Institucional (GEAIC) do Centro de Ciências Sociais e Humanas - CCSH da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, sob o nº 030039. De 2014 a 2015 participou como pesquisador do Núcleo de Direito Informacional - NUDI da UFSM, também cadastrado no CNPq. Membro do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito - CONPEDI e membro associado da Academia Nacional de Estudos Transnacionais - ANET. Parecerista permanente da Revista de Estudos Jurídicos UNESP. Autor de artigos científicos, trabalhos acadêmicos e pesquisas nas áreas de Direito Digital, Direito e Internet, Direito da Criança e do Adolescente, bem como temas relacionados à utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação - TIC, Democratização da Mídia e Lei de Acesso à Informação.

² Acadêmica do Curso de Direito do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA.

REVISTA DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS (UNIFAFIBE)

DISPONÍVEL EM: WWW.UNIFAFIBE.COM.BR/REVISTA/INDEX.PHP/DIREITOS-SOCIAIS-POLITICAS-PUB/INDEX

ISSN 2318-5732 – VOL. 5, N. 1, 2017



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

RESUMO

Tendo em vista a crescente discussão acerca da violência de gênero na sociedade, constatou-se a necessidade de um aprofundamento no tema relativo aos direitos fundamentais da mulher desrespeitados na hora do parto no caso de violência obstétrica e a sua relação com o empoderamento e autonomia da mulher. O presente artigo, pretende analisar toda a problemática dos procedimentos médicos invasivos e desatualizados sem a real indicação no momento do parto que ferem o poder de autonomia da mulher e como é possível evitar esse ferimento. Especificamente, projeta realizar uma análise histórica da evolução do parto, a institucionalização do mesmo e a conseqüente medicalização do corpo da mulher. Além disso, propõe-se constatar a correlação da violência obstétrica e da violação dos direitos fundamentais da mulher. Também programa analisar o parto humanizado como uma possível solução ao não ferimento da autonomia da mulher, em conjunto com a necessidade de políticas públicas para sua concretização, com o intuito de tratar a mulher com mais humanidade. Para tanto, utiliza-se o método de abordagem dedutivo e método de procedimento monográfico.

Palavras-Chave: Direitos Fundamentais; Empoderamento; Feminismo; Parto Humanizado; Violência obstétrica.

³ Doutora em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Especialista em Direito Constitucional, com ênfase em Direito Municipal, pela Universidade Luterana do Brasil (2005) e Mestrado em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2006), Atualmente é professora do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e da Faculdade Metodista de Santa Maria (FAMES). Coordenadora da Cátedra de Direitos Humanos da FAMES. Tem experiência na área das Propeleuticas, Direito da Criança e do Adolescente, Direito Constitucional e Direito Civil. É integrante do Núcleo de Estudos Jurídicos e Sociais da Criança e do Adolescente - NEJUSCA, da UFSC e do Grupo de Pesquisa Teoria Jurídica no Novo Milênio, da UNIFRA.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

ABSTRACT

In view of the growing discussion about gender-based violence in society, there was a need to deepen the issue of women's fundamental rights disregarded at the time of childbirth in the case of obstetric violence and its relation to the empowerment and autonomy of women. Specifically, this article intends to analyze the whole problem of invasive and outdated medical procedures without the actual indication at the moment of delivery that hurt the woman's autonomy power and how it is possible to avoid this injury. Specifically, it plans to perform a historical analysis of the evolution of the childbirth, the institutionalization of the same and the consequent medicalization of the woman's body. In addition, it is proposed to note the correlation of obstetric violence and violation of women's fundamental rights. Finally, she plans to analyze humanized childbirth as a possible solution to the noninjury of women's autonomy, together with the need for public policies to achieve it, in order to treat women with more humanity. For that, the deductive approach method and monographic procedure method are used.

Keywords: Empowerment; Feminism; Fundamental Rights; Humanized Childbirth; Obstetric Violence.

INTRODUÇÃO

Desde as civilizações mais antigas da humanidade, o nascimento é um acontecimento que sensibiliza as pessoas, principalmente a mãe, aquela que sempre deverá ser tratada com dignidade e respeito durante todo o ciclo gestacional. Nesse sentido, o presente estudo versa sobre os direitos fundamentais da mulher desrespeitados na hora do parto no caso da violência obstétrica e a sua relação com o empoderamento e autonomia da mulher. Um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, em particular no parto, descreve um panorama alarmante. Em todo o mundo,



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

várias mulheres relatam experimentar abusos e desrespeito durante a assistência ao parto nas instituições de saúde, atitudes que caracterizam a denominada violência obstétrica.

No Brasil, uma em cada quatro mulheres descrevem que sofreram algum tipo de violência obstétrica durante o parto, estatística preocupante, visto que uma série de direitos e princípios estão sendo violados, como a dignidade da pessoa humana, a liberdade e a diversidade. Entre as propostas para a resolução desta questão se dá com o parto humanizado, o qual consiste em direcionar toda atenção às necessidades da mulher e dar-lhe o controle da situação na hora do nascimento, mostrando as opções de escolha baseados na ciência e nos seus direitos.

Para uma melhor compreensão, o artigo em tela foi dividido em dois tópicos específicos, quais sejam a análise histórica da evolução do parto e a sua vinculação com a autonomia da mulher, sendo que nessa estrutura o primeiro eixo temático versa sobre o que é violência de gênero, a análise histórica da evolução do parto no mundo e no Brasil, nele é tratado desde como funcionava o parto antigamente através das denominadas parteiras até a chegada do parto feito em hospitais e com assistência médica e sobre a questão da medicalização e institucionalização do parto e do corpo da mulher.

Após o segundo tópico apresenta o parto humanizado e como ele se insere como uma possível solução para a violação dos direitos fundamentais da mulher que ocorrem na violência obstétrica e a importância das políticas públicas para a sua concretização, além de conceituar o que é empoderamento feminino. Neste artigo como subsídios metodológicos utiliza-se o método de abordagem dedutivo, pois parte de uma premissa geral para uma conclusão específica, tratando a respeito da necessidade de humanização do parto. Já como método de procedimento emprega-se o monográfico, pois aproveita-se de uma ampla pesquisa bibliográfica, sempre abordando as linhas teóricas mais reconhecidas que tratam do assunto em questão.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

1 ANÁLISE HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DO PARTO

Para uma melhor compreensão do tema em questão, inicialmente será conceituada a violência de gênero e a sua relação com o machismo. Logo após, parte-se para a evolução da história do parto no mundo e no Brasil. Para finalizar, irá se debater a questão da institucionalização do parto e a consequente medicalização da mulher na sociedade.

