

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS
LINHA DE PESQUISA POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO SOCIAL

Aneline Kappaun

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE
FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE
CANDELÁRIA - RS**

Santa Cruz do Sul
2019

CIP - Catalogação na Publicação

Kappaun, Aneline

A violência obstétrica e a violação do direito à integridade física e psíquica da parturiente: uma análise a partir das políticas públicas de prevenção existentes no município de Candelária - RS / Aneline Kappaun. – 2019.

160 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Marli Marlene Moraes da Costa.

1. Direitos humanos das mulheres. 2. Desigualdade de gênero. 3. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher. 4. Violência obstétrica. I. da Costa, Marli Marlene Moraes. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Aneline Kappaun

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE
FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE
CANDELÁRIA - RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado em Direito. Área de Concentração em Políticas Públicas. Linha de pesquisa em Políticas Públicas de Inclusão Social, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof. Pós-Dra. Marli Marlene Moraes da Costa

Santa Cruz do Sul

2019

Aneline Kappaun

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE
FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE
CANDELÁRIA - RS**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado em Direito. Área de Concentração em Políticas Públicas. Linha de pesquisa em Políticas Públicas de Inclusão Social, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Dra. Marli Marlene Moraes da Costa
Professor Orientadora – UNISC

Dr. Clovis Gorczewski
Professor examinador – UNISC

Dra. Rosane Teresinha Carvalho Porto
Professor examinador - Membro Externo

Santa Cruz do Sul

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Albino e Neusa Kappaun, pelo apoio e incentivo recebidos, não só no período de elaboração desse trabalho, mas também por toda minha vida acadêmica. Sem vocês nada disso seria possível.

Agradeço a Deus, por me fortalecer em momentos de dificuldade, os quais não foram poucos, mas serviram para acumular mais aprendizado.

À minha professora e orientadora, Dra. Marli Marlene Moraes da Costa, agradeço pela orientação sábia e segura. Graças a sua disponibilidade e conhecimento, esse trabalho assumiu a forma almejada.

Aos professores, funcionárias e colegas do Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado, área de concentração em Demandas Sociais e Políticas Públicas da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, em especial, a turma de 2018, obrigada pela compreensão e amizade.

RESUMO

O tema desta dissertação é a violência obstétrica perpetrada contra parturientes, vista como uma violação do direito à integridade física e psíquica da mulher, a partir da (in) efetividade de políticas públicas de prevenção no município de Candelária, Rio Grande do Sul. Para tanto, tem-se o seguinte problema de pesquisa: as políticas públicas de atenção à saúde da mulher na condição de gestante e/ou parturiente existentes no município de Candelária atendem de forma efetiva a proteção do direito à integridade física e psíquica para o enfrentamento da violência obstétrica? Para responder a esse questionamento, o presente trabalho possui uma hipótese negativa de resposta, no sentido que o estudo de caso realizado no município de Candelária, Rio Grande do Sul, evidenciou que, na realidade, a violência obstétrica é uma prática naturalizada, e que as políticas públicas de prevenção não são plenamente aplicadas, a fim de garantir a integridade física e psíquica das parturientes no município em estudo. Para isso, o objetivo geral consiste em analisar a violência obstétrica sob o prisma da violação do direito à integridade física e psíquica, considerando o estudo de caso em relação à (in) efetividade das políticas públicas de prevenção à violência obstétrica envolvendo as parturientes entrevistadas dos anos de 2017 e 2018, oriundas do município de Candelária, Rio Grande do Sul. Os objetivos específicos correspondem a cada um dos três capítulos. Inicialmente, compreende-se a evolução dos direitos humanos das mulheres, a começar pelos organismos internacionais de proteção e a findar na legislação nacional. Após, identifica-se a violação do direito à integridade física e psíquica da mulher em condição de parturiente perpetrada através da violência obstétrica, ainda que com a existência de políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Por fim, realiza-se estudo de caso para averiguar a (in) efetividade das políticas públicas de prevenção à violência obstétrica no município de Candelária – RS, a partir de entrevistas realizadas com parturientes dos anos de 2017 e 2018. O delineamento do estudo consistiu em uma investigação de caráter exploratório-descritivo. Como método de abordagem, adotou-se o dedutivo. Por sua vez, o procedimento aplicado foi o monográfico com estudo de caso. O presente trabalho se ajusta com o Programa de Pós-Graduação Mestrado em Direito da UNISC, bem como com a linha de pesquisa de políticas públicas de inclusão social e a orientadora Marli M. M. da Costa, por tratar de direitos das mulheres e a consequente violação desses ocasionada pela violência obstétrica. Conclui-se que, apesar da existência de políticas públicas de proteção à saúde da mulher no município em estudo, elas se revelam inefetivas a garantir a integridade física e psíquica das parturientes entrevistadas no estudo de caso. A violência obstétrica, a exemplo das pesquisas nacionais, também é, portanto, uma problemática enfrentada pelas candelarienses. Assim, tomando-se como base a realidade estudada, sugere-se a criação e a reformulação de políticas públicas voltadas ao trabalho das doulas no acompanhamento de gestantes e parturientes bem como uma capacitação dos profissionais, levando em consideração as técnicas de atendimento humanizado.

Palavras-chave: Direitos humanos das mulheres. Desigualdade de gênero. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Violência obstétrica.

ABSTRACT

The subject of this dissertation is the obstetric violence perpetrated against parturients, seen as a violation of the right to physical and mental integrity of women, from the (in) effectiveness of public prevention policies in Candelária, Rio Grande do Sul. Therefore we have the following research problem: the public policies of health care for women in the condition of pregnant women and / or parturient women in the municipality of Candelária effectively meet the protection of the right to physical and mental integrity for the child. confronting obstetric violence? To answer this question, the present study has a negative hypothesis of response, in the sense that the case study conducted in the municipality of Candelária, Rio Grande do Sul, showed that, in fact, obstetric violence is a naturalized practice, and that public prevention policies are not fully implemented in order to ensure the physical and mental integrity of parturients in the municipality under study. Therefore, the general objective is to analyze obstetric violence from the perspective of violation of the right to physical and mental integrity, considering the case study regarding the (in) effectiveness of public policies to prevent obstetric violence involving the parturients interviewed from 2017 and 2018, coming from the municipality of Candelária, Rio Grande do Sul. The specific objectives correspond to each of the three chapters. Initially, the evolution of women's human rights is understood, starting with international protection bodies and ending with national legislation. Then, the violation of the right to physical and mental integrity of women in the condition of parturient women perpetrated through obstetric violence is identified, even with the existence of public policies for women's health care. Finally, a case study is conducted to verify the (in) effectiveness of public policies to prevent obstetric violence in the municipality of Candelária - RS, based on interviews with parturients from 2017 and 2018. The study design consisted of: in an exploratory-descriptive investigation. As a method of approach, the deductive was adopted. In turn, the applied procedure was the monograph with case study. The present work fits with the UNISC Postgraduate Program in Law, as well as the research line of public policies of social inclusion and the advisor Marli M. M. da Costa, for addressing women's rights and the consequent violation of these for obstetric violence. In conclusion, despite the existence of public policies to protect women's health in the municipality under study, they are ineffective in guaranteeing the physical and mental integrity of the parturients interviewed in the case study. Obstetric violence, as in the case of national surveys, is also, therefore, a problem faced by candelarienses, so taking as a basis the reality studied suggests the creation and reformulation of public policies focused on the work of doulas in monitoring pregnant women. and parturient women and a training of professionals, taking into consideration the techniques of humanized care.

Keywords: Women's human rights. Gender Inequality. Public policies for women's health care. Obstetric violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 Registros de violência contra a mulher – viu alguma situação de violência acontecendo no seu bairro ou comunidade nos últimos 12 meses, Brasil	46
Gráfico 02 Tipo de agressor considerando a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses, Brasil:.....	47
Gráfico 03 Tipo de de agressor considerando a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses, por tipo, Brasil:.....	48
Gráfico 04 Tipo de local considerando a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses, Brasil:.....	49
Gráfico 05 Taxa de homicídios por 100 mil mulheres nas UFs:	50
Gráfico 06 Índices de base 100 da evolução das taxas de homicídio de mulheres dentro e fora da residência e ainda por arma de fogo (2012-2017):	51
Gráfico 07 Modalidade do pré-natal pela rede pública ou privada:	102
Gráfico 08 Número de consultas de acompanhamento pré-natal:	103
Gráfico 09 Atividades de acompanhamento durante pré-natal:.....	104
Gráfico 10 Complicações que ocasionaram internações durante o pré-natal.....	106
Gráfico 11 Nota da unidade de saúde onde realizou o pré-natal.....	107
Gráfico 12 Nota para a forma como foi recebida na unidade de saúde onde realizou o parto.....	108
Gráfico 13 Modalidade de parto realizado.....	110
Gráfico 14 Motivos pelos quais não teve acompanhante.....	111
Gráfico 15 Nota atribuída aos serviços prestados ao bebê.....	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES	17
2.1 O surgimento dos direitos humanos das mulheres	18
2.2 A dicotomia homem pertencente à esfera pública e mulher, à esfera privada	28
2.3 A violência contra a mulher: definições e a problemática do cenário nacional.....	37
3 A VIOLAÇÃO DO DIREITO A INTEGRIDADE FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE.....	53
3.1 O direito à saúde da mulher frente à violação do direito à integridade.....	54
3.2 Aspectos da violência obstétrica: o panorama brasileiro	67
3.3 As políticas públicas de atenção à saúde da mulher como forma de enfrentamento da violência obstétrica	77
4 O ESTUDO DE CASO PARA AVERIGUAÇÃO DA (IN) EFETIVIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA – RS.....	92
4.1 O questionário e as entrevistas da pesquisa.....	93
4.2 Aspectos positivos e negativos relatados pelas parturientes que responderam à pesquisa	101
4.3 A discussão dos resultados da pesquisa	115
5 CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	148
ANEXO A – CARTA DE ACEITE	156
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	157
ANEXO C – PARECER CONSUBSTACIADO DO COMITÊ DE ÉTICA – UNISC ...	158

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é crescente no âmbito da sociedade brasileira. Ainda que políticas públicas sejam consideradas para acompanhamento das mulheres em condição de gestante e/ou parturiente, as violações de direitos fundamentais e humanos são a realidade nos atendimentos às mulheres. Dessa forma, elas se tornam sujeitos inferiorizados e vulneráveis tendo suas condições de saúde e, sobretudo, o direito constitucional à integridade física e psíquica atingidas consideravelmente.

Ainda hoje, a violência contra a mulher surge, principalmente, das condições de desigualdade a que ela resta acometida ao longo da história. Essa conjuntura teve nascedouro dentro do lar da mulher, com a separação dos gêneros por qualidade e afazeres do sexo, o que resultou na inferioridade da mulher diante do homem, visto que ela era designada aos trabalhos domésticos e aos cuidados com a família. De tal modo, as circunstâncias da violência contra a mulher, até recentemente ainda careciam de proteção, visto que a legislação brasileira de proteção à mulher apenas foi criada em 2006, após uma denúncia dirigida à Comissão Internacional de Direitos Humanos, de graves agressões sofridas pela mulher que leva o nome da Lei, Maria da Penha Maia Fernandes.

Contudo, a violência contra a mulher, originada pela inferiorização do sujeito mulher, ultrapassou a dinâmica familiar e do lar, e hoje também é cometida no meio público, inclusive em locais que deveriam garantir sua proteção, como as unidades de saúde, onde elas são atendidas quando gestantes e/ou parturientes. Da mesma forma que acontece no âmbito privado, elas são agredidas física e psicologicamente, por profissionais que usam do saber/poder da profissão, da condição de superioridade diante do paciente, e também da inferiorização da mulher, que afirmam ter nascido para sofrer, como referido por Beauvoir (2016).

Nesse sentido, o tema da presente dissertação é a violência obstétrica perpetrada contra parturientes, vista como uma violação do direito à integridade física e psíquica da mulher, a partir da (in) efetividade de políticas públicas de prevenção no município de Candelária, Rio Grande do Sul, nos anos de 2017 e 2018, situando-se assim temporal e localmente o âmbito da pesquisa. A escolha da delimitação temporal se justifica pela aplicação do questionário de pesquisa em parturientes que recentemente passaram pelas situações consideradas no estudo.

Em vista disso, a dissertação parte do seguinte problema de pesquisa: as políticas públicas de atenção à saúde da mulher na condição de gestante e/ou parturiente existentes no município de Candelária atendem de forma efetiva a proteção do direito à integridade física e psíquica para o enfrentamento da violência obstétrica? Para responder ao problema de pesquisa, foi elaborada uma hipótese negativa, no sentido que o estudo de caso realizado no município de Candelária, Rio Grande do Sul, evidenciará que na realidade a violência obstétrica é uma prática naturalizada, e que as políticas públicas de prevenção não são plenamente aplicadas, a fim de garantir a integridade física e psíquica das parturientes no município em estudo.

A pesquisa possui relevância social e jurídica ao assunto, uma vez que consoante pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica. No Brasil, grande parte das mulheres é submetida a intervenções excessivas. Nesse contexto, dar à luz sem intervenções é quase que sorte, visto que apenas 5% das mulheres tiveram essa chance, conforme pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (2011- 2012).

Assim, políticas públicas de prevenção à violência obstétrica são de grande importância, pois, além de evitar sofrimentos excessivos e desnecessários às parturientes, protegem os direitos fundamentais das mulheres como o direito à integridade física e psíquica. Dessa forma, procura-se, através de políticas públicas, a proteção das mulheres que são vitimizadas por violências que ferem seus direitos humanos, uma vez exposta a vulnerabilidade da mulher, que pensa somente no nascimento, na segurança e na saúde do seu filho, esquecendo-se dos excessos que podem ser cometidos em seu próprio desfavor. A mulher vítima está vulnerável e, por isso, não consegue denunciar, ou mesmo defender-se da violência a ela dirigida.

Ademais, as políticas públicas podem ser o caminho mais promissor para resolver este problema que atinge níveis alarmantes, e que choca a todos. É urgente que a saúde biopsicofísica da parturiente seja garantida e que seus direitos humanos e fundamentais sejam assegurados. Para tanto, o objetivo geral consiste em analisar a violência obstétrica sob o prisma da violação do direito à integridade física e psíquica, objetivando considerar o estudo de caso em relação à (in) efetividade das políticas públicas de prevenção à violência obstétrica envolvendo as

parturientes dos anos de 2017 e 2018, oriundas do município de Candelária, Rio Grande do Sul.

Para atingir o objetivo geral, elegeram-se três objetivos específicos: (1) compreender a evolução dos direitos humanos das mulheres, a começar pelos organismos internacionais de proteção e findar na legislação nacional; (2) identificar a violação do direito à integridade física e psíquica da mulher em condição de parturiente perpetrada através da violência obstétrica, ainda que com a existência de políticas públicas de atenção à saúde da mulher; (3) realizar estudo de caso para averiguar a (in) efetividade das políticas públicas de prevenção à violência obstétrica no município de Candelária – RS, a partir de entrevistas realizadas com parturientes dos anos de 2017 e 2018.

A presente dissertação se ajusta com o programa e a linha de Políticas Públicas de Inclusão Social, do Programa de Pós - Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, uma vez que pretende revelar as condições de mulheres submetidas à violência obstétrica, diante da violação de direitos fundamentais e humanos, acarretada pela grave violação ao direito à integridade física e psíquica a que essas mulheres são submetidas rotineiramente nas unidades de saúde brasileiras.

A dissertação está igualmente ligada à linha de pesquisa da professora orientadora, Marli Marlene Moraes da Costa, que analisa desde a problemática do reconhecimento dos direitos humanos para as mulheres, passando pelas desigualdades de gênero enfrentadas ao longo da história, as quais reservam às mulheres os ambientes internos, os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos. Além disso, a violação de direitos das mulheres oriunda da violência obstétrica e algumas considerações acerca das políticas públicas de atenção à saúde da mulher.

No trajeto metodológico desta pesquisa, foram utilizados recursos, como a análise documental, a pesquisa bibliográfica e a aplicação do estudo de caso nas parturientes do município de Candelária, Rio Grande do Sul. A investigação é de caráter exploratório-descritivo, para que sejam encontradas informações preliminares acerca da violência obstétrica diante da violação à integridade física e psíquica da mulher em situação de parturiente. Como método de abordagem, adotou-se o dedutivo, que através de um raciocínio lógico partido do resultado da pesquisa, poderá se constatar se ocorre a violação do direito à integridade física e

psíquica da mulher, e ainda a (in) existência de políticas públicas em atenção à parturiente. Por sua vez, o método de procedimento aplicado foi o monográfico com estudo de caso.

Assim, a pesquisa do estudo de caso foi realizada com 50 (cinquenta) parturientes do município de Candelária, buscando explorar as situações a que essas mulheres foram submetidas durante o pré-natal, parto e puerpério. O objetivo foi identificar possíveis violações do direito à integridade física e psíquica das entrevistadas. O questionário da pesquisa foi elaborado com um roteiro de perguntas semiestruturado, ou seja, em algumas questões, foi garantida a complementação das respostas estruturadas com a possibilidade de preenchimento de outras circunstâncias. A maioria das perguntas é proveniente de uma análise da Rede Cegonha, cujo programa e lei nacional foram criados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2011.

Para que fosse possível a aplicação do questionário de pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde de Candelária, na pessoa da Secretária de Saúde do Município, desde o primeiro contato, mostrou-se compreensiva e positiva quanto à importância do estudo que se realizaria. Dessa forma, foi fornecido o primeiro termo de autorização para a pesquisa, confirmando a secretária conhecer e apoiar o projeto a ser elaborado, para fins de encaminhamento perante o Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, bem como o preenchimento do requisito ético para pesquisa com seres humanos.

Ademais, foram fixados os pontos da pesquisa referente ao grupo que foi entrevistado, especificando que o questionário contendo 32 (trinta e duas) perguntas não seria aplicado em parturientes menores de 18 anos, que necessitariam da autorização dos responsáveis para responder ao questionário, e se estenderia a mulheres residentes no município de Candelária, no Rio Grande do Sul. Ainda, que necessariamente tivessem passado pelos períodos de pré-natal, parto e pós-parto entre os anos de 2017 e 2018, ou seja, a pesquisa visou à literalidade dos dados a serem colhidos, por se tratarem de fatos recentemente ocorridos com as mulheres entrevistadas. Entre elas, foram especificamente escolhidas 25 (vinte e cinco) parturientes do ano de 2017 e 25 (vinte e cinco) parturientes de 2018.

O projeto de pesquisa, CAAE nº 04257018.3.0000.5343, foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa, em 12 de dezembro de 2018, conforme parecer nº 3.078.397, e em condições de ser executado nos termos dos documentos anexados

à Plataforma Brasil. Após a pesquisa de campo, com os dados coletados foram elaborados gráficos comparativos dos resultados alcançados, a fim de verificar o percentual das parturientes entrevistadas expostas a situações que culminavam algum (ns) tipo (s) de violação a direito fundamental ou a direito humano, e dessa forma, estiveram expostas a situações de violência obstétrica.

O referencial teórico utilizado na pesquisa são os estudos de Bobbio (2004) e Hunt (2009) a respeito do surgimento dos direitos humanos, bem como os documentos internacionais e nacionais de amparo aos direitos, até o desdobramento moderno de atenção aos direitos humanos e fundamentais em relação às mulheres com Piovesan (2004), Campos e Corrêa (2006) e Comparato (2008). Acerca da dicotomia homem pertencente à esfera pública e mulher recolhida aos afazeres domésticos e ao cuidado com os filhos e o marido, conforme o desenvolvido por Beauvoir (2016), Del Priori (2014), Mill (2006) e Saffioti (2004), de modo a compreender como essa divisão restringiu direitos das mulheres e as condicionou a situações de violências que ferem seus direitos fundamentais e humanos.

Ainda, Dallari (1983, 1995) embasa esta investigação no ponto sobre a existência de direitos e a garantia de sujeito de direitos para todas as pessoas em busca da dignidade humana e da integridade física e psíquica da mulher. Também Souza (2015) acerca do conceito de saúde, suas teorizações e fundamentos desde a Grécia e Roma antiga, até a atualidade como sinônimo de qualidade de vida. Nesse sentido, é trazido Barros (2011) em relação à implementação do Sistema Único de Saúde, após a Constituição Federal de 1988 e igualmente Aith (2007) sobre a necessidade de regulação jurídica da saúde, após as discussões que levaram à prática do direito sanitário no ordenamento jurídico brasileiro, bem como Menicucci (2007) com considerações acerca da saúde pública.

Além da vasta bibliografia, outros documentos são utilizados como fundamento teórico: a Declaração Universal de Direitos Humanos, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde, a Fundação Perseu Abramo, da FIOCRUZ, o Atlas da violência e o Datafolha. Considerações do site Doulas do Brasil compõem a base do presente estudo.

A estrutura da dissertação está organizada em três capítulos. No primeiro, intitulado: “A Evolução Histórica dos Direitos Humanos das Mulheres” analisar-se-á a evolução histórica dos direitos humanos, até o alcance desses para as mulheres.

Aborda-se a procedência dos direitos humanos que se confunde com a busca pela própria dignidade humana, bem como as alterações que se submeteram ao longo dos anos, passando de direitos reservados a alguns, ao alcance de todos e inclusive das mulheres. Destaca-se o marco de consolidação após a Segunda Guerra Mundial, que foi a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, assim de antemão em 1979 foi realizada a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, para o fim de contra atacar as violências a que as mulheres eram submetidas simplesmente por pertencer ao sexo feminino, o que foi corroborado pela Declaração de Direitos Humanos de Viena, no ano de 1993. Nesse capítulo, também é lembrada a Lei Maria da Penha e todo o histórico desenrolar da mulher que dá nome à lei, que foi acometida das mais graves violações de direitos.

Ainda, no primeiro capítulo, é tratada a dicotomia homem pertencente à esfera pública e mulher, à esfera privada, ou seja, a discriminatória desigualdade entre os gêneros ainda existente na atualidade, embora a Constituição Federal de 1988 tenha igualado os direitos dos sexos. Pondera-se que essa desigualdade carregada por longos anos encontra-se justificada na errônea superioridade do homem, tendo em vista os afazeres apartados, como aquele que obriga a mulher a ficar recolhida ao seu lar e aos cuidados com os filhos e marido. Por fim, ainda considera-se a problemática da violência contra a mulher no cenário nacional, advinda, principalmente, da justificativa discriminatória apontada no ponto anterior.

O segundo capítulo, que tem como título: “A Violação do Direito à Integridade Física e Psíquica da Parturiente”, baseia-se no direito à saúde e sua relação com o princípio da dignidade humana, na evolução das questões de saúde da mulher e o direito à integridade física e psíquica ante a violação de direitos humanos e fundamentais, causada pela violência obstétrica. Primeiro, mostra-se uma análise histórica da saúde desde os primórdios da antiga Roma e da Grécia até a complementação com a proteção da saúde da família e da mulher. Em seguida, apresenta-se a problemática do desrespeito à saúde da mulher que contribuiu para o aumento dos casos de violência obstétrica, rotineiramente enfrentada por mulheres brasileiras em todos os cantos do país, conforme será destacado pelas pesquisas trazidas ao longo do estudo.

Da mesma forma, elucida-se, para finalizar o capítulo, sobre as políticas públicas de atenção à saúde da mulher em condição de gestante e/ou parturiente, apresenta-se o início do cuidado com as parteiras e termina-se com a questão da

mecanização do acompanhamento do parto, causado pela entrada dos médicos e de seus instrumentos artificiais no cenário que antes compreendia o cuidado específico com a pessoa. Finaliza-se com os programas desenvolvidos na área principalmente do Sistema Único de Saúde, como o Programa Saúde da Família e, mais adiante, especificamente, voltada à saúde da gestante e da parturiente, a Política de Humanização do Parto, criada pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

No terceiro capítulo, intitulado “O Estudo de Caso para Averiguação da (in) Efetividade das Políticas Públicas de Prevenção à Violência Obstétrica no Município de Candelária – RS” investiga-se a (in) efetividade das políticas públicas no município de Candelária, no Rio Grande Sul, com vistas a melhorar a proteção das mulheres ante a violência obstétrica. Para tanto, inicia-se a abordagem elucidando o processo inicial do estudo de caso, com contato através da Secretaria da Saúde de Candelária, para vislumbrar as oportunidades de apoio no trabalho, bem como o acesso aos dados das parturientes arquivados nessa repartição. Na segunda parte, aborda-se sobre os aspectos positivos e negativos relatados pelas parturientes que responderam a pesquisa, a partir da elaboração de gráficos e análises comparativas de dados com as bibliografias anteriormente trazidas ao trabalho.

Ao final, busca-se identificar os resultados da pesquisa a fim de aclarar a situação do município em estudo. A ideia central, portanto, é verificar a (in) efetividade das políticas públicas no atendimento à saúde da gestante e/ou parturiente, ante as insuficiências no tratamento encontradas rotineiramente nas unidades de saúde. Dessa forma, atender-se-á a proteção dos direitos fundamentais e humanos das mulheres, vista a complexidade e a amplitude da violência obstétrica como prática naturalizada no cenário brasileiro.

2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

A pesquisa objetiva analisar a violência obstétrica sob o prisma da violação do direito à integridade física e psíquica da mulher. Com efeito, este capítulo delimita-se a compreender a evolução histórica dos direitos humanos das mulheres. Para tanto, é imprescindível iniciá-lo abordando o surgimento dos direitos humanos com Bobbio (2004) e Hunt (2009), bem como elucidando os documentos internacionais como a Declaração de Direitos do Bom Povo da Virgínia (1976) e a Declaração de Direitos Humanos (1948). Ademais, são trazidos os documentos nacionais, como a Constituição Federal (1988) e a Lei Maria da Penha (2006), de amparo aos direitos até enfim o desdobramento moderno de atenção aos direitos humanos e fundamentais das mulheres com Piovesan (2004), Campos e Corrêa (2006) e Comparato (2008).

Além disso, aborda-se o modo pelo qual ocorrem as desigualdades entre homens e mulheres. Parte-se da dicotomia homem pertencente à esfera pública e mulher recolhida à esfera privada, aos afazeres domésticos e ao cuidado com os filhos e o marido, conforme desenvolvido por Beauvoir (2016), Del Priori (2014), Mill (2006) e Saffioti (2004). Da mesma forma, é colocada a superioridade masculina cominada pela natureza agressiva do homem e pela conseqüente dominação da mulher nas situações domésticas e públicas. Finaliza-se compreendendo como essa divisão restringiu a autonomia das mulheres e as condicionou a situações de violências que ferem seus direitos e as aprisionam a seus lares.