Ao decorrer da história da humanidade, as assimetrias de gênero foram vistas como um modelo de arquitetura familiar e social e estão presentes nas relações políticas, jurídicas e culturais (COSTA; MAZZARDO, 2014, p 02). Desse modo, o gênero como categoria de análise emergiu através de críticas feministas às abordagens que justificavam as desigualdades de poder entre homens e mulheres a partir de sua anatomia sexual, assim, o conceito surgiu para contestar um suposto “alicerce biologicamente determinado” que serviu para construir a relação hierárquica entre homens e mulheres, reservando às mulheres a condição de ser reprodutivo e inferior ao homem (ARAUJO; SIMONETTI, 2013, p. 9).

Para Bourdieu (2003, p. 15) os esquemas de percepção, apreciação e ação incorporados ao longo de um trabalho social são construídos a partir de uma visão androcêntrica dominante que resulta na produção social de dois corpos, o da mulher e o do homem e de dois gêneros, o feminino e o masculino. Neste sentido, gênero é um conceito diferente do conceito biológico de sexo, representando os aspectos sociais das relações entre os sexos, construídos e expressados em muitas áreas da vida social, incluindo ideologia e cultura, sem se limitar a isso. Já o *sexo* refere-se ao biológico, restrito ao homem e mulher, enquanto gênero está ligado à construção social do masculino e feminino, ou seja, como ser homem e como ser mulher (LOURO, 1996, p. 12-19). Ou seja, o macho e fêmea são realidades naturais, enquanto homem e mulher são conceitos culturais, como explica o autor Bezerra (2011, p. 04):



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

As relações de gênero assumem formas diferentes, em diferentes sociedades, períodos históricos, grupos étnicos, classes sociais e gerações, tendo em comum a diferenciação entre homens e mulheres. Nesse passo, *macho e fêmea* são realidades naturais, enquanto que *homem e mulher* são conceituações culturais. O conceito de gênero presta-se, pois, para a distinção entre a dimensão ideológica e a social, existindo então, um sexo físico e um social, sendo o comportamento de uma pessoa de determinado sexo, produto das convenções sociais acerca do gênero, em um contexto social específico (BEZERRA, 2011, p. 04).

As assimetrias de gênero foram aceitas e difundidas enquanto modelo de arquitetura social, considerando que os tipos de relações existentes, em sua maioria, estiveram compreendidos e representados a partir de referenciais eminentemente masculinos, dessarte, a figura da mulher sempre esteve condicionada a um paradigma de dependência e submissão feminina em face destas desigualdades que hierarquicamente ordenavam a estruturação social (COSTA; MAZZARDO, 2013, p. 02). Logo, os homens foram durante muito tempo os únicos historiadores, e com isso, a história das mulheres é bastante recente, sendo, portanto, a história escrita pela versão dos homens, através de representações masculinas e relatadas como caráter universal, tendo a mulher invisibilidade perante os acontecimentos (COLLING, 2004, p. 13).

Como afirma a autora Griffin “os homens ao fazerem a ciência, (re)produzem a hierarquização dos gêneros, definindo a “outra”, definem a si mesmos, (re)produzindo o seu próprio poder.” (GRIFFIN, 1999, p. 81). Desta maneira, a masculinidade e feminilidade se apresentam como uma elaboração social que mantém fixas as posições hierárquicas e lugares de poder, desigualdades e discriminações, diferenciando o homem à frente do



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

poder econômico, racional e a mulher com o controle de afetos que vinculam à família e âmbito doméstico (MARTÍN, 2005, p. 61-62).

A distinção entre os sistemas de gênero e sexualidade são indispensáveis para a compreensão dos direitos sexuais, resgatando a perspectiva de emancipação no terreno da sexualidade. Este caminho, inclusive, pode prevenir o deslizamento dos discursos quanto à vitimização das mulheres, facilmente capturada por estratégias moralizantes (CORRÊA, 1999, p. 47). Então, ao passo que se entende a importância de distinguir os conceitos de gênero e sexualidade e sua influência na submissão e violência contra as mulheres, passa-se à evolução história do parto que, através da influência do sistema de gênero, resultou na perda da autonomia da mulher para a supremacia do homem na área médica.

A maneira como é tratada a questão dos cuidados e das intervenções durante processo de parir sofreu inúmeras modificações através dos anos, principalmente em decorrência aos avanços da tecnologia e desenvolvimento da medicina. Apesar de esses avanços terem contribuído consideravelmente para a queda da mortalidade materna e infantil, esse mecanismo adotado infelizmente acarretou na perda da autonomia da mulher sobre seu poder de decisão sobre seu próprio corpo. Antigamente o parto ocorria exclusivamente através de parteiras ou comadres, essas figuras que eram pessoas de confiança da gestante ou eram aquelas que possuíam reconhecida experiência na comunidade, que continham algum saber acerca dos mecanismos de reprodução (PROGIANTI; BARREIRA, 2001, p. 96).

Neste período, o atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos, pois não estava à altura do cirurgião masculino. Além disso, os médicos eram raros e pouco familiarizados em assistir o parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 655).

A partir do século XVI, época em que a igreja católica era dominante no cenário político e social, houve supostamente uma preocupação com a possibilidade das parteiras



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

serem cúmplices de infanticídios e abortos. Com isso, tem início à inserção gradativa do homem neste processo, através de comissões municipais ou eclesiásticas nas quais as parteiras deviam se submeter para que pudessem praticar a sua profissão, através de atos que comprovassem a fé cristã, o saber batizar o recém-nato moribundo, e moral e reputação ilibada. Essas regulamentações coincidiram com o processo de perseguição das feiticeiras e entre elas, de muitas parteiras (MELLO, 1983, p. 15).

Na verdade, neste período ocorreu a execução de inúmeras parteiras como uma medida do Estado e da Igreja para que se acabasse com o monopólio do saber das mesmas, e com isso, só fosse possível a obtenção deste conhecimento através das faculdades do Renascimento, reservando esse saber apenas aos homens (já que as mulheres eram privadas do acesso à educação). Segundo conceituam Ehrenreich e English (1976, p. 15):

A caça às bruxas e a extinção das curandeiras e parteiras fazem parte da história de exclusão das mulheres da prática médica como estratégia do Estado e da Igreja para monopolizar o saber acerca da cura das doenças, e legitimá-lo por meio das universidades criadas no Renascimento. Ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e educação universitária, a medicina transformouse em atividade reservada aos homens, já que nesta época apenas eles poderiam ter acesso à educação. (EHRENREICH; ENGLISH, 1976, p. 15)

Griffin e Costa (1999, p. 323) ao falarem sobre o início da dominação do corpo feminino, relatam que de uma forma decisiva e particular a igreja teve como grande aliada a medicina, pois médicos e padres tinham o acesso à intimidade das mulheres, mesmo que com objetivos distintos, um voltado para cuidar de sua alma e o outro para cuidar de seu



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

corpo. Com essa regulamentação, era exigido que um cirurgião sempre assistisse as parteiras, apesar das mesmas possuírem mais prática e conhecimento que os médicos neste momento. Porém, ao decorrer do tempo, devido à impossibilidade do ingresso das mulheres ao ensino, a prática das parteiras foi progressivamente colocada na marginalidade.