Por fim, neste primeiro capítulo, analisa-se a questão da violência contra a mulher, que teve início dentro do ambiente doméstico, cometida pelo pai ou pelo marido e estendeu-se para o espaço público. Assim, a mulher torna-se vítima decorrente do patriarcalismo culturalmente disseminado na sociedade, o qual foi aperfeiçoado no meio público na modalidade de violência institucional, praticada por instituições que deveriam ampará-la como sujeito de direitos, mas não o fazem pela discriminação de gênero. No presente trabalho, especificamente, direciona-se a violência do meio público e praticada por instituições de saúde como uma agressão ao direito à integridade física e psíquica das mulheres na condição de gestantes e/ou parturientes, a qual recebe o nome de violência obstétrica, tratada mais detalhadamente no segundo capítulo da presente dissertação.

2.1 O surgimento dos direitos humanos das mulheres

A origem dos direitos humanos não se deve somente a um acontecimento isolado; eles foram construídos por um longo processo histórico, e sua procedência confunde-se com a busca pela própria dignidade humana. Dessa forma, os direitos humanos estão em constante mudança, como toda a história da humanidade, que atualmente vive momentos de crises e protesta por seus direitos violados.

Nesse sentido, para Hunt (2009, p. 15), “os direitos humanos são difíceis de serem determinados porque sua definição, e na verdade a sua própria existência depende tanto das emoções, quanto da razão”. Portanto, são um construído por todos aqueles que almejam a preservação da espécie humana, bem como são reflexos das tensões e acontecimentos históricos que ela passa ao longo do tempo. De acordo com Ramos (2017, p. 21), “os direitos humanos consistem em um conjunto de direitos considerado indispensável para uma vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade”. Assim, demonstra-se a relevância que exercem no ordenamento jurídico e social se comparados com a vida, e ainda, servindo de base para valores supremos de liberdade, igualdade e dignidade do ser humano.

No entanto, para Bobbio (2004), os direitos do homem se modificam constantemente de acordo com condições históricas de interesse, por exemplo, das classes detentoras do poder. Assim, os direitos que foram absolutos em séculos passados, como a propriedade, presentemente são submetidos a consideráveis limitações. O oposto também acontece com os direitos que as declarações antigas não mencionavam, como é o caso dos direitos sociais, que agora são anunciados com grande vanglória no ordenamento.

A Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia, publicada em 16 de junho de 1776, é considerada o nascedouro histórico dos direitos humanos. A partir de então há “o reconhecimento solene que todos os homens são igualmente vocacionados, pela própria natureza, ao aperfeiçoamento constante de si mesmo” (COMPARATO, 2008, p. 50). O mesmo autor ainda continua declarando que os direitos humanos são condições inerentes à condição humana, confundindo-se, inclusive, como razão universal na mesma qualidade que a pessoa humana, ou seja,

a “busca da felicidade”, repetida na Declaração de Independência dos Estados Unidos, duas semanas após, é a razão de ser desses direitos inerentes à própria condição humana. Uma razão de ser imediatamente

aceitável por todos os povos, em todas as épocas e civilizações. Uma razão universal, como a própria pessoa humana (COMPARATO, 2008, p. 50).

Acrescenta-se que as declarações de direito norte-americanas, bem como a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão da França, do ano de 1789, são a representação da emancipação do homem diante dos grupos pelos quais até então se encontrava submetido – família, Igreja e outros. Essa independência vinha sendo preparada pelo menos desde a Reforma Protestante (1571), quando se espalhou a ideia de consciência individual, e ainda, do outro lado, desde a Itália renascentista iniciada no século XIV, pela cultura da personalidade de exceção, representada pelo homem que luta pelo próprio destino e também pelo do seu povo (PIOVESAN, 2004).

Ademais, os direitos humanos, no início, somente eram garantidos a certos privilegiados, na maioria homens e proprietários de algumas posses substanciais, características essas nas quais não se enquadravam as mulheres, que foram afastadas das benesses da liberdade e, principalmente, da condição de cidadãos, restando caracterizado o abatimento da mulher como cidadã portadora de direitos e deveres diante da sociedade. De tal modo, foi apenas conforme Comparato (2008, p. 12),

durante o período axial da História, [...] que despontou a ideia de uma igualdade essencial entre todos os homens. Mas foram necessários vinte e cinco séculos para que a primeira organização internacional a englobar a quase totalidade dos povos da Terra proclamasse, na abertura de uma Declaração Universal de Direitos Humanos, que todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

Assim, a Carta das Nações Unidas, criada pela Organização das Nações Unidas logo após a 2ª Guerra Mundial, trata-se do marco de consolidação dos direitos humanos a nível mundial; dessa maneira, almejando-se a paz entre os países. Em seguida, esse papel também foi exercido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esses instrumentos toam atualmente como fundamentos universais dos direitos humanos. A Declaração de Direitos Humanos, adotada em 10 de dezembro de 1948, pela aprovação unânime de quarenta e oito Estados, e somente com oito abstenções, foi responsável por afirmar uma espécie de ética universal, na qual se consagram valores a serem seguidos pelos Estados-parte. Nos termos do que aponta seu preâmbulo, cabe referir que:

considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo; considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos da pessoa resultaram de atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que as pessoas gozem de liberdade de palavra, de crença e de liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum [...] (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS, 1948).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos apresentou em seu texto, primeiramente, a ideia de internacionalização dos direitos humanos, bem como trouxe a proteção geral e de igualização dos homens, quando enfatiza que “todos são iguais perante a lei” (PIOVESAN, 2010). Todavia, posteriormente, precisou readequar essa noção de tratamento genérico e abstrato, pois se fazia necessária uma especificação do sujeito a quem estavam dirigidas essas prerrogativas, pois tais direitos notadamente possuíam diferenças, as quais não poderiam causar ou motivar a promoção de desigualdades entre as pessoas. Piovesan (2010, p.195) resume tal problemática quando declara que “o diferente também pode ser igual”.

Desse modo, após essa declaração internacional, a mulher passa timidamente a ser vista como sujeito de direitos, inclusive, carecendo de proteção pela sua condição de submissão diante da cultura do patriarcalismo fortemente presente na sociedade. Então foram redigidos tratados e convenções internacionais especificamente de proteção às mulheres, os quais serviram de diretrizes para que os Estados-parte assinantes dos documentos em suas respectivas jurisdições criassem, bem como readequassem, ações de proteção em relação aos direitos das mulheres, como é o caso da Constituição Federal de 1988 e da Lei Maria da Penha de 2006.

Portanto, as declarações da Independência dos Estados Unidos, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão da França e, como argumentado acima, a promulgação da Declaração Universal de 1948 formaram um relevante processo histórico que levou ao reconhecimento da igualdade de todos os indivíduos, devendo, a partir de então, ser respeitada a dignidade de todos, independentemente de características de raça, cor, sexo, religião, nascimento e condições sociais.

Contudo, distante dessa noção positiva, destaca-se que esse reconhecimento da pessoa em igualdade de condições com todos não adveio de um nascimento tranquilo de reivindicações das pessoas interessadas. Ele só foi possível após o

deslinde da desumana 2ª Guerra Mundial, pois, desse ponto em diante, a necessidade de regular e rebater a ideia de superioridade de uma raça, cultura, religião e outros foi imprescindível. Essa superioridade, como queriam os alemães, sob liderança do Adolf Hitler, colocava em risco a própria sobrevivência humana. De tal modo, buscou-se acabar com esse entendimento errôneo de prevalência de um povo sobre outro, com a promoção e o reconhecimento de uma série de direitos, em que primordialmente se procurava vida digna e respeitada para todos os cidadãos (COMPARATO, 2008).

Por consequência, já no artigo 1º da Declaração Universal, proclamavam-se os três princípios fundamentais relacionados aos direitos humanos, quais sejam: a liberdade, a igualdade e a fraternidade, bases essas que eram requeridas na Revolução Francesa em 1789. Desde então, promulgando o princípio da igualdade, que considera as diferenças biológicas e culturais que distinguem os indivíduos, que é também assegurado no artigo II da mesma declaração. Adiante mais, no artigo VII, é trazida a isonomia ou igualdade que decorre da primeira previsão, a qual prevê que todo homem tem direitos e liberdades, conforme estabelecido no mandamento da declaração (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS, 1948).

Entretanto, Hunt (2009, p. 110) ressalta que “embora a declaração de direitos se aplicasse a ‘todos os homens, sem distinção de cor’, apenas poucos se dispunham a dizer que ela se aplicava também às mulheres”. O que claramente distanciava-se da verdadeira intenção e proteção que se buscava com os direitos humanos da declaração universal, ou seja, a extensividade para todo o indivíduo sem exceções de raça, sexo, entre outras. Dessa forma, os direitos humanos das mulheres restaram inferiorizados diante daqueles garantidos aos homens, e de outros grupos minoritários, como o dos negros.

No entanto, anteriormente a isso, no ano de 1791, um documento internacional propôs a defesa dos direitos das mulheres, tratava-se da Declaração dos Direitos das Mulheres e da Cidadã, que foi formulado por Olympe de Gouges junto a Assembleia Nacional da França, como uma forma de tentar igualar os direitos das mulheres aos dos homens, atestados pela então Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. Contudo, as tentativas de Gouges terminaram na guilhotina, condenada como contra revolucionária e como uma mulher desnaturada. Em razão disso, foi mais uma vez corroborada a questão de rejeição a quaisquer

direitos em favor das mulheres (BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA USP).

No preâmbulo da Declaração da Mulher, elas eram instigadas a lutar por seus direitos, tendo em vista as violações e as ofensas que até então estavam acostumadas a silenciar. Gouges chamava as mulheres de todas as condições sociais e econômicas, declarando que essas também tinham direitos naturais, inalienáveis e sagrados, e esses necessitavam de salvaguarda; todavia, essa só seria garantida se as próprias mulheres se manifestassem ativas para buscar tais benefícios, conforme trecho colacionado abaixo:

PREÂMBULO - Mães, filhas, irmãs, mulheres representantes da nação reivindicam constituir-se em uma assembléia (sic) nacional. Considerando que a ignorância, o menosprezo e a ofensa aos direitos da mulher são as únicas causas das desgraças públicas e da corrupção no governo, resolvem expor em uma declaração solene, os direitos naturais, inalienáveis e sagrados da mulher. Assim, que esta declaração possa lembrar sempre, a todos os membros do corpo social seus direitos e seus deveres; que, para gozar de confiança, ao ser comparado com o fim de toda e qualquer instituição política, os atos de poder de homens e de mulheres devem ser inteiramente respeitados; e, que, para serem fundamentadas, doravante, em princípios simples e incontestáveis, as reivindicações das cidadãs devem sempre respeitar a constituição, os bons costumes e o bem estar geral. Em consequência, o sexo que é superior em beleza, como em coragem, em meio aos sofrimentos maternais, reconhece e declara, em presença, e sob os auspícios do Ser Supremo, os seguintes direitos da mulher e da cidadã [...] (DECLARAÇÃO DE DIREITO DA MULHER E DA CIDADÃ, 1791).

No artigo 1º, da referida declaração, já era explícito o objetivo principal de igualdade pretendido, pois a mulher, da mesma forma que o homem, nasce livre e tem os mesmos direitos. Ainda, no artigo 16, tentava-se invalidar a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, pois essa não teria sido escrita e garantida a todos, principalmente no que diz respeito aos direitos das mulheres, que ainda restavam desprotegidos. Para Gouges, a constituição de um documento desses considerando somente os direitos dos homens era nula, e assim deveria ser reconhecida. Na conclusão da declaração, deixou-se ainda uma recomendação de despertar para as mulheres:

Mulher, desperta. A força da razão se faz escutar em todo o Universo. Reconhece teus direitos. O poderoso império da natureza não está mais envolto de preconceitos, de fanatismos, de superstições e de mentiras. A bandeira da verdade dissipou todas as nuvens da ignorância e da usurpação. O homem escravo multiplicou suas forças e teve necessidade de recorrer às tuas, para romper os seus ferros. Tornando-se livre, tornou-

se injusto em relação à sua companheira (DECLARAÇÃO DE DIREITO DA MULHER E DA CIDADÃ, 1791).

O movimento feminista em prol de direitos das mulheres também ganhou força no século XIX, com Mary Wollestonecraft, a qual defendia os direitos das mulheres, bem como criticava escritores que perpetuavam uma definição equivocada de inferioridade da mulher. Um dos autores criticados pela filósofa foi Rousseau, cujas ideias de subjugamento das mulheres foram expostas em vários dos seus escritos, em especial, em “Emílio ou da Educação”. Rousseau afirma a crítica de que as mulheres possuem origem diferente da do homem; assim, suas vidas são inclinadas para a vida doméstica, bem como considerou a força física como base sólida que faz do homem um ser superior à mulher. “A mulher deve ser fraca e passiva, porque ela tem menos força corporal que os homens; e, portanto, indefere que ela foi formada para agradar e se sujeitar a ele”; assim, corroborando a preconceituosa diferenciação dos gêneros (WOLLSTONECRAFT, 2015, p. 117).

As feministas internacionais acima destacadas clamavam pela igualdade dos sexos, bem como pela necessária emancipação das mulheres, que deveria vir da educação e pela mudança de seu papel na sociedade, a que essas ainda não tinham acesso, nem direito. Somente com a emancipação delas, os próprios homens e a sociedade em geral desenvolver-se-iam adequadamente, sem deixar pelo menos metade da população representada pelas mulheres escondidas em seus lares.

Nesse sentido, a segunda metade do século XX, conforme Gorcevski (2014) foi um divisor de águas nos movimentos feministas, um novo padrão social alterou significativamente os costumes da época. No Brasil, as manifestações feministas tiveram início com Bertha Lutz, no ano de 1919, visando a emancipação da mulher, assumindo a liderança do movimento em prol delas. Foi Lutz quem fundou a importante Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, e sua luta versava principalmente conforme o descrito no artigo 3º do estatuto (SAFFIOTI, 2013).

1. Promover a educação da mulher e elevar o nível da instrução feminina;
2. Proteger as mães e a infância;
3. Obter garantias legislativas e práticas para o trabalho feminino;
4. Auxiliar as boas iniciativas da mulher e orientá-la na escolha de uma profissão;
5. Estimular o espírito de sociabilidade e de cooperação entre as mulheres e interessá-las pelas questões sociais e de alcance público;

6. Assegurar à mulher os direitos políticos que a nossa Constituição lhe confere e prepará-la para o exercício inteligente desses direitos;
7. Estreitar os laços de amizade com os demais países americanos, a fim de garantir a manutenção perpétua da Paz e da Justiça no hemisfério Ocidental. (SAFFIOTI, 2013, p. 359).

Adiante, considerando-se que os direitos humanos das mulheres observam o respeito à igualdade delas diante dos homens, e certamente são contra qualquer tipo de discriminação ou desigualdade que possa vir em desfavor delas, Campos e Corrêa (2007, p. 113) enfatizam, inclusive, a repercussão no processo democrático dessa desigualdade que leva igualmente à violência contra a mulher, uma vez que “não haverá democracia efetiva e igualdade real enquanto o problema da violência doméstica não for devidamente considerado”. A questão da igualização de direitos entre homens e mulheres é fator determinante para abolir com a violência contra a mulher, visto que essa apenas é perpetrada em prejuízo das mulheres, porque os homens acreditam na superioridade deles para com elas.

Dessa forma, os direitos das mulheres são violados quase que diariamente pelas violências domésticas e outras diante da sociedade, a qual ainda permanece inerte. Essas violações ferem o direito à vida, à saúde e à integridade física e psíquica quando impõem qualquer tipo de vantagem por força física ou outro arranjo de autoridade que justifique abusos físicos, sexuais e psicológicos. Para Campos e Corrêa (2007, p. 113) “a violência doméstica fornece as bases para que se estruturam outras formas de violência, produzindo experiências de brutalidades na infância e na adolescência, geradoras de condutas violentas e desvios psíquicos graves”.

Para isso, dos trinta artigos da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (1979), pelo menos dezesseis estabelecem normas acerca da não discriminação da mulher, bem como de respeito à igualdade; atenção ao tráfico de mulheres; à educação; e à saúde entre outros direitos das mulheres. Destaca-se que a referida Convenção, iniciada no ano de 1965, deve ser adotada como base das ações estatais a ascensão dos direitos humanos das mulheres e na coibição de violações. Desse modo, apenas restaram às mulheres reconhecidas como sujeito de direitos a merecer proteção contra a discriminação na década de 70, mais precisamente no ano de 1975, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou o Ano Internacional da Mulher, no qual resultou

organizada a Primeira Conferência Internacional sobre as Mulheres, na Cidade do México (PIOVESAN, 2010).

Além disso, no Brasil, até o ano de 1985, a questão da violência contra a mulher, que era de competência dos juizados especiais, era vista como uma violência de menor potencial ofensivo. Contudo, a partir de então passou a ser tratada em Delegacias próprias, inclusive, sendo discutida no setor da saúde, anunciada como problema da saúde pública brasileira. As Delegacias de Mulheres começaram a funcionar no ano de 1987 e, mais para o final da década de 80, como resposta a toda essa movimentação social e principalmente cultural, ocorreu uma significativa mudança da condição da mulher com a nova Constituição Federal (1988) (DIAS, 2007).

Contudo, somente com a Declaração de Direitos Humanos de Viena, no ano de 1993, os direitos humanos das mulheres foram reconhecidos como parte indivisível dos direitos humanos. Esse aspecto foi novamente visto na Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, em 1994, e pela Plataforma de Ação de Pequim, no ano de 1995. A partir de então, os direitos das mulheres atingiram um patamar de atenção global, reconhecida a diferença dos sexos, sem que fosse necessário o estabelecimento de qualquer tipo de hierarquia. A Organização das Nações Unidas compreendeu que

os direitos humanos das mulheres e das crianças do sexo feminino constituem uma parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A participação plena das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural, aos níveis nacional, regional e internacional, bem como a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, constituem objetivos prioritários da comunidade internacional. [...] Os Direitos Humanos das mulheres deverão constituir parte integrante das atividades das Nações Unidas no domínio dos Direitos Humanos, incluindo a promoção de todos os instrumentos de Direitos Humanos relativos às mulheres. A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos insta os Governos, as instituições e as organizações intergovernamentais e não governamentais a intensificarem os seus esforços com vista à proteção e à promoção dos Direitos Humanos das mulheres e das meninas (DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA, 1993).

Para assegurar o avanço da condição dos direitos humanos das mulheres no Brasil, outras preocupações do movimento feminista precisavam ser atendidas, principalmente no que diz respeito ao Código Civil, tendo em vista que o promulgado

em 1916 conservava os dispositivos discriminatórios advindos do Estatuto da Mulher Casada, que mantinha a mulher como incapaz, determinava o homem como chefe da família e trazia atos que a mulher não podia praticar sem autorização do marido, além de outros mandamentos discriminatórios em relação às mulheres (CAMPOS; CORRÊA, 2007).

Ademais, foram realizados diversos posicionamentos para se discutir acerca do novo Código Civil, mas nenhum resultado foi alcançado, pois o tema das mulheres era frequentemente desconsiderado, todavia o entusiasmo não foi perdido, e as lutas continuaram chegando à Constituição Federal de 1988, que previu a igualdade material entre homens e mulheres. A nova Constituição representou o reconhecimento da mulher como sujeito de direitos, ainda que faltassem muitas outras esferas de proteção. Nela, foram consagrados direitos das mulheres em relação ao trabalho e à família, para a emancipação da mulher, como: o direito à licença maternidade remunerado e à proteção do mercado de trabalho da mulher (BRASIL, 1988).

Ainda fez apagar-se a noção de pátrio-poder, substituindo essa expressão por poder familiar, o qual pode ser exercido pelo homem e pela mulher em conjunção de esforços. O Estado passou a contar com a obrigação a instituir meios e mecanismos para coibir a violência no âmbito da família, conforme o artigo 226, § 8º da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Adiante, a preocupação internacional acerca da igualdade buscada pelas mulheres só foi crescendo. Para tanto, em 1995, foi realizada a IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz realizada no ano de 1995, a qual reafirmou a Convenção de 1979, abonando os direitos das mulheres como elemento inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos. O resultado da IV Conferência foi a Declaração de Beijing, que apresentou o programa de ação voltado ao direito de liberdade de pensamento, consciência, religião e etc. Ainda, no mesmo evento, foram discutidos direitos das mulheres em controlar a saúde sexual e reprodutiva, bem como se tratou de violência contra a mulher. Assim, foi possível o reconhecimento de remoção dos obstáculos à igualdade dos sexos, e foi influenciada a participação dos homens de ações voltadas à busca pela igualdade (ONU MULHERES).

Dessa forma, a IV Conferência sobre as Mulheres ratificou a entrada decisiva das questões em relação de gênero no regulamento dos direitos humanos, o que já

vinha sendo almejado pelas Conferências anteriores. Da mesma maneira, em 2000, também na ONU, sucedeu uma sessão especial, que levou o nome de “Mulher 2000: Igualdade de Gênero, Desenvolvimento e Paz para o século XXI”, da qual derivou a Resolução nº 1.325/2000, cujo objetivo era incentivar a participação das mulheres nos conflitos armados e pela paz, visto que elas vivenciam de formas diferentes as guerras (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

No ano de 2000, igualmente, foram estabelecidas algumas metas acerca da igualdade de gênero na Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Em 2015, foi adotada a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, na qual dezessete metas são adotadas com o objetivo do desenvolvimento sustentável (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Desse modo, como argumentado por Mill (2006, p. 11), que considerava que a submissão de um sexo diante do outro era “errada em si mesma e constituía um dos principais obstáculos ao progresso humano”, é fato que mudanças em relação aos direitos das mulheres devem ser tratadas com máxima significância. Algumas alterações nesse sentido já foram iniciadas, como apontadas anteriormente; todavia, outras tantas ainda se fazem necessárias no cenário atual, sob pena de não se efetivar o progresso da própria humanidade.

Contudo e ao menos, no Estado brasileiro, com o nascedouro da Constituição de 1988, foi dada a oportunidade de igualização de direitos tão almejados pelas mulheres. O mesmo aconteceu no ano de 2002, quando foi aprovada a Lei nº 10.402, que originou o Código Civil atual em que se conseguiu abandonar as desigualdades até então mantidas, inclusive nas leis, estabelecendo-se uma baliza normativa à sociedade brasileira no que se refere aos direitos das mulheres.

Por fim, sobre a luta das mulheres por seus direitos, Mill (2006, p. 182) destaca que “não podemos, por conseguinte, esperar que as mulheres se consagrem à emancipação do seu sexo enquanto um considerável número de homens não estiver preparado para se aliar a elas nesse combate”. Isso quer dizer que, para que as leis de amparo existam e tenham efetividade, outras tantas mudanças de proteção e de empoderamento das mulheres devem ser realizadas.

Além disso, a vontade de transformação deve advir também dos homens em comum esforço com as mulheres, pois o contrário disso, representado pela dicotomia homem pertencente ao meio público e mulher reservada ao privado, causou um grande impedimento do exercício de direitos em desfavor das mulheres.

2.2 A dicotomia homem pertencente à esfera pública e mulher, à esfera privada

A discriminatória desigualdade entre os gêneros ainda existente, apesar da igualdade destacada pela Constituição Federal de 1988, é perfeitamente ilustrada no entendimento errôneo da superioridade masculina justificada pelos afazeres cominados a cada sexo. Nesse sentido, Duarte (2010, p. 81) explica que “nós mulheres nascemos para seu uso, que não somos próprias senão para procriar e nutrir nossos filhos na infância, reger uma casa, servir, obedecer e aprazer a nossos amos, isto é, a eles homens”. O que também compartilha a ideia que à mulher convém tão apenas para servir ao homem, transparecendo sua submissão diante do masculino.

Para Beauvoir (2016, p. 31), “a mulher? é muito simples, dizem os amadores de fórmulas simples: é uma matriz, um ovário; é uma fêmea, e esta palavra basta para defini-la. Na boca do homem, o epíteto ‘fêmea’ soa como um insulto”. A partir desse posicionamento, o homem, e por que não a sociedade, dissemina o termo “fêmea” como pejorativo, de significado fraco, que serve apenas ao sexo de dominação.

Ainda assim, complementa-se a diferenciação entre os gêneros com questão social que envolve a presente dicotomia, a qual Dias (2007, p. 17) elucida com a noção de que “ao homem sempre coube o espaço público, e a mulher foi confinada nos limites da família e do lar, o que enseja a formação de dois mundos distintos: um de dominação, externo e produtor, e outro de submissão, interno e reprodutor”. Os homens, dessa forma, podem exercer plenamente suas liberdades fora de sua casa, se ocupar do espaço público para trabalho, do lazer e do poder político. Do outro lado, a mulher sempre permaneceu recolhida dentro de casa, reservada aos trabalhos domésticos e aos cuidados com os filhos e o marido.

Desse modo, acaba por surgir o fenômeno da invisibilidade feminina no meio público. Uma vez que as mulheres não se fazem presentes na esfera pública, não aparecem diante do olhar público, tornando-se facilmente invisíveis aos olhos da sociedade. Conforme Perrot (2007, p. 16-17), “elas atuam em família, confinadas em casa, ou no que serve de casa. São invisíveis”. A mesma autora, ainda, assenta a preconceituosa definição que elas serviriam apenas para desordem da cidade, caso fossem autorizadas a frequentar as ruas. Esse fato se deve pelo barulho que

pequenas manifestações vinham fazendo em prol dos direitos das mulheres, por isso, fora argumentado que as deixando na dita invisibilidade, seriam contidas.

Contudo, muito antes das primeiras manifestações por direitos, a história delas no meio social foi dependente da história das técnicas de trabalho, mais especificamente empregando utensílios rudimentares, como a pá e a enxada, conseguia-se uma espécie de equalização dos gêneros, uma vez que as mulheres também sabiam utilizá-los e não se precisava de tamanha força física para esse ofício. Todavia, com o passar do tempo, com a descoberta do cobre e do ferro, a própria agricultura e outros serviços mais específicos, onde seria necessário desbravar florestas e fazer dos campos espaços produtivos, o homem passou a necessitar dos trabalhos de outros homens, ou seja, auferiu merecimento a força física, aquela que a mulher não emanava na mesma quantidade que o homem (BEAUVOIR, 2016). Como consequência, a mulher acabou perdendo seu espaço de representação.

Ainda, Beauvoir (2016, p. 84) afirma que diante do aparecimento desse novo manejo das técnicas de trabalho, “a propriedade privada aparece; senhor dos escravos e da terra, o homem torna-se também proprietário da mulher”. Como senhor dos escravos, o homem ganha poder de mando sobre o outro, e esse é estendido até as mulheres, que são inferiorizadas e submissas aos maridos. Elas perdem seu lugar de igualdade para com o homem por não possuírem força física como a deles. A autora citada considera nesse entendimento a explicação resumida acerca da “derrota” da mulher, ou seja, do desmerecimento do gênero feminino diante do homem.