No século XVI houve uma aproximação médica no parto por meio do uso do fórceps obstétrico criado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain. Este utensílio influenciou na aceitação da obstetrícia como uma disciplina técnica, científica e dominada pelo homem (SEIBERT *et al*, 2005, p.247). Segundo Osava e Mademe (1995, p. 655) pelo fato de as parteiras não terem condições econômicas de adquirir o fórceps e de serem incapazes de dominar novas técnicas por não possuírem acesso à educação, seu uso permitiu a intervenção masculina e a introdução da ideia do parto como um ato controlado pelo homem.

Com o advento do capitalismo industrial, a prática da assistência ao parto se consolidou como exercício monopolizado dos médicos e deste modo, foi legitimado e reconhecido, em meio de discursos de exaltação da maternidade (SEIBERT *et al*, 2005, p. 248). O nascimento da medicina moderna, consolidada como saber científico, pode ser situado no fim do século XVIII, conforme Costa *et al* (2006, p. 364):

O século XVIII configura a emergência da Medicina como área de saber tecnicocientífico, de domínio masculino que, desde então, se vê cada vez mais entrelaçada aos interesses de controle populacional, disciplinarização da força de trabalho e higienização dos espaços e das relações sociais (COSTA *et al*, 2006, p. 364).



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

O conhecimento cirúrgico e tecnológico no final do século XVIII aproxima a medicina do parto e com isso possibilita a criação da obstetrícia como área de saber médico e a quebra da hegemonia das parteiras. Com isso, o parto deixou de ser privado, íntimo e feminino e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença e interferência de outros atores sociais, tornando o parto em um momento desconhecido e amedrontador (MOURA; WOLFF, 2004, p. 280). Neste período o papel social do médico é ampliado, incorporando funções como guardião da moral e dos costumes, tal como, educador (COSTA *et al*, 2006, p. 04).

Porém, foi durante século XIX que foram desenvolvidas novas técnicas de cirurgias, anestésias mais relevantes e com isso, nasce a institucionalização do parto. Com esse aprimoramento, o índice de mortalidade materna começou a diminuir, contribuindo com a aceitação da hospitalização perante a sociedade.

A cesariana, por exemplo, apesar de existirem registros que esta já era efetuada em épocas milenares para salvar o bebê da gestante que veio a óbito (PARENTE *et al*, 2010, p. 481), atingiu seu ápice no século XX. Como a cesariana é uma cirurgia economicamente viável, na área pública, embora gere mais custos, ajuda a desobstruir uma estrutura precária. Já na área privada, gera mais ganho aos médicos. Desta maneira, ao longo do tempo, foi criada uma cultura de cesarianas eletivas sem o necessário respaldo médico para tal ato, como uma prática comum, transmitida de professores e alunos como método que em sua maioria não possui respaldo científico (CUNHA, 2015, p.20).

É neste período que ocorre a medicalização do corpo feminino, fato que se aliou ao discurso de exaltação da maternidade, um processo que teria mudado substancialmente a valorização da vida feminina na sociedade ocidental, na medida em que permitiu o desenvolvimento de técnicas que aumentaram a sobrevivência materna (VIEIRA, 1999, p. 70). Costa *et al* (2006, p. 7) definem a medicalização do corpo feminino:



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

A necessidade de controlar as populações, aliada ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher, transformou a questão demográfica em problema de natureza ginecológica e obstétrica, e permitiu a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber, ou seja, a medicalização do corpo feminino (COSTA *et al*, 2006, p. 7).

Destaca-se que em um primeiro momento a posição das mulheres frente à medicalização não foi propriamente de vítima, as mulheres de classes mais altas não aceitavam sentir mais dor do parto e não desejavam correr mais riscos, consolidando assim o processo de hospitalização do parto também no século XX (VIEIRA, 1999, p. 71).

Um dos importantes eventos que contribuiu para a medicalização do corpo feminino foi a necessidade de controlar as populações, conjuntamente ao fato de a reprodução ser focalizada na mulher. A questão demográfica foi transformada em problema de natureza ginecológica e obstétrica, permitindo a apropriação médica do corpo feminino como objeto de saber. Destacase também que a exaltação e hegemonia do médico como profissional responsável por ordenar e normalizar questões referentes ao corpo feminino não é recente, essa conceituação foi construída conjuntamente com a construção da medicina como área de saber científico (COSTA, *et al*, 2006, p.7).

Entretanto, apesar da hospitalização ter favorecido na queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, pela necessidade de internação, como por exemplo, a separação da família, remoção de roupas, ritual de limpeza com enema e o jejum. Sobre o controle da saúde das mulheres e o Estado, dispõe Nagahama e Santiago (2005, p. 656):



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

A reconstrução histórica dos programas de saúde materno-infantil demonstrou que o controle ideológico sobre a saúde das mulheres traduzia-se em formas de controle da sua sexualidade como veículo da reprodução, exercido através do aparato institucional da família e do Estado (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p.656).

Nessa esteira, a medicalização da maternidade surge baseada no estereótipo da 'natureza feminina', em uma época em que ser mãe transforma-se de destino em dever patriótico. Mais tarde, o projeto de medicalização do corpo feminino será justificado pelas preocupações eugênicas com a formação da sociedade (VIEIRA, 1999, p 74). Desta forma, o parto deixou de ser um momento sutil para se tornar um momento de risco e sofrimento para a mãe e o bebê. O médico passou a ocupar o centro de toda a cerimônia do nascimento, sendo, portanto, o destaque do evento, já que ele é o responsável por todo sucesso do procedimento e alívio das dores, ficando deste modo, a mãe num espaço secundário em seu próprio parto (CUNHA, 2015, p. 27).

No Brasil o desenvolvimento da obstetrícia não ocorreu de forma diferente da Europa. No período colonial, as parteiras eram detentoras da arte de partejar, eram elas que possuíam o saber empírico e praticantes de artes místicas como forma de minimizar o sofrimento das gestantes. Todavia, a evolução da obstetrícia se deu de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que tivessem ido estudar na Europa (SEIBERT *et al*, 2005, p. 247).

A violência existe desde os tempos primordiais e à medida que o homem construiu a sociedade, uma vez que a mesma adquiriu novas formas de se manifestar, como por exemplo, a violência de gênero. Já, com relação à violência contra a mulher, esta inclui várias manifestações, como, por exemplo, assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais e também através da violência obstétrica. Estes atos podem ser



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

cometidos por diversos perpetradores, como os parceiros, familiares, conhecidos ou por agentes da saúde.

Acerca o tema, Stacanela e Ferreira (2010, p. 21) comentam:

[...] A naturalização da violência no cotidiano das mulheres é um dos primeiros paradigmas a ser desconstruído, dificultando a identificação de situações que caracterizariam a mulher como vítima de discriminação e opressão de gênero. [...] em pleno terceiro milênio, ainda existem mulheres dominadas, que não percebem quando são alvo de violência de gênero. De um modo geral, muitas ainda consideram naturais as desigualdades e têm cristalizado em seus processos de socialização que ocupam lugar subalterno em relação aos homens (STACANELA; FERREIRA, 2010, p.21).