De tal modo, as mulheres auferem ainda mais espaço dentro de seus lares, eis que passam a ser única e exclusivamente destinadas ao cuidado com os filhos, uma vez que o emprego de nutrir as crianças é da mulher. No entanto, ela não recebe qualquer reconhecimento por tal trabalho, que nunca poderia ser do homem, que, por sua vez, estava ocupado com seu trabalho fora de casa. Todavia, carece observar que somente com a conjuntura de esforços dos dois sexos a espécie humana é continuada, cabendo entender que um não terá valia sem o outro. Entretanto, os homens até hoje olham com desprezo o emprego de criar os filhos, como se fosse uma função sem valor, essa que, primordialmente, deveria ser partilhada por ambos.

Nesse contexto, Duarte (2010, p. 82) observa “que não há no Estado Social um emprego que mereça mais honra, confiança e recompensa” do que o de preocupar-se com o cuidado dos filhos e da família de uma forma geral. Tal função seria como uma vantagem, razão inclusive que deveria dar a colocação de primeiro lugar na sociedade civil para as mulheres; assim, considerando a grande valia das mulheres diante dos homens, os quais deveriam tomar tal consciência e sopesar as condições de inferioridade ligadas diretamente a esse afazer, mas que levam a própria manutenção da humanidade.

O enfrentamento dessa situação deve partir das próprias mulheres, que nunca se intimidaram para buscar seus direitos, como visto anteriormente pelo movimento iniciado por Gouges, Wollestonecraft e Lutz. Esse movimento deve começar dentro da família, como verifica Del Priore (2013, p. 08) quando ressalta que “a família é o lugar em que valores tradicionais e rupturas operam, tendo as mulheres como grandes gestoras das transformações ou transmissoras de velhos preconceitos e paradigmas. O machismo é um deles”.

Assim, o caminho acertado para os dois gêneros seria pensar em igualdade de funções, uma vez que os homens têm privado as mulheres do desenvolvimento nas áreas públicas, como na educação delas, e na sua totalidade de direitos. O que, por fim, gera mais empecilhos e enclausura as mulheres em seus lares, ou seja, deixando pelo menos a metade da população, representada pelas mulheres, sem construir um futuro próspero.

Essa desigualização discriminatória de direitos entre homens e mulheres iniciou observando um apanhado histórico, desde a chegada dos portugueses ao Brasil, com a implantação da cultura da cana-de-açúcar, bem como a entrada dos escravos africanos, pois à mulher era reservada a função de companheira, mãe e filha. Chegou-se a enviar de Portugal algumas pequenas órfãs e prostitutas para que a nova terra fosse facilmente alastrada por descendentes. Essa busca pela dispersão de povoados avigorou a função da família, na qual a mulher era mantida encarcerada e servia unicamente para a procriação (DEL PRIORI, 2013).

A própria vida da mulher, nesse sentido, também durava muito pouco, pois essa só tinha valia enquanto pudesse gerar filhos para o homem. Perrot (2007) explica que a menopausa é o ponto final da vida fértil, e assim ela perde, inclusive, sua feminilidade, uma vez que os homens não serão mais seduzidos por mulheres que passaram do tempo. Já o fim da vida, ou seja, a morte de uma mulher era tão

velada quanto as suas vidas, e os velórios eram despedidas realizadas para os homens. A mulher simplesmente devia desaparecer, agora legitimamente da sociedade.

Outrossim, culturalmente, a mulher foi definida como incapaz, como as crianças e os doentes. Ela só podia sair para o meio público em três oportunidades de sua vida: para ser batizada, casar ou ser enterrada. Elas não tinham autonomia nenhuma, eram incapacitadas e sem direitos permaneciam. Nem mesmo seus corpos lhes pertenciam, pois seus pais antes do casamento dispunham como bem entendessem e, com o casamento, o mesmo poderia acontecer pelas mãos de seus maridos. Elas eram “tomadas à força ou, muitas das vezes, vendidas pelo pai ao marido. Até uma época tardia da história europeia, o pai tinha o poder de dispor da filha e casá-la com quem bem entendesse, sem o mínimo respeito por sua vontade” (MILL, 2006, p. 87-88).

Após a celebração do casamento, outras incapacidades eram impostas às mulheres, e a principal delas, e que causava violências, era a questão da defesa da honra do marido, que igualmente era outro difusor de desigualdades enfrentadas pelas mulheres. De tal modo, visto que os casamentos eram arranjados e não existiam sentimentos amorosos entre os casais, os concubinatos e traições eram tidos como comuns para os homens, mas, para as mulheres, as que ousassem certamente acabariam violentadas gravemente por sua ousadia. Da mesma forma, o casamento entre nubentes que detinham bens era organizado frequentemente entre parentes, para que se assegurassem os bens dentro da família do homem, para que, futuramente, não houvesse conflitos acerca da divisão dos bens do casal (DEL PRIORI, 2013).

Durante o casamento, as mulheres eram então dependentes de seus maridos, e cabia a elas o papel de “fazer o trabalho de base para todo o edifício familiar – educar os filhos segundo os preceitos cristãos, ensinar-lhes as primeiras letras e atividades, cuidar do sustento e da saúde física e espiritual”. Deviam elas seguir o modelo de “Nossa Senhora”, ou seja, comportar-se com pudor e castidade, e o resultado era um círculo vicioso, o chamado patriarcalismo brasileiro. A família era orientada por um chefe, representado pela figura do pai, o senhor poderoso e temido da casa, que estabelecia sua lei e, obrigatoriamente, a quem a mulher devia respeito (DEL PRIORI, 2013, p.09-10). A lei matrimonial, como se acompanhou, era indiferente para com as mulheres, no sentido que acobertava violências de homens

mais que brutos, bem como obstaculizava o exercício de qualquer espécie de direito por elas, pois, nas épocas em que não existiam legalmente mais escravos, as mulheres eram subordinadas a fazerem os trabalhos daqueles. Eram as mulheres as únicas que poderiam ser usadas para esses fins.

Nesse sentido, é assentada a questão do contrato sexual, aquele advindo do então contrato de casamento, onde o marido obtém demasiadamente direitos sobre sua mulher, e à mulher não resta qualquer oposição. “O contrato de casamento é, também, um tipo de contrato de trabalho. Desposar-se implica ‘tornar-se dona-de-casa’ para a mulher; ou seja, a esposa é alguém que trabalha para seu marido” (PATEMAN, 1993, p. 176). Daí a comparação advinda desse contrato, em relação aos escravos e aos servos, pois a mulher perfazia nada mais que uma trabalhadora em favor do marido.

A Igreja Católica igualmente fazia uso e explorou a dominação que acompanhava os sexos - o homem e a mulher - dentro do lar conjugal, estimulando a última a ser indiscutivelmente submissa aos mandos e desmandos do marido. A relação de poder dentro da família fazia da mulher uma escrava doméstica, uma vez que lhe era conferida a totalidade dos afazeres da casa e a função de dar filhos que continuassem a descendência daquela família, em especial filhos homens; assim, materializava-se o modelo de sociedade conjugal imposto pela Igreja. Elas, inclusive, pouco podiam sair de casa, eram reservadas aos bordados, preparo de bolos, assim dedicavam horas de seus dias, seguidos por outros dias nas mesmas condições domesticadas (DEL PRIORI, 2013).

Contudo, o contrato de casamento “não é, de fato, um contrato entre os cônjuges, e sim a aceitação de certo status (externamente definido) por ambas as partes” (PATEMAN, 1993, p. 247). Não há uma adesão livre dos “contratantes” ao contrato: ao homem cabe o poder de senhor de suas vontades e à mulher, obedecer. Observa-se que, em comparação às contratações em instituições livres, as partes devem estar em níveis de igualdade para qualquer negociação, mas isso não acontece, por exemplo, nas relações de senhor e de escravo, que, desde então, sempre foram marcadas pela profunda desigualdade. Com o passar o tempo, as partes contratantes do espaço público mudaram de nome; deu-se lugar aos empresários e trabalhadores, porém a desigualdade em nível hierárquico continuou existente.

As mulheres permaneceram enfrentando a desigualdade constante na esfera privada, “mas as relações desiguais da vida doméstica são ‘naturalmente assim’ e conseqüentemente não são menos importantes que a igualdade universal do mundo público”. Sobretudo, as mulheres foram as únicas que precisaram continuar a ser vistas exclusivamente como trabalhadoras da modalidade doméstica. Sendo assim, “uma relação conjugal pode facilmente ser encarada como um remanescente da ordem doméstica pré-moderna – como uma relíquia feudal, ou um aspecto do status do antigo mundo que ainda não foi modificado pelo contrato” (PATEMAN, 1993, p. 177). As esposas foram descritas como servas de seus maridos, e as famílias, como instituições não desenvolvidas, contribuíram para a disseminação da preconceituosa diferenciação entre homens e mulheres.

Nesse contexto, as mulheres eram e ainda são vistas como dependentes ao dever conjugal e ao dever da maternidade. Elucida-se que o poder de gerar filhos era requisito importante para um matrimônio duradouro. Para os homens, ainda mais para os moradores de áreas rurais, comportava avaliar se a mulher lhe ofereceria filhos ou não, para que esses viessem a ajudar nos serviços da lavoura. Os descendentes aqui eram chamados de “riqueza do pobre” (DEL PRIORI, 2013, p. 10), porquanto muitos lavoureiros não tinham condições de comprar escravos e, assim, ocupavam seus filhos desse trabalho. Os filhos bastardos também eram comuns, e, na maioria das vezes, vinham a substituir escravos no trabalho de roça e perfaziam mais uma força de ajuda para o sustento da família.

Os homens eram velados pela ignorância em relação às minudências da sexualidade das mulheres e do parto, visto que até então às mulheres incumbia o encargo pelos métodos anticoncepcionais; a própria menstruação era mantida escondida do mundo masculino. Os cuidados com as crianças recém-nascidas eram exclusivamente da mulher; fazia-se crescer, desse modo, uma fronteira não ultrapassável do espaço masculino para o feminino. Para o homem, passar por esses desafios era como transformá-lo em “menos homem” e provocar confusões comportamentais no sexo da dominação. Era natural o pai entregar à mãe os cuidados das crianças porque elas sempre sabia o que fazer, e para isso tinha nascido (WOLF, 1992).

A esterilidade era sempre advinda da mulher, e, ainda mais grave, dava o direito de repudiá-las (PERROT, 2007). Os anticoncepcionais eram ineficientes, o que acabava por dar muitos filhos e mais cuidados para as mulheres. Alguns

também não sobreviviam, em razão das condições de vida precárias na época, como a falta de higiene e as doenças comuns que massacravam crianças antes mesmo do primeiro ano (DEL PRIORI, 2013, p. 12).

Por sua vez, mais recente e não diferentemente, Friedan (1971), escrevendo sobre o “problema sem nome” enfrentado pelas mulheres, assegurava que a voz conservadora de modelo americano de mulher não podia desejar mais do que viver para seus maridos, manter a casa limpa e se ocupar de levar os filhos para a escola; para isso,

especialistas ensinavam-lhe a agarrar seu homem e a conservá-lo, a amamentar os filhos e orientá-los no controle de suas necessidades fisiológicas, a resolver problemas de rivalidade e rebeldia adolescente; a comprar uma máquina de lavar pratos, fazer pão, preparar receitas requintadas e construir uma piscina com as próprias mãos; a vestir-se, parecer e agir de modo mais feminino e a tornar seu casamento uma aventura emocionante; a impedir o marido de morrer jovem e aos filhos de se transformarem em delinquentes (FRIEDAN, 1971, p. 17-18).

Nessas chamadas “redes de poder” em volta das mulheres, é que são estabelecidas e nominadas as desigualdades, e essas abarcam várias categorias, como gênero, classe, sexualidade, aparência física, nacionalidade, etnia... se voltando especialmente às categorias de gênero e de sexualidade, observando como são fixadas essas diferenças. Louro (1997, p. 43-44) explica que “inicialmente, parece evidente que a diferença a que se está aludindo aqui, de modo irrecorrível, remete-se a um estrito ou estreito domínio biológico, mais explicitamente, ao domínio sexual”. Contudo, questionam-se as diferenças biológicas e as sociais como formadoras de opinião, não podendo haver separação das duas, levando consideravelmente a uma discriminação entre as categorias, o que nada mais é do que a conformação das diferenças como estão posicionadas atualmente.

Isso resulta no equivocado modelo americano de feminilidade, no qual as mulheres aprendiam a lastimar pelas “perturbadas” que ansiavam serem médicas, presidentas, entre outras profissões, pois uma mulher do modelo não podia ambicionar uma carreira profissional, nem obter educação. Buscar por direitos políticos e pela independência igualmente eram coisas vistas como “erradas”. O modelo destacado de mulher era aplaudido por milhares de americanos, e seguia-se pregando como exemplo de equilíbrio e nova maturidade da mulher. A orientação preferencial era de buscar um marido para constituir família (FRIEDAN, 1971).

A tarefa da mulher consistia em criar um lar familiar ideal, ajudando o marido na busca das ambições profissionais dele. Friedan (1971, p.17-18) enfatiza que essa “missão pode ser realizada na sala, com uma criança ao colo, ou na cozinha, empunhando um abridor de latas”, não havendo vocação melhor do que a desta mulher. A mística feminina questionou, inclusive, a própria natureza da insatisfação que assombrava tais mulheres, pois até então esses trabalhos domésticos eram vistos como ideais para a mulher americana.