Conforme comentado anteriormente, a violência contra a mulher também pode aparecer através, até mesmo, dos agentes de saúde. Desta forma, a respeito do modelo hospitalar dominante atualmente e a presente hostilidade com a gestante no seu parto, conceitua Cunha (2015, p. 27):

No modelo hospitalar dominante do século 20, a mulher deve ficar deitada na posição de litotomia, com as pernas abertas, em um ambiente hostil e gelado, imobilizada, desacompanhada – ou assistida por pessoas desconhecidas – e com o funcionamento do útero acelerado, com alta probabilidade de intervenções cirúrgicas. É separada de seus parentes, de suas roupas e de tudo que lhe cause a



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

sensação de aconchego para entrar na rotina médica e ficar à disposição do profissional. Esta tecnocracia do nascimento acabou levando a outro desvirtuamento cultural: o parto é um momento de muito sofrimento, não só físico, mas também psicológico, que pode ser evitado pela cesariana eletiva. Mais uma vez, um procedimento médico desnecessário tornase instrumento de salvação. (CUNHA, 2015, p. 27).

Assim, são várias as práticas hospitalares que constituem este tipo de violência contra a mulher, como por exemplo a episiotomia⁴ e o exagero de cesarianas desnecessárias, os quais acabam por atentar contra a sua dignidade, integridade, liberdade, saúde e seu direito à informação. Portanto, para que a violência obstétrica seja erradicada e o parto se torne um momento agradável e seguro como deve ser, é necessário que os direitos fundamentais acima caracterizados, como à autonomia, liberdade, dignidade da mulher, o direito à saúde e a informação, sejam priorizados e respeitados, sendo que a melhor maneira de alcançar esse objetivo é através do parto humanizado, como se verá a seguir.

2 O PARTO HUMANIZADO COMO UMA POSSÍVEL SOLUÇÃO AO NÃO FERIMENTO DA AUTONOMIA DA MULHER

⁴ A episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal. É realizado com tesoura ou bisturi e necessita de sutura (ZANETTI, 2009, p.5). Segundo a OMS (1996), ela é uma operação ampliadora para acelerar o desprendimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau (incluindo mulheres que tiveram laceração de 3º grau em parto anterior). Consoante Zanetti (2009, p.368), ainda não há um consenso sobre qual seria o índice ideal de episiotomias a serem realizadas, mas a recomendação da Organização Mundial da Saúde é de 10%, bem distante do que ocorre na realidade. Ademais, embora as indicações e vantagens da episiotomia não estejam em consenso, as complicações desse procedimento são amplamente divulgadas, como infecções, hematomas, dor no pós-parto e até mesmo morte.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

Neste presente tópico, faz-se necessário a conceituação do que é o empoderamento feminino e qual é a sua relação com o parto humanizado. Posteriormente, será explicitado o que é o ato de humanizar um parto e a necessidade da atuação do poder público para a concretização da defesa dos direitos fundamentais da mulher. Por fim, como uma possível solução à violência obstétrica e garantia dos direitos da mulher será apresentado o projeto de Lei 7633/2014 sobre o parto humanizado do Deputado Jean Wyllys.

Na sociedade brasileira, é notável a cultura patriarcal baseada na autoridade de dominação contínua, imposta pela marca de gênero nos relacionamentos familiares e que também permeia toda a organização da sociedade. Este modelo começou a ser amplamente contestado no final do milênio, tendo como força o feminismo e a sua identidade coletiva que se formara, movendo processos inseparáveis, como a transformação do trabalho feminino e a conscientização da mulher (CASTELLS, 2008, p. 04). Por isso, a questão do empoderamento não é como uma simples conquista de poder por quem não tinha, mas uma mudança significativa no poder que a mulher tem ou ao qual pode aspirar (RIBEIRO, 2000, p. 18). Dentro deste cenário, destacase que apesar de todos os avanços, homens e mulheres ocupam posições diferentes no acesso e exercício do poder, o que acaba por caracterizar os seus valores e visões de mundo, conforme considera Pitanguy (2011, p. 29):

A identidade feminina tem sido marcada, ao longo dos séculos, pela vivência da exclusão do poder institucional. É importante ter presente a carga simbólica que acompanha o exercício do poder e o fato de que a secular ausência da mulher neste espaço tem efeitos perversos na conformação de uma percepção social da mulher como inadequada e incapaz para tais funções. (PITANGUY, 2011, p. 29).



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

Sendo assim, pode-se afirmar que a capacidade de resistência se liga diretamente ao processo de empoderamento. Este se traduz nas ações constitutivas de autonomia por parte das mulheres, tanto no plano individual como no plano coletivo. Consoante Costa D'Oliveira (2013, p. 402):

[...] o empoderamento implica no reconhecimento das restrições sociais a que a categoria está submetida e da necessidade de reversão dessa situação, por meio de mudanças em um ambiente amplo/público (inserção em cargos de poder/decisão, educação não sexista e serviços de saúde adequados) e também em conjunturas mais específicas ou individuais (aumento de autoestima e autonomia, reorganização do trabalho doméstico, etc). Assim, o empoderamento foi, e ainda o é, uma conquista gradativa, a qual não se perpetuou em todas as ambiências, sendo necessária, portanto, que a sua operacionalização se dê de maneira crescente e contínua. (COSTA; D'OLIVEIRA, 2013, p.402).

Dessa maneira, para que seja possível o empoderamento feminino com relação ao parto é preciso que as mulheres tenham amplo acesso à educação, bem como, é também necessária a criação de políticas públicas voltadas para uma maior independência feminina, como por exemplo, a instituição do parto humanizado, como será demonstrado a seguir.

O parto humanizado é aquele voltado e centrado na mulher, respeitando a sua autonomia e protagonismo. É aquele que ocorre sem intervenções desnecessárias, sem cesárea pré-agendada, sem fórceps, sem episiotomia, entre outros. Apesar de algumas destas intervenções poderem ser necessárias, o empoderamento feminino entra com essencial importância para que ocorra o diálogo com o obstetra para discutir acerca das



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

medidas que serão tomadas. O termo empoderar está ligado à tomada de conhecimento e informação para benefício próprio da mulher, com a intenção de combater qualquer atitude violenta dentro da maternidade, e assim, tornar-se protagonista do próprio parto e saber se é necessário ou não cada intervenção que será feita, não apenas seguindo um protocolo médico (MIRANDA, 2015, p. 05).

O modelo humanístico, conforme a descrição de Floyd (2001, p. 23) consiste em uma corrente de pensamento que adota atitudes não-convencionais para nortear a assistência obstétrica, e que surge a partir dos questionamentos ao modelo biológico-medicalizado, com grande influência do movimento feminista. A humanização do parto vem como uma forma de garantir uma assistência baseada na evidência científica e na segurança e não nas conveniências de instituições ou de profissionais. Humanizar o nascimento é adequá-lo a cada mãe, a cada pai, ou seja, a família e pessoas envolvidas. O parto deve voltar a ser visto como um processo fisiológico e feminino (SEIBERT *et al*, 2005, p. 249).

Salienta-se a importância do profissional de saúde na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, de forma a instrumentalizar a gestante, tornando-a sujeito ativo em todos os acontecimentos relacionados ao parto, conforme conclui Seibert *et al* (2005, p. 249):

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e conseqüentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê. Entretanto, vemos que na prática ninguém empodera ninguém. O obstetra (médico ou



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

enfermeiro) pode dar excelentes condições para que a gestante conduza o próprio parto, mas se a mesma não estiver interessada, não for o seu momento, todos os esforços serão em vão (SEIBERT *et al.*, 2005, p. 249).

Promover o parto humanizado é um grande desafio, é a busca em contribuir para que essa experiência, antes tão natural, seja no ambiente hospitalar um ritual mais próximo do “familiar”, integrando nesse processo de parir os recursos tecnológicos e de competência humano-científica, aos quais a mulher e o recém-nascido tem como seu por direito (REIS; PATRÍCIO, 2005, p. 30).

O termo "humanizar" refere-se a uma atenção que parte do reconhecimento dos direitos fundamentais de mães e crianças e do direito à tecnologia apropriada na assistência. Esse conjunto de demandas incluiria o direito à escolha de local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e os apoios emocionais, sociais e materiais no ciclo gravídico-puerperal; a proteção contra abuso e negligência (QUEIROZ *et al.*, 2003, p. 30).

Como já mencionado, as rupturas já registradas na estrutura de domínio masculino em decorrência do movimento feminista vêm crescendo através dos anos. Entretanto, apesar do declínio do modelo patriarcal, ainda permanecem ideologias cristalizadas que deixam as mulheres em situação de vulnerabilidade. É neste quadro que entram as políticas públicas como potenciais fontes de concretização do processo de emancipação e empoderamento das mulheres enquanto participantes ativas dos procedimentos decisórios (COSTA; MAZZARDO, 2014, p. 3). Um dos grandes desafios do Estado é transformar a violência contra a mulher, de problema privado em problema de saúde pública, devendo ser priorizado pelo Estado, conforme Stacanela e Ferreira (2010, p. 22):

REVISTA DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS (UNIFAFIBE)

DISPONÍVEL EM: WWW.UNIFAFIBE.COM.BR/REVISTA/INDEX.PHP/DIREITOS-SOCIAIS-POLITICAS-PUB/INDEX

ISSN 2318-5732 – VOL. 5, N. 1, 2017



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

Coloca-se então um desafio às políticas públicas: transformar a violência contra a mulher, de problema privado (resolvido pelo próprio casa) em problema pública, ou melhor, em problema de saúde pública, que deve ser priorizado pelo Estado. A violência de gênero é uma construção social que fortalece a dominação masculina e oprime as mulheres. Embora sejam percebidos avanços positivos nas últimas décadas, por meio da formulação de políticas públicas voltadas para a proteção da mulher em situação de violência, ainda são fortes as marcas das violências de milhares de mulheres brasileiras. (STACANELA; FERREIRA, 2010, p. 22)

Nessa seara, o Brasil ao decorrer dos anos tem efetuados vários programas de políticas públicas relacionados à mulher. Inicialmente a proteção da saúde materno-infantil tornou-se alvo de políticas governamentais que foram consolidadas nos programas de governo da década de 1920, com a reforma sanitária de Carlos Chagas. Já, o primeiro órgão governamental voltado exclusivamente ao cuidado materno infantil foi o Departamento Nacional da Criança (DNCR) criado em 1940. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que coordenou, em nível nacional, a assistência materno-infantil (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 652).

Com a preocupação de prevenir as gestações de risco, o Ministério da Saúde criou em 1978 o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR). A ideia de sua elaboração foi regulamentar as ações de assistência especial e especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, à prevenção de gestações futuras, quando indicada, e ao diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade. Todavia, esta proposta não foi efetivada devido à crise econômica que se agravava e pelas pressões de grupos de



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

interesses relacionados às ligações burocráticas entre os dirigentes dos programas de assistência médico- previdenciária e os empresários do setor da assistência médica (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 652).

Dessa maneira, na década de 1970, houve interesse de grupos organizados de mulheres em conhecer este modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, denominado de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), bem como em transformá-lo em um programa nacional. Os movimentos de mulheres insistiram que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse um componente de educação sexual e em saúde. Portanto, em 1983, um grupo que reuniu sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 654).

Destaca-se, desta forma, conforme Nagahama e Santiago (2005, p.654) o surgimento do PAISM se deu em consequência de três forças:

[...] As pressões internacionais para que os países em desenvolvimento controlassem o crescimento populacional; as pressões internas dos movimentos sociais por mudanças na política de saúde; e as pressões dos movimentos de mulheres no sentido de que elas fossem tratadas como cidadãs, na plenitude de seus direitos, o que incluía a atenção à sua saúde como um todo, e não apenas como mães em potencial (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005, p. 654).

Entretanto, apesar de todo empenho efetivado com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ainda ocorrem inúmeros casos de violência obstétrica decorrentes da falta de autonomia e empoderamento da mulher na hora do parto. Diante



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

disso, é necessário que seja feita uma medida com um maior poder coercitivo, como o Projeto de Lei 7633/2014⁵ que tramita na Câmara dos Deputados, de autoria do Deputado Jean Wyllys, que dispõe sobre a humanização e assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico puerperal e dispõe sobre as providências a serem tomadas em caso de violência obstétrica, conforme será demonstrado a seguir.

O projeto de Lei do Parto Humanizado está dividido em 31 artigos e 4 títulos, quais sejam,

Título I - Das Diretrizes e dos Princípios Inerentes aos Direitos a Mulher durante a Gestação, Pré-Parto, Parto e Puerpério, Título II - Da Erradicação da Violência Obstétrica,

Título III - Do Controle dos Índices de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas e Título IV - Das Disposições Gerais (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

Primeiramente, ele define expressamente o que é a violência obstétrica:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal

⁵ Pesquisa atualizada até o dia 07 de novembro de 2016.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

Como uma forma de erradicação da violência obstétrica é previsto a constituição de uma Comissão de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO) que terá como um dos objetivos apurar os casos dessa violência e a notificação dos Conselhos Regionais de Medicina e Enfermagem. Outro objetivo é o controle, monitoramento e mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesarianas no país, atendendo a média preconizada pela Organização Mundial da Saúde, pactuada com o Poder Executivo Federal, exceto em hospitais-maternidades que possuam maior demanda de atendimentos de alto risco, que deverão pactuar oficialmente seus próprios índices (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