Do contrário, atualmente, os homens são livres para serem “pais de verdade”, revelando algo misterioso que institivamente os excluía de algo valioso, como o movimento para proximidade com os filhos. As mulheres eram encarregadas de todo o trabalho, todavia não saíam perdendo; na verdade, os perdedores eram os homens, que não participavam da criação e da educação dos filhos. Ocorre que esse trabalho era visto pelo homem como de natureza biologicamente ligado à mulher, ou seja, mais uma vez, trabalho da mulher, e qualquer pretensão de mudança, nesse sentido, não poderia acontecer de jeito algum (WOLF, 1992, p. 224).

Adiante, dada a importância da mulher e da esfera privada, é provável que o surgimento das cidades-estados e da esfera pública ocorreu fundamentalmente à custa da esfera privada da família – mantida, por óbvio, pela mulher. Apesar disso, a “santidade do lar”, mais ponderada na Grécia clássica do que na Roma antiga, nunca foi diretamente esquecida, o que por certo impedia que a *polis* violasse e regulasse a vida privada, como eram os planos de Platão (ARENDRT, 2007).

O que primordialmente caracterizava a esfera privada era que na família eram sanadas as necessidades dos integrantes dela, e essas só eram saradas na totalidade com o trabalho da mulher conjuntamente com o homem, dividindo as suas peculiaridades.

O fato de que a manutenção individual fosse tarefa do homem e a sobrevivência da espécie fosse a tarefa da mulher era tido como óbvio; e ambas estas funções naturais, o labor do homem no suprimento de alimentos e o labor da mulher no parto, eram sujeitas à mesma premência da vida. Portanto, a comunidade natural do lar decorria da necessidade: era a necessidade que reinava sobre todas as atividades exercidas no lar (ARENDRT, 2007, p. 39-40).

Entretanto, a mulher é vista como um ser humano com capacidade limitada, em desigualdade de condição para com o homem. Assim sendo, ficavam esclarecidos e impregnados os problemas de gênero em relação à profissão de uma

mulher. As diferentes culturas que buscavam eram problemas diante do modelo de “dona de casa” até então cultuado e vendido pela indústria machista, visto que essa barreira impedia a mulher de exercer seus direitos na totalidade.

Destarte, ganha espaço e entendimento no cotidiano das mulheres o “problema sem nome”, caracterizado por um desejo de algo a mais da mulher, mais do que lavar pratos, mais do que levar as crianças à escola. Ela queria mais, porém ainda não o conseguia alcançá-lo (FRIEDAN, 1971). A autora também coloca em dúvida a aplicação da psicanálise de Freud nas mulheres, pelo uso de ideias e modelos dos “pseudo-entendidos”, que causou a paralização da mulher, ao invés de incrementar sua libertação, como escreve no trecho abaixo:

ponho em dúvida seu uso, não em terapia, mas no modo como se infiltrou na vida da americana — através de revistas populares e das opiniões e interpretações de pseudo-entendidos. Creio que grande parte da teoria relativa à mulher está obsoleta e tornou-se hoje um obstáculo ao alcance da verdade na América, além de ser uma das causas principais do problema sem nome. Há aqui vários paradoxos. O conceito freudiano do superego ajudou a libertar o homem da tirania dos «deveres» e da tirania do passado, que impede a criança de tornar-se adulta. Contudo, a teoria freudiana ajudou a criar um novo superego que paralisa a mulher culta de hoje — uma nova tirania de «deveres» que a acorrenta a uma velha imagem, impedindo-a de evoluir e optar, e negando-lhe identidade como indivíduo (FRIEDAN, 1971, p. 92).

Nesse sentido, a própria sociedade impõe o encargo de a mulher servir ao homem. O serviço da mulher gera consequências para o homem, já que “ele deve à esposa presentes ou uma herança e compromete-se a sustentá-la; é por seu intermédio que a sociedade se desobriga em relação à mulher que lhe entrega” (BEAUVOIR, 2016, p. 187). De tal modo, os direitos das mulheres são considerados como deveres os quais elas cumprirão durante toda a vida em favor dos seus maridos, pois são entregues ao poder deles.

Cabe acrescentar que, na antiguidade, existiram tribos cujas mulheres lideravam. Campos e Corrêa (2007, p. 99) esclarecem sobre a sociedade matrifocal destruída lentamente pelo patriarcado, imposto pelos homens

na Gália, antes da invasão pelos romanos, era cultuada a religião denominada druidismo, a mesma cresça dos celtas da Bretanha, atualmente território da Irlanda e Escócia. Para celtas e gauleses, a mulher era considerada a única fonte de vida, Deus era feminino, uma vez que a mulher dava à luz. Era a sociedade matrifocal. Lentamente, as sucessivas guerras organizadas foram destruindo as tribos matrifocais, fazendo prevalecer o domínio masculino. Com o tempo, a posição da mulher ficou

nivelada à dos escravos, e assim o Império Romano atingiu seu objetivo que era o triunfo do patriarcado.

Nas sociedades matriarcais, a guerra e a violência não eram conhecidas, não havia classes, nem mesmo uma estrutura de poder entre as mulheres. Não havia desigualdades entre homens e mulheres, o objetivo era a celebração da vida e adorar a natureza como um ser divino. “Tal sociedade teria existido na Europa e na Ásia, pelo menos desde o ano 35.000 a.C. Mas os traços dessa cultura foram progressivamente sendo extintos a partir de 4.000 a.C.”, quando a sociedade patriarcal foi introduzida fortemente e invasores alastraram a cultura da guerra (CAMPOS; CORRÊA, 2007, p. 99).

Essa sociedade se mostra interessante até mesmo nos dias atuais, uma vez que considerava as diferenças entre homens e mulheres, e as violências e as guerras não eram sinônimo de poder hierarquizado. O contrário das sociedades patriarcais, que só conseguiam chegar ao poder de comando através de destruições violadoras de direitos dos indivíduos.

Gorszewski e Martín (2018, p. 41) resumem que a desigualdade de direitos causa em detrimento do feminino, uma “exclusión de las mujeres de la titularidad de derechos ha provocado una discriminación histórica con graves consecuencias, desembocando en graves desigualdade sociales, políticas, económicas y jurídicas”.

O resultado das desigualdades apontadas acima, da superioridade masculina, das condições de reserva ao ambiente familiar da mulher, da inferioridade na vida profissional, da baixa escolaridade, sem dúvida, são violações aos direitos fundamentais e humanos das mulheres. Ainda pior, acendem graves violências físicas, psicológicas, morais e sexuais, as quais são suportadas diariamente por mulheres de todas as idades, escolaridades, classes sociais, raças, como poderá ser visto no próximo item.

2.3 A violência contra a mulher: definições e a problemática do cenário nacional

A violência de gênero, que pode ser vista como violência doméstica, quando praticada dentro da casa da vítima e também como violência familiar, quando praticada pelos integrantes da família, é, pela conceituação ampla, um regime da dominação exercido sobre mulheres pelo poder dos homens. Como visto no ponto

anterior, embora as mudanças trazidas, inclusive por legislações e convenções internacionais e nacionais, o homem naturalizado como chefe da família ainda assegura poder de escolha sobre sua esposa e seus filhos, os quais ele segue dominando e violentando.

Nesse sentido, ressalta-se que a violência “é uma constante na natureza humana. Desde a aurora do homem e, possivelmente, até o crepúsculo da civilização, este triste atributo parece acompanhar passo a passo a humanidade” (PORTO, 2007, p. 13). Contudo, na vida do homem, a violência sempre se mostrou mais determinante; primeiramente porque é através dela que a maioria concentra sua força dominadora; secundamente, pelas diferenças físicas de homens e mulheres.

Por outro lado, Harari (2018, p. 163) concentra seu entendimento que a violência sucedida pelo homem “não advém da força, mas da agressão. Milhões de anos de evolução tornaram os homens muito mais violentos que as mulheres [...]. É por isso que, em toda a história, a guerra sempre foi uma prerrogativa masculina”. Portanto, a agressividade advinda do homem é o que o torna mais violento do que a mulher, já sabe que essa foi uma característica que o acompanhou historicamente no seu desenvolvimento como homem.

Dessa forma, a violência contra a mulher hoje pode ser considerada um problema social, mesmo que, ao longo dos anos, variadas políticas públicas, legislações e ações foram realizadas no escopo de debater e coibir agressão que pode ser física ou psíquica, essa questão ainda permanece na atualidade. O início do processo contra a violência da mulher deu-se pelas Nações Unidas, quando aprovou, em 1979, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.

A referida convenção internacional foi a mais bem recebida pelos Estados, e aprovada quase na totalidade, porém a que mais recebeu reservas, e o ponto de maior conflito foi exatamente em relação à “igualdade de gênero”, que, até mesmo, pode ser ponderada como finalidade da declaração, constante expressamente no texto do referido documento internacional (COMPARATO, 2008). No dizer de Piovesan, o documento internacional acentua em seu texto a igualdade entre homem e mulher (2010, p. 203): “a Convenção se fundamenta na dupla obrigação de eliminar a discriminação e de assegurar a igualdade. Trata do princípio de igualdade, seja como obrigação vinculante, seja como objetivo”.

Desse modo, ampara-se em duas tutelas: a repressiva, que proíbe a discriminação, e a positiva, destinada a criar estratégias de igualdade entre homens e mulheres com políticas compensatórias, por exemplo, as previstas na Lei Maria da Penha, as quais devem ser alcançadas com prioridade para que se consiga a igualdade material dos gêneros pretendida pelo ordenamento jurídico e social (CAMPOS; CORRÊA, 2007).

Em relação ao ordenamento jurídico nacional, a primeira vista para a igualdade entre homens e mulheres deu-se em 1988, na Constituição Federal, vindo essa a abranger em seu texto legal item específico dedicado às mulheres, assim como à criança, ao adolescente, ao idoso, aos índios, e a outros grupos que até então eram esquecidos, ou deixados de lado, pois pouco poder podiam exercer. O fato de a Constituição trazer tais mandamentos demonstra a preocupação com a igualdade material pretendida e devidamente adequada (BRASIL, 1988).

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988, adotando o princípio da igualdade de direitos, onde todos os indivíduos têm direito a tratamento idêntico pela lei, onde não são aceitas discriminações e diferenciações entre os gêneros, devendo ser o tratamento desigual para os casos desiguais, ou seja, levando em consideração a situação de inferioridade da mulher, atende o conceito de justiça almejado pelo legislador constitucional (CAMPOS; CORRÊA, 2007).

Acrescenta-se que a adequada interpretação do texto constitucional torna inadmissível a discriminação por sexo, sempre que o mesmo seja utilizado para diferenciar materialmente o homem da mulher. O contrário, no entanto, é perfeitamente aceito, quando o desígnio for enfraquecer as diferenciações discriminatórias. Tanto é que a lei constitucional, no artigo 226, § 8º, descreve que é dever do Estado prestar assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações, demonstrando-se, inclusive, que ações devem ser postuladas pelo Estado em relação a coibir e erradicar a violência contra a mulher (BRASIL, 1988).

Adiante, em se tratando de instrumentos internacionais de prevenção à violência contra a mulher advinda historicamente pelas noções preconceituosas de desigualdade em desfavor da mulher, importante documento foi adotado no ano de 1993. A Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher repercutiu internacionalmente, e, mais à frente, em 1999, concluiu-se o protocolo facultativo da Convenção, estabelecendo o mecanismo de petição, o qual acolhe a condução de

denúncias de violação de direitos proferidos na Convenção, a julgamento pelo Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (PIOVESAN, 2010).

Além disso, foi autorizado o procedimento investigativo que habilita o Comitê a examinar a existência de grave violação aos direitos das mulheres. Em se tratando de violência contra a mulher, é proeminente frisar que a Convenção não traz de forma explícita o que se subentende como grave discriminação. A Declaração de 1993 define violência da seguinte forma:

a expressão “violência contra as mulheres” significa qualquer ato de violência baseado no gênero do qual resulte, ou possa resultar, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, a coação ou a privação arbitrária de liberdade, que ocorra, quer na vida pública, quer na vida privada (DECLARAÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1993).

A referida Convenção assevera que a violência contra a mulher constitui violação aos direitos humanos, assim como às liberdades fundamentais, limitando o exercício de direitos, de tal modo em atenção à ofensa à dignidade da pessoa humana, sopesando que a eliminação da violência contra a mulher é condição *sine qua non* para o desenvolvimento individual das mulheres, e ainda, de toda a sociedade onde ela esteja inserida (PIOVESAN, 2010).

A Declaração igualmente complementa com as formas que essa pode acontecer, ou seja, estão próximas: no seio familiar, na comunidade em geral e também um pouco mais longe onde quer que ocorra tal situação, nos termos do artigo 2º:

A violência contra as mulheres abrange os seguintes atos, embora não se limite aos mesmos:

a) violência física, sexual e psicológica ocorrida no seio da família, incluindo os maus-tratos, o abuso sexual das crianças do sexo feminino no lar, a violência relacionada com o dote, a violação conjugal, a mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais nocivas para as mulheres, os atos de violência praticados por outros membros da família e a violência relacionada com a exploração;

b) violência física, sexual e psicológica praticada na comunidade em geral, incluindo a violação, o abuso sexual, o assédio e a intimidação sexuais no local de trabalho, nas instituições educativas e em outros locais, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada;

c) violência física, sexual e psicológica praticada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra (DECLARAÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1993).