Nesta medida nota-se claramente a necessidade de uma maior atuação do Estado através de políticas públicas para que seja assegurado à mulher a não ocorrência de violência obstétrica em seu parto. Acerca disso, Cunha (2015, p. 39) afirma que é importante salientar que o Estado tem o dever de realocar recursos, tanto financeiros quando de pessoas, para que possibilitem a execução do parto humanizado. Com relação aos direitos fundamentais da mulher que serão preservados caso o projeto de lei em questão entre em vigor, destacam-se que o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto estão classificados como princípios norteadores da assistência humanizada no parto e no nascimento, conforme o inciso II, do artigo 3º, da Lei 7633/2014 (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

Desse modo, já direcionando para os direitos fundamentais em espécie, inicia-se a discussão do direito de liberdade/autonomia. É previsto como uma diretriz a garantia à



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio, conforme o inciso IV do artigo 2º do Projeto de Lei 7633/2014. É também positivado que deverá a mulher ser tratada com respeito de modo individual e personalizado para garantir a sua intimidade e respeito em relação às suas crenças e cultura, consoante o inciso IV, do artigo 2º e, inciso I, do artigo 4º, respectivamente, do Projeto de Lei 7633/2014 (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

No que concerne à violação da dignidade da mulher, são previstos XXII incisos no artigo 14 que descrevem e exemplificam ofensas verbais e físicas que devem ser coibidas, situações caracterizadoras da violência obstétrica, conforme se verá com alguns incisos a seguir:

Art. 14. [...]

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz; II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade; [...]

XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas;

XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical; [...] (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

Tal Projeto logo de início vem demonstrando a intenção de resguardar o direito à saúde, constitucionalmente estabelecido, tendo em vista que em seu inciso I, do artigo 2º é assegurado a mulher que a assistência humanizada à gestação, pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério não poderá comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto (CONGRESSO NACIONAL, 2014). Um fator bastante recorrente neste mesmo Projeto é a necessidade de atender o direito à informação à mulher, trazendo como um princípio o fornecimento de informações adequadas e completas à mulher, o mesmo modo de que a(o) acompanhante, referente aos métodos e procedimentos disponíveis para o atendimento à gestação, pré-parto, parto e puerpério, de acordo com o inciso III do artigo 3º do Projeto de Lei 7633/2014 (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

Ademais, é reconhecido como direito de toda mulher ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto, ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas e ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da lactação e receber apoio para amamentar o recém-nascido desde a primeira meia hora de vida,



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

reiterando o direito fundamental à informação, conforme os incisos VI, V e VI do artigo 4º do Projeto de Lei 7633/2014 (CONGRESSO NACIONAL, 2014).

Oliveira *et al.* (2002) afirmam que as expectativas quanto ao tipo de parto estão relacionadas à maneira como as informações sobre o assunto são disponibilizadas e acessíveis às gestantes. A falta de informação ligada ao medo de dores faz com que as mulheres acabem por preferir uma cesariana, ressaltando, portanto, novamente, a importância do acompanhamento e da assistência pré-natal como um instrumento educativo sobre os benefícios do parto humanizado para a sua saúde e do bebê.

Para finalizar, é de extrema importância mencionar a proposta do denominado “Plano Individual de Parto”, proposta esta que engloba todos os direitos fundamentais da mulher, como a autonomia, dignidade, informação e saúde, conforme os artigos 5ª e seguintes do Projeto de Lei 7633/2014. Este Plano seria elaborado individualmente para cada gestante, nele a mulher iria manifestar a sua vontade sobre:

I - à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005; II - à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal; III - à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor; IV - à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a); V - ao modo como serão monitorados os batimentos cardíacos; VI - ao uso de posição verticalizada no parto; VII - ao alojamento conjunto (CONGRESSO NACIONAL, 2014).



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

Durante este plano, a gestante deverá ser informada de forma clara e precisa sobre as principais rotinas e procedimentos de assistência ao parto, tanto como as implicações de cada um deles para o seu bem-estar físico e emocional e o da criança. Ademais, as vontades constantes no Plano Individual de Parto somente poderão ser alteradas se, comprovadamente, durante o trabalho de parto, forem necessárias intervenções para garantir a saúde da mãe e do concepto em condições de urgência ou risco de morte, conforme artigos 7º e 8º do Projeto de Lei 7633/2014 (CONGRESSO NACIONAL, 2014). Com relação à saúde de criança, ressaltase que conforme Bascúñan (2004, p. 43) por vínculo mãe e filho se entende uma relação de afeto entre ambos que é ativa e recíproca. Desde o início mãe e filho participam em uma completa interação onde o comportamento de um é regulado pelo comportamento do outro.

Em outras palavras, tanto o bebê como a mãe, contribuem na sua interação. Desta maneira, ao passo que a mãe recebe a assistência diferenciada e individual no período da gestação, préparto, parto e puerpério, o bemestar físico e psicológico do bebê também estará assegurado. Ressalta-se que apesar da cesariana ter contribuído com a queda da morbimortalidade materna e perinatal, a sua prática indiscriminada, além de consumir recursos do sistema de saúde, viola o exercício dos direitos reprodutivos por parte das mulheres que se veem incapazes de engravidar, gerar e parir isentas de intervenções médicas. Ademais, os riscos advindos do parto cesáreo são bem maiores, tanto para mãe quanto para o bebê (SEIBERT *et al*, 2005, p. 250).

Por fim, vale destacar que a jurisprudência se posiciona de modo favorável à política de humanização do parto, inclusive demonstrando que não é necessária a presença obrigatória do médico nas denominadas “Casas de Parto”, sendo possível apenas a presença de um enfermeiro obstétrico preparado para um parto humanizado. Nesse sentido, tem-se o voto do Desembargador Federal José Antonio Lisboa Nevoa, revisor do acórdão da Ação Civil Pública de número 0010512-82.2014.4.02.5101 a seguir (NEIVA, 2015, p. 08):



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

[...] O art. 11, I, "i", da Lei 7.498/86, contudo, deve ser lido em consonância com o parágrafo único, alínea "b" do mesmo artigo, dispositivo segundo o qual incumbe ao enfermeiro obstetra "a identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico" (destacou-se). De acordo com a legislação em vigor, o enfermeiro até pode executar um parto sem distocia, independentemente da presença de um médico, mas desde que este, em caso de qualquer intercorrência, possa prestar atendimento num prazo razoável [...] (NEIVA, 2015, p.8).

Diante do exposto, para que inicialmente seja possível a solução da violação dos direitos fundamentais da mulher na hora do parto é necessária que políticas públicas trabalhem para concretizar a autonomia e o empoderamento da mulher na sociedade patriarcal existente, igualmente, diminuir a quantidade exacerbada de cesarianas que são praticadas no Brasil. Cumpre lembrar que o Projeto de Lei do parto humanizado surge como uma proposta de garantir à liberdade, dignidade, saúde e informação que toda mulher deve ter durante seu período de gestação, pré-parto, parto e puerpério, além de acabar de uma vez por todas uma das mais recorrentes violências contra a mulher, a violência obstétrica.⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

⁶ Com relação aos gastos pelo SUS no parto normal e na cesariana, vale referir que os valores não variam muito entre si. O valor de referência do parto normal é o equivalente a R\$ 574,00 e o da cesariana a R\$ 541,00, no ano de 2014. Apesar de o parto normal ter um valor um pouco mais alto, o procedimento pode levar até 12 horas, enquanto a cesárea leva, em média, 3 horas. (JORNAL DO AMANHÃ, 2014)



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

Em sede de apontamentos conclusivos é possível referir que o artigo teve como escopo principal o debate acerca da violência obstétrica e a consequente violação dos direitos fundamentais básicos de todas as mulheres, trazendo como uma possível solução o parto humanizado. Para tanto, inicialmente, apresentou-se a conceituação de violência de gênero, após partiu-se para a história do parto no mundo e, no Brasil, com a consequente institucionalização do parto e a medicalização do corpo feminino.

Em um segundo momento, foi realizada a conceituação do que é empoderamento feminino e a introdução do que é humanizar um parto. Demonstrou-se, assim, a necessidade de políticas públicas para a concretização e afirmação dos direitos das mulheres na sociedade e foi trazido o Projeto de Lei 7.633/2014 referente ao parto humanizado, no qual foram pontuadas as questões que podem suprir e reparar os direitos fundamentais violados em decorrência da violência obstétrica.

Este estudo mostrou-se relevante e pertinente ao analisar a violação dos direitos fundamentais conjuntamente com o empoderamento e autonomia da mulher no momento do parto, bem como propõe, o parto humanizado, como um caminho mais compassivo. Ademais, comprovou-se uma nova opção para a conscientização das mulheres da importância em discutir, sobre a referida matéria. Também avaliou-se se os procedimentos médicos invasivos e desatualizados sem a real indicação no momento do parto e a sua relação com o ferimento do poder de autonomia da mulher, ou seja, se é possível uma alternativa para evitar este ferimento. Isto posto, conclui-se que para que as mulheres dentro desta sociedade possuam garantidos seus direitos é necessário que sejam tratadas como sujeitos ativos de seus direitos e de sua individualidade, não devendo ocupar uma posição secundária em um momento tão importante em suas vidas como a gestação e o parto de seu filho.

Os direitos à liberdade, informação, saúde e dignidade são subjetivos e fundamentais, sendo, portanto, a luta contra a violência obstétrica obrigação de Estado. As



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

políticas públicas têm um papel primordial para cessar com a violência contra a mulher, devendo a sua reparação estar entre as prioridades do governo. O empoderamento da mulher deve ser incentivado e sua autonomia respeitada, recebendo, portanto, a mulher um tratamento digno para que seja possível ela ser a protagonista de seu próprio parto, e não o médico.

O parto humanizado surge como uma garantia para as mulheres de que seus direitos fundamentais básicos serão respeitados, como por exemplo, a instituição de um plano individual do parto e também, com comissões especializadas para coibir atitudes abusivas, garantindo desta forma, que a mulher tenha a sua autonomia em conjunto com o seu devido empoderamento, além de ser uma alternativa para acabar de uma vez por todas com a violência obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCANTARA, Pedro Ivo; CAPARELLI, Estela. **UNICEF alerta sobre alto percentual de cesarianas no Brasil**. Nações Unidas no Brasil, 2011, Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-sobre-alto-percentual-de-cesarianas-no-brasil/>> Acesso em: 11 nov. 2016.

ANDI, Agência de Notícias dos Direitos da Infância, Artigo. **Acesso À Informação e Controle Social das Políticas Públicas**. Coordenação: Guilherme Canela e Solano Nascimento. Brasília, DF: 2009. Disponível em: <<http://www.andi.org.br/politicasdecomunicacao/publicacao/acesso-a-informacao-e-controle-social-das-politicas-publicas>>. Acesso em: 11. nov. 2016.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

ARAÚJO, Maria José de Oliveira; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes. Série Debates Em Direitos Humanos Questões De Gênero: Desafios Para A Efetivação Dos Direitos Das Mulheres, Vol. 1, In: **Plataforma de Direitos Humanos (Dhesca Brasil)**. Curitiba: Terra de Direitos. 2013. Disponível em:

<http://global.org.br/wpcontent/uploads/2014/03/980_publicacao_questoes_genero.pdf>
. Acesso em: 11. nov. 2016.

BASCUÑÁN, M. Luz. Apego Temprano Madre (Cuidador)-Hijo, 2004. In: **Pediatría Al Día**, 2004, 20/3; pg. 43 a 49. Chile.

BASSETE, Fernanda. **64% das grávidas não tiveram um acompanhante no parto no SUS.**

Jornal Estadão, 2013, Disponível em:

<<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,64dasgravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-no-sus,989603>> Acesso em: 11 nov. 2016.

BEZERRA, Paulo César Santos. **Direitos Humanos E Relações De Gênero**. 2011.

Disponível em: <<http://revistametodologiaufba.xpg.uol.com.br/arquivos/artigo016.pdf>>
Acesso em: 11 nov. 2016.

BOURDIEU, Pierre. A Dominação Masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. In: **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher**. Brasília:



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temasdeatuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-maternamenu/partoaborto-e-puerperio-assistencia-humanizada-a-mulher-ms>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

BRASÍLIA, Congresso Nacional. **Projeto De Lei 7633/2014. Dispõe Sobre A Humanização Da Assistência À Mulher E Ao Neonato Durante O Ciclo Gravídico-Puerperal E Dá Outras Providências.** Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em 10 nov. 2016.

CAMARA DOS DEPUTADOS, **PL 7633/2014**, 2015, Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade.** A era da informação: economia, sociedade e cultura; v 2. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

COLLING, Ana. A Construção Histórica Do Feminino E Do Masculino. In: **STREY, Marlene Neves; CABEDA, Sonia T. Lisboa; PREHN, Denise R. (Orgs.) Gênero e cultura: questões contemporâneas.** Porto Alegre: EDIPUC, 2004. Congresso de Direito de Família. Belo Horizonte: Del Rey, 2000.

CORRÊA, Sonia. "Saúde Reprodutiva", Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs). **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

COSTA, Marili Marlene Moraes; MAZZARDO, Luciane de Freitas, **Políticas Públicas De Inclusão Social: Provendo As Bases Da Igualdade De Gênero E Empoderamento Das Mulheres**. 2014. Disponível em:

<<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/viewFile/11806/1525>>.

Acesso em: 10 nov. 2016.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; D'OLIVEIRA, Mariane Camargo. A Articulação De Políticas Públicas Como Possibilidade De Fortalecimento Do Poder Feminino. In: **Anais do XXII Encontro Nacional do CONPEDI**, Curitiba, PR, mai/jun. 2013, p. 400-429.

Disponível em <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=e0f48a1058f0f020>>

Acesso em 11 nov 2016.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. **Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução**. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200007>.