Em âmbito nacional, a violência contra a mulher começou a ser tratada pela Lei nº 11.340/06, mais conhecida como Lei Maria da Penha, no ano de 2006, cujo

aparecimento se deve à violência doméstica perpetrada pelo então marido contra Maria da Penha Maia Fernandes, no ano de 1983, sendo a primeira violência por disparos de arma de fogo, fato que a deixou paraplégica, e a segunda por eletrocussão durante o banho. Após os acontecimentos violentos, Maria da Penha resolveu denunciar o marido por violência doméstica na modalidade de tentativa de homicídio (CUNHA; PINTO, 2011).

Ocorre que pela tardança no julgamento do processo criminal, devido a inúmeros recursos protelatórios da defesa do marido, o processo não se encaminhava para o deslinde. Maria da Penha, então, incansável em sua caminhada na busca de justiça, angariou ajuda nas instituições locais de Direitos Humanos, para nessa situação, formalizar uma denúncia perante Comissão Interamericana de Direitos Humanos. A denúncia gerou o processo número 12.051, pelo qual o Estado brasileiro restou condenado por não possuir mecanismos eficientes para impedir a violência doméstica contra a mulher (CUNHA; PINTO, 2011).

A concepção da lei foi de extrema importância na luta contra a realidade assustadora de violência doméstica e contra a desigualdade de gênero, nas palavras de Aquino e Costa (2011, p. 130):

de modo amplo, a Lei Maria da Penha preocupa-se também em apontar as questões referentes à assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, bem como a necessidade imprescindível da criação de políticas públicas que visem a coibir todas as formas de violência contra a mulher, através do esforço conjunto da União, Estados e Municípios para promover a integração do Poder Judiciário, do Ministério Público e das Defensorias Públicas com os órgãos de segurança pública, assistência social, saúde, educação, entre outros. Possibilita também a promoção de estudos, pesquisas e estatísticas que dizem respeito às causas, às consequências e à frequência dos atos de violência contra a mulher, além da veiculação e da realização de campanhas educativas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher, voltadas ao público escolar e à sociedade, com o intuito de difundir os instrumentos de proteção previstos na referida legislação e que objetivam a proteção aos direitos humanos das mulheres.

Portanto, almejando diminuir o diferenciador aspecto cultural que envolve os direitos e as garantias igualitárias para as mulheres, os artigos 8º e 9º, da Lei 11.340/06 - Lei Maria da Penha -, apresentam em suas disposições variadas diretrizes de políticas públicas, com ações para a prevenção e a erradicação da violência contra as mulheres, como: a implementação de redes de serviços interinstitucionais, promoção de estudos e estatísticas, avaliação dos resultados,

atendimento multidisciplinar, delegacias especializadas, casas-abrigo e realização de campanhas educativas, capacitação permanente dos integrantes dos órgãos envolvidos na questão, celebração de convênios e parcerias e a inclusão de conteúdos de equidade de gênero nos currículos escolares.

Ressalta-se que anteriormente à Lei Maria da Penha, os homens acreditavam ter liberdade de agredir suas esposas, companheiras e namoradas, pois as enxergavam com inferioridade e como propriedade, tendo em vista o ultrapassado Código Civil de 1916, em que a mulher, a partir do casamento, perdia seus direitos, tornando-se relativamente capaz. O referido código somente veio a perder autoridade em relação aos direitos das mulheres com o advento do Estatuto da Mulher Casada. No dizer de Dias (2007, p. 21),

até o advento da Lei Maria da Penha, a violência doméstica não mereceu a devida atenção, nem da sociedade, nem do legislador e muito menos do Judiciário. Como eram situações que ocorriam no interior do lar, doce lar, ninguém interferia. Afinal, em briga de marido e mulher ninguém põe a colher!

Por fim, observa-se que a legislação brasileira de proteção das mulheres vítimas de violência foi criada com uma vasta participação de movimentos em prol dos direitos das mulheres. O envolvimento foi completo desde a tramitação do projeto até as contribuições acerca do conteúdo proposto na referida lei. À época da elaboração do projeto, a temática da violência contra as mulheres estava presente nos textos de seis projetos de lei. Sobressai-se a informação que a maioria alterava artigos do Código Penal, legislação essa do ano de 1940, e um tanto quanto ultrapassada para a atualidade, como seguem os projetos:

Projeto de Lei n. 3.901/00 – Transformou-se na Lei 10.455, em 13 de maio de 2002. A lei implicou na alteração dos procedimentos da Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais, prevendo que em casos de violência doméstica seria facultado ao juiz determinar a medida cautelar de afastamento do agressor do lar, domicílio ou local de convivência com a vítima.

Projeto de Lei n. 5.172/2001 – Cuidava dos efeitos do abandono justificado do lar.

Projeto de Lei n. 6.760/2002 – Objetivava alterar o art. 129 do Código Penal (Lesão Corporal).

Projeto de Lei n. 905/1999 – Propunha que o juiz ou conciliador deveriam apresentar às partes “os benefícios da conduta familiar pacífica, os direitos e deveres de cada ente da família, firmando-se o pacto de cessação da violência, que será assinado pelas partes e homologado pelo juiz”.

Projeto de Lei n. 1.439/1999 (foi anexado ao PL 905/1999).

Projeto de Lei n. 2.372/2000 – Tratava do afastamento do agressor da habitação familiar, como uma medida cautelar e definia seu descumprimento como crime de desobediência. Cumpre salientar que a medida de afastamento do agressor constituía em uma das reivindicações do movimento de mulheres (CALAZANS; CORTES, 2011, p. 40-41).

No entanto, ao longo da história, a violência sofrida pelas mulheres nem sempre foi considerada uma problemática que carecia de resposta estatal, pelo fato dessa ação ocorrer no espaço doméstico/privado e em meio a relações conjugais e familiares como argumentado acima. Dessa maneira, muitos dos casos de violência não são reputados às autoridades e, assim, permanecem silenciados da mesma maneira que suas vítimas. Apesar de existir há muito tempo um número expressivo de mulheres de todas as classes sociais submetidas à violência de variados tipos, essas eram aceitas, inclusive, por elas, como questão de ordem privada e, nesse lugar, deveriam ser resolvidas.

Esses fatos remontam à época do Brasil colônia, como exposto anteriormente, uma vez que a ideologia patriarcal atribuía aos homens poder sobre as mulheres, por força das relações conjugais e familiares. Isso comumente acontecia nas minorias dominantes, mas que facilmente também passou a reger outras classes sociais. De tal modo, facilmente foi disseminado o pensamento errôneo de posse sobre a mulher, o qual também passou a ser vinculado fortemente com a honra masculina, pois cabia ao homem discipliná-la e controlá-la, justificado o uso de graves violências. “O Código Filipino que permaneceu vigente no Brasil até o século XIX permitia que o marido assassinasse a esposa adúltera, da mesma forma era facultado aos homens o enclausuramento forçado da esposa e filhas” (PINSKI; PEDRO, 2013, p. 287).

Observa-se que a dominação masculina era igualmente garantida por leis e demais convenções, transformando o espaço do lar em lugar distinto para a perpetuação da violência contra a mulher. Esse poder era ecoado como uma forma de garantir a disciplina delas, pois uma moral sexual de via dupla foi difundida, uma vez que ao homem tudo era permitido, e à mulher, pelo contrário, era reprimida, o que facilmente a levava a acreditar que era a própria culpada pelas agressões sofridas. Isso também pode ser acompanhado pela criminalização da mulher pelo cometimento de adultério, pois

tanto nos códigos de 1830 e 1890, quanto na Consolidação das Leis Penais, de 1932, a mulher casada que cometesse adultério seria punida com pena de um a três anos de prisão. Mas o marido só incorria nessa pena quando tivesse concubina “teúda e manteúda”, o que significa ser permitido aos homens ter amantes, desde que não as sustentassem. Essa distinção só desapareceu no Código Penal de 1940, que também reduziu a pena para detenção de 15 dias a 6 meses. Até 2005 (quando o adultério deixou de ser crime no Brasil), a condenação legal da mulher adúltera legitimava, no senso comum, a violência conjugal – incluindo, no limite, o assassinato “em defesa da honra” – como forma de punição privada, praticada por maridos, supostamente ou de fato, traídos (PINSKI; PEDRO, 2013, p. 288).

Por sua vez, no século XXI, tem-se debatido a violência contra a mulher como um mal silencioso. Não somente são difundidas, ao longo do tempo, as graves violências físicas advindas dos maridos; também agora as agressões apresentam-se de forma moral e psicológica. Entre os agressores, estão os namorados, os companheiros, os maridos, os irmãos, os pais os filhos e ainda aqueles que já deixaram o convívio diário, entretanto continuam buscando a antiga companheira/namorada/esposa para variadas formas de agressão. Saffioti (2004), como marco teórico para o tema, trata a violência como qualquer forma de agressão à integridade, seja ela física, psíquica, sexual ou moral.

Dessa forma, mais especificamente a violência contra a mulher pode ser entendida, conforme Boff (2011, p. 17), como “qualquer conduta, quer ação ou omissão, de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher”. Assim, vista a justificativa discriminatória e inconstitucional da superioridade do homem e a violência necessariamente dali advinda, é de fácil entendimento que a violência contra a mulher é crescente, possuindo como base o predominante modelo machista e patriarcal da sociedade brasileira.

O lugar onde essas violências são cotidianamente sofridas igualmente acrescenta vulnerabilidade para a mulher, uma vez que os espaços públicos são os lugares onde os homens sofrem violências advindas de outros homens. Todavia, no espaço privado, eles garantem o uso da força física em desfavor das mulheres, perfazendo o domicílio um ambiente extremamente violento para mulheres e para as crianças, especialmente do sexo feminino, que já são inferiorizadas desde idade tenra. Parte daí a ideia que “as quatro paredes de uma casa guardam os segredos de sevícias, humilhações e atos libidinosos/estupros graças à posição subalterna da mulher” (SAFFIOTI, 1995, p. 33-34).

Em consonância com o anterior, Campos e Corrêa (2007, p. 128-139) asseguram que “é entre as quatro paredes do ‘lar, doce lar’ que existem as maiores ameaças à vida da mulher”. As marcas das violências são tratadas de antemão pelos serviços de saúde, porém a vítima nem sempre será curada e, após a primeira, a segunda e quem sabe a terceira agressão, essas mulheres retornarem “invisivelmente” às suas condições de vida obstaculizadas e a esse ciclo da violência que pode culminar na sua morte. Destacam as autoras dados da área da saúde da mulher, em que são reconhecidas vítimas das mais cruéis violências e suas doenças, perduradas anos após anos nos postos médicos, por desamor e desamparo da família (CAMPOS; CORRÊA, 2007).

Dessa estrutura familiar patriarcal e de diferenciação quanto à mulher dentro de sua residência, é que se têm garantidas plenas vantagens para os homens, surgindo, inclusive, o pânico de transformá-la quando se cogita alguma mudança, pois a mesma vale como basilar da sociedade, ganha forças pela sacralidade da família. Desse modo, constrói um “muro de silêncio” em torno das violências sofridas no próprio lar, culminando em um circuito de violência interminável e que dificilmente será vencido.

Nesse sentido, frisa-se que a violência física é a que causa maior comoção e repulsa nas pessoas, eis que é visível. São olhos roxos, mechas de cabelo arrancadas, braços quebrados, mãos mutiladas. As violências morais e as psicológicas são tão graves quanto a que é aparente, visto que adoecem a alma da vítima, fazem-na sentir-se culpada pelo acontecimento ou “acidente”, como muitas relatam em atendimentos nas delegacias e demais centros especializados no amparo da violência contra a mulher.

Nesse contexto, não se pode esconder que a violência é um fenômeno naturalizado no cenário brasileiro. Mesmo o Estado brasileiro ratificando documentos internacionais de proteção às mulheres, assumindo obrigações no plano nacional, a garantia dos direitos humanos das mulheres na esfera das relações domésticas e familiares é uma realidade bem distante da almejada quanto à proteção das mulheres. A recente pesquisa realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e pelo Instituto de Pesquisa Datafolha demonstra em números a situação preocupante dos casos de violência, inclusive, apontando que para uma redução dos índices de violência contra as mulheres, é necessária uma ampliação das

políticas públicas desenvolvidas pelo Estado, que se mostram insuficientes para modificar tal situação calamitosa.

A referida pesquisa foi alcançada a nível nacional. As entrevistas foram realizadas em 130 municípios com homens e mulheres, durante os dias 04 e 05 de fevereiro de 2019. Primeiramente, foram expostas seis situações de violência contra a mulher, das quais 59,1% dos entrevistados responderam que ao menos uma das violações havia acontecido nas imediações de sua residência nos últimos doze meses. Destaque para a questão respondida pela maioria das mulheres, que declararam terem visto homens violentando namoradas, esposas, companheiras, de relacionamentos anteriores e atuais. Já os homens ponderaram situações de ciúmes de namoradas, esposas e companheiras, que geraram violência de homens brigando com outros homens (DATAFOLHA; FBSP, 2019).

O gráfico a seguir demanda os percentuais de cada violência presenciada pelos entrevistados, quais sejam: 42,6% assistiram homens abordando mulheres na rua de forma desrespeitosa; 36,6% avistaram homens humilhando, xingando ou ameaçando namoradas, mulheres e companheiras de relacionamentos pretéritos e atuais; 33,7% viram homens brigando, se agredindo, se ameaçando ou discutindo por causa de ciúmes de uma namorada, companheira ou mulheres; 28,7% presenciaram mulheres que residem na sua vizinhança sendo ameaçadas por seus companheiros, maridos, namorados atuais e antigos (DATAFOLHA; FBSP, 2019).