Acesso em: 11 nov. 2016.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência Obstétrica: Uma Análise Sob O Prisma Dos Direitos Fundamentais**. 2015. 46 f. **Monografia (Bacharelado em Direito)** —

Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em:

<<http://bdm.unb.br/handle/10483/10818>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth**.

Austin (Tex): *International J Gynecol&Obst* 2001; 75:5-23. Disponível em:



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11742639>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Violência Obstétrica Você sabe o que é?** Disponível em:

<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>.

Acesso em: 11 nov. 2016.

EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. **Witches, Midwives and Nurses: a history of worm healers.** Londres: Writers and Readers Publishers Cooperative, 1976.

FERREIRA, ABH. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 4a ed. Curitiba: Positivo; 2009.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO E SESC. **Mulheres Brasileiras E Gênero Nos Espaços Público E Privado.** 2010. Disponível em:

<<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

GRIBOSKI, Rejane Antonello Griboski; GUILHEM, Dirce. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100013>. Acesso em: 11 nov. 2016.

GRIFFIN, Karen. Corpo Conhecimento Na Saúde Sexual: Uma Visão Sociológica. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Orgs). **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

JORNAL DO AMANHÃ. **ANS propõe que hospitais divulguem taxas de parto.** Jornal do Amanhã, 2014, Disponível em: < http://www.jmijui.com.br/publicacao-15925ANS_propoe_que_hospitais_divulguem_taxas_de_parto.fire> Acesso em: 11 nov. 2016.

LOURO, G. Nas Redes Do Conceito De Gênero. In: LOPES, MEYER E WALDROW. (Orgs.). **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 12-19 1996.

MARTÍN, Núria Beloso. **Os novos desafios da cidadania.** Tradução: Clóvis Gorczewski. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2005.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso De Direito Internacional Público.** 4. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

MELLO, V.H. Evolução histórica da obstetrícia: **A Marginalidade Social Das Parteiras E Da Mulher.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1983.

MIRANDA, Juliana Zasciurinski, **Violência Obstétrica:** Uma Contribuição Para O Debate A Cerca Do Empoderamento Feminino. 2015. Disponível em <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violenciaobstetrica_juliana-miranda.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2015.

MOREIRA, Vital; GOMES, Carla de Marcelino (Coords.). E Direitos Humanos das Mulheres. In: **Compreender os Direitos Humanos:** Manual de Educação para os Direitos Humanos. Centro Europeu de Formação e Investigação em Direitos Humanos e Democracia - Graz: Áustria, 2012.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; WOLFF, Leila Regina. **A Institucionalização Do Parto E A Humanização Da Assistência: Revisão De Literatura**. 2004. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/audiencia_pdf.asp?aid2=1030&nomeArquivo=v8n2a16.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NAGAHAMA I. E. Elizabeth; SANTIAGO Silva Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

NOBRE JÚNIOR, Edilson Pereira. **O Direito Brasileiro e o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana**. São Paulo: Juris Síntese, 2000. p. 4.

OLIVEIRA, Sonia Maria Vasconcellos *et al.* Tipo De Parto: Expectativas Das Mulheres. In: **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, Set./Out. 2002.

OSAVA RH; MAMEDE MV. **A Assistência ao Parto ontem e hoje: a representação social do parto**. J. Bras. Ginec. 1995. 105(2): 3-9.

PARENTE, Raphael C. M.; FILHO, Olimpio B. M.; BOTTINO, Nathalia G.; PIRAGIBE, Pollyana; LIMA, Diego T. **A História Do Nascimento (Parte 1): Cesariana**. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2016.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

PITANGUY, Jacqueline. **Os Direito Humanos Das Mulheres**. 2012. Disponível em:
<http://www.fundodireitoshumanos.org.br/downloads/artigo_mulheres_jacpit.pdf>.
Acesso em 11 nov. 2016.

PITANGUY, Jacqueline; BARSTED, Leila Linhares. Um instrumento de conhecimento e de atuação política. In: BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline (orgs.). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

POMPEO, Carolina; **Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil**. Gazeta do Povo, 2014, Disponível em:
<<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-obstetrica-nobrasilee5jkxiutgeb18bwkud2ozhhq/>> Acesso em: 11 nov. 2016.

PROGIANTI, Jane Márcia; BARREIRA, Ieda de Alencar. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. R Enferm UERJ 2001; 9: 91-7.

QUEIROZ, M. V. O, *et al.* Cuidado de Enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: Perspectiva de humanização. In: **Rev. Baiana de Enfermagem**. São Paulo, n.18. 2003.

REIS, A. E., PATRICIO, A. M. Aplicação Das Ações Preconizadas Pelo Ministério Da Saúde Para O Parto Humanizado Em Um Hospital De Santa Catarina. In: **Ciências da Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, Set./Dez. 2005.

RIBEIRO, Renato Janine. A família na Travessia do Milênio In Anais do II Congresso de Direito de Família, Belo Horizonte: Del Rey, 2000.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

RIO DE JANEIRO. Tribunal Regional Federal da 2ª Região. **Acórdão da Ação Civil Pública 0010512-82.2014.4.02.5101 (2014.51.01.010512-5)**. Relator: SCHWAITZER, Sergio. Revisor: NEIVA, José Antonio Lisbôa. Publicado no DJ de 24 jun. 2016. Disponível em <<http://trf-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/355932269/apelacao-ac-131904620094025101rj0013190-4620094025101/inteiro-teor-355932274>>. Acesso em 11 nov. 2016.

SATO, ROSA; BRITO IZABEL, **Parto Humanizado feito pela Enfermeira Obstetra**.

Brasil Medicina. Disponível em:

<http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgnoticias_det.asp?AreaSelect=4&Codigo=311> . Acesso em: 11 nov. 2016.

SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maia dos; VARGEN, Octavio Muniz da Costa. **Medicalização X Humanização: O Cuidado Ao Parto Na História o Cuidado Ao Parto Na História**. 2005. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SILVANI, Cristiana Maria Baldo. **Parto humanizado** - Uma revisão bibliográfica. Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/28095>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

STACANELA, Nilda; FERREIRA, Pedro Moura. **Mulheres e Direitos Humanos: Desfazendo Imagens, (re) Constriundo identidades**. Caxias do Sul, RS. Ed. São Miguel. 2010. 252p.

UNICEF; **UNICEF alerta sobre o alto percentual de cesarianas no Brasil**. 2011.



DOI: <http://dx.doi.org/10.25245/rdspp.v5i1.204>

Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_21237.htm>. Acesso em 11 nov. 2016.

VIEIRA, Meloni Elisabeth. **Questões de Saúde Reprodutiva** – A medicalização do Corpo Feminino. p 67 – 78. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017>.

Acesso em: 11 nov. 2016.

ZANETTI, Miriam Raquel Diniz; PETRICELLI, Carla Dellabarba; ALEXANDRE, Sandra Maria; TORLONI, Maria Regina; NAKAMURA, Mary Uchyama, SASS, Nelson.

Episiotomia: Revendo Conceitos. 2009. Disponível em:

<<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n7p367-71.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.