Gráfico 01 – viu alguma dessas situações acontecendo no seu bairro ou comunidade nos últimos 12 meses

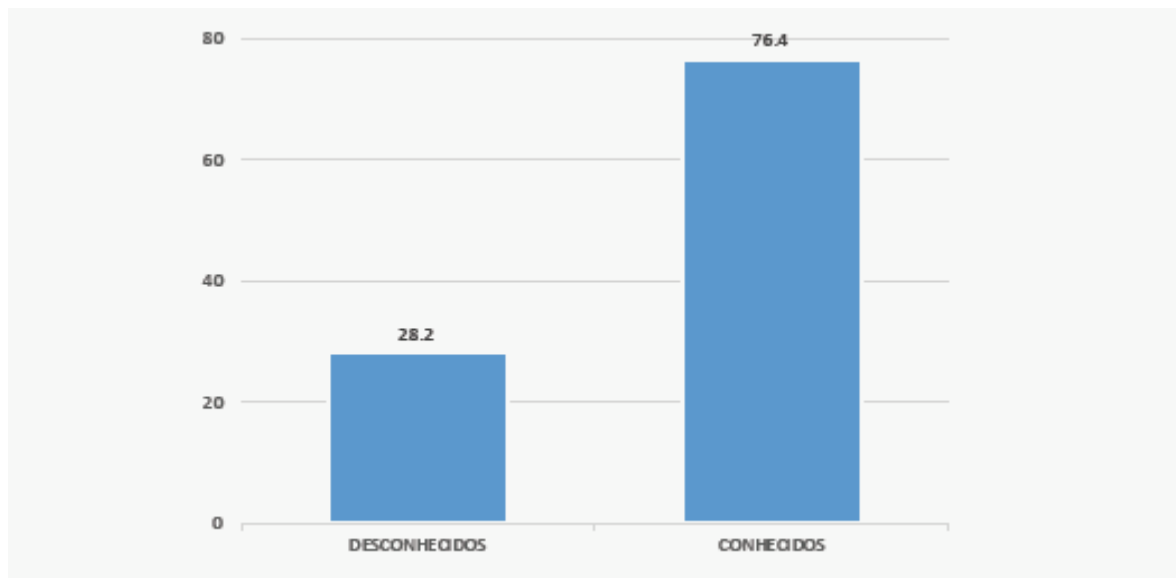


Fonte: DATAFOLHA/FBSP, 2019.

Continuando, outros 27,7% dos entrevistados viram mulheres que residem na sua vizinhança sendo agredidas por maridos, companheiros, namorados, ou ex-maridos, ex-companheiros e ex-namorados; 20,3% observaram meninas, moças ou mulheres adultas que residem na sua vizinhança sendo agredidas por parentes como pai, padrasto, irmão, tio, cunhado, avô, etc. Finalizando, 40,9% não viram nenhuma situação das relatadas anteriormente (DATAFOLHA; FBSP, 2019).

Em relação ao perfil do agressor, como já previsto acima na dicotomia homem mulher, o maior violentador permanece sendo oriundo do meio de conhecidos da mulher, ou seja, são pessoas próximas da vítima e que se utilizam dessa proximidade para perpetuar tais agressões. O gráfico que segue elucida que 76,4% dos agressores são conhecidos da vítima e apenas 28,2 são desconhecidos. Dados esses que se complementam com o gráfico anterior, cujas principais vítimas eram mulheres nas condições de namoradas, esposas e companheiras, inclusive aquelas que não mais mantinham relacionamento com os agressores, todavia, algum dia, foram próximas de seus agressores (DATAFOLHA; FBSP, 2019).

Gráfico 02 – tipo do agressor considerando a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses

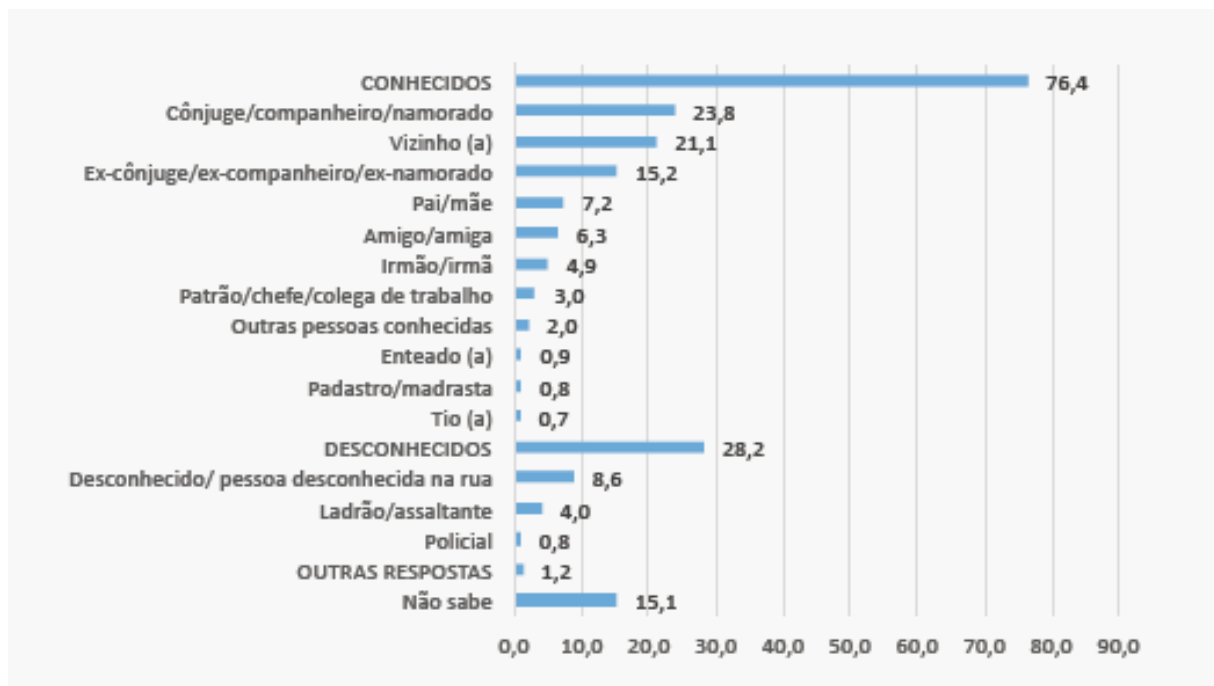


Fonte: DATAFOLHA/FBSP, 2019.

A pesquisa foi além nas entrevistas e questionou acerca dos conhecidos praticantes de violência, de quem eles se tratavam especificamente; o cônjuge, o companheiro ou o namorado apareceram em 23,8% das respostas; o vizinho em

21,1%; o ex-cônjuge, o ex-companheiro e o ex-namorado somaram 15,2%; o pai ou a mãe foram apontados por 7,2%; o amigo ou a amiga resultaram em 6,3%; o irmão ou a irmã em 4,9%; o chefe ou os colegas do escritório 3,0%, e os que não sabem identificar a pessoa do agressor perfazem 15,1%. Outros pequenos percentuais são anunciados no próximo gráfico.

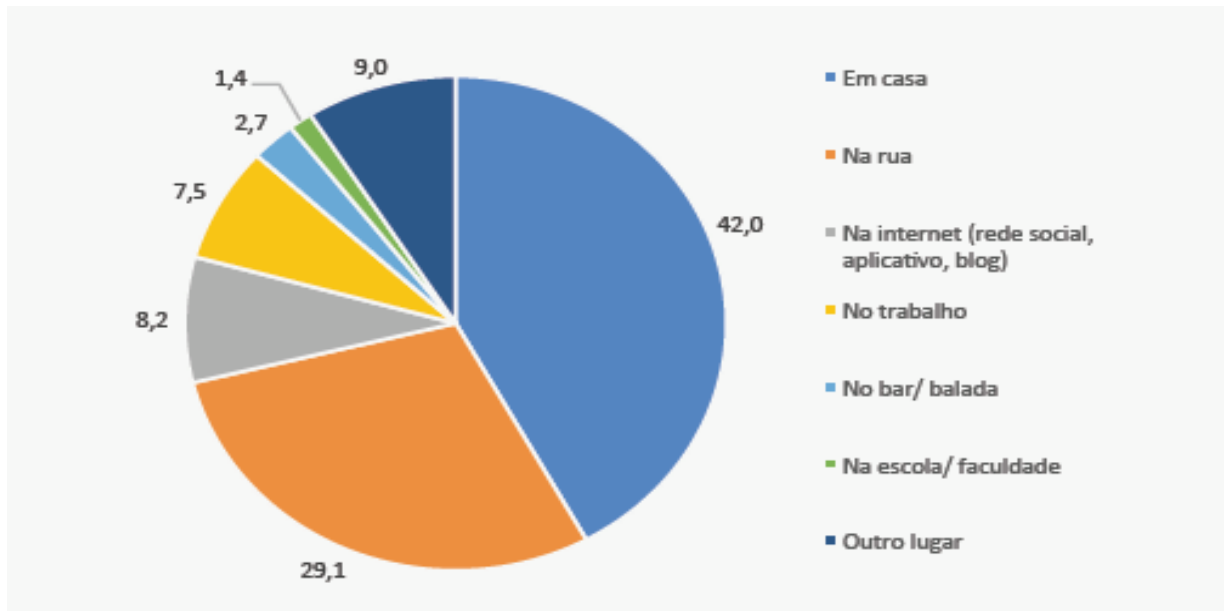
Gráfico 03 – tipo do agressor considerando a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses



Fonte: DATAFOLHA/FBSP, 2019.

Outro ponto de destaque da pesquisa se deve ao local onde as agressões foram praticadas contra as mulheres, sendo que 42% delas afirmaram que sua casa foi o local da violência; outras mulheres, que totalizaram 29,1%, garantiram ter sofrido a violência na rua. Ainda, quanto à internet e o trabalho, o percentual encontrado foi de 8,2% e 7,5% do total, respectivamente; os bares e a balada perfizeram 2,7% e a escola ou a faculdade, 1,4% das entrevistadas.

Gráfico 04 – tipo do local considerando a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses

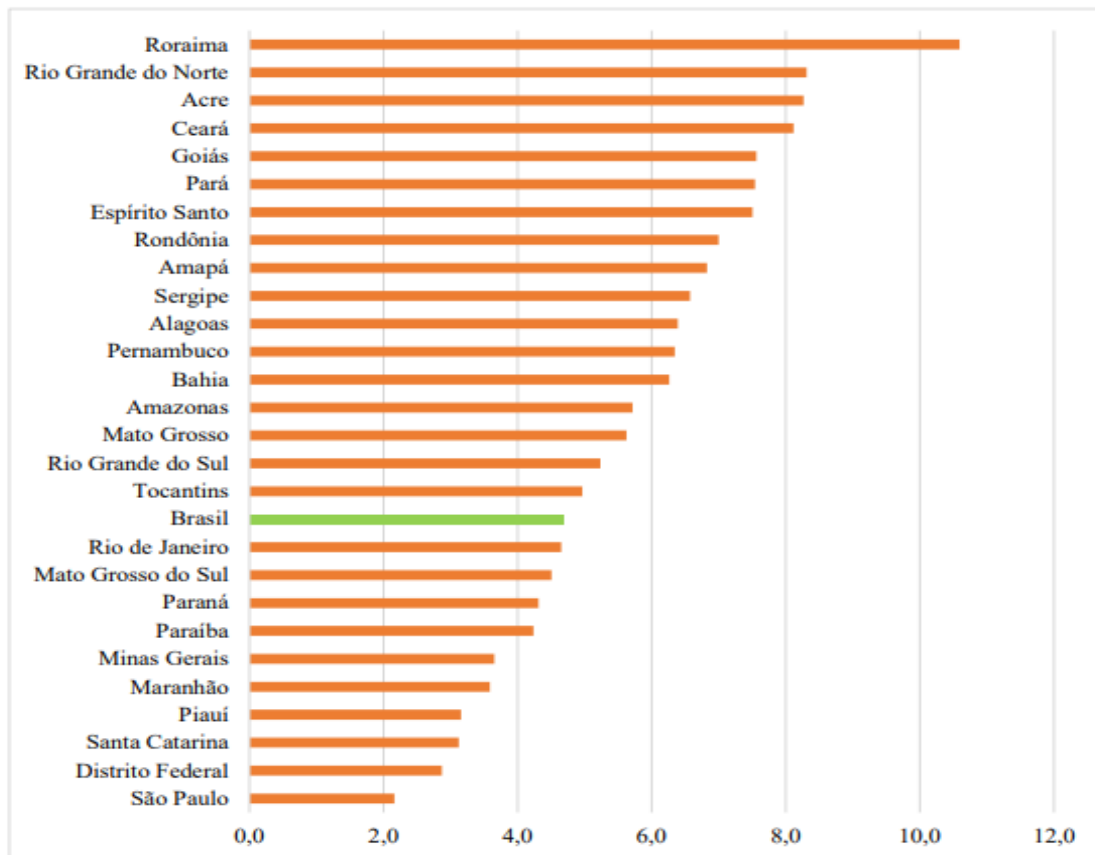


Fonte: DATAFOLHA/FBSP, 2019.

A situação da violência contra a mulher igualmente foi divulgada pelo Atlas da Violência 2019, pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Inicialmente, foi verificado um aumento de 30,7 % dos homicídios de mulheres durante os anos da pesquisa, quais sejam 2007 a 2017.

No estado do Rio Grande do Norte, houve um aumento de 214,4% entre os anos do estudo; no Ceará, o aumento foi de 176,9% e, em Sergipe, 107%, o que mais uma vez destaca que a violência contra a mulher só faz crescer ano após ano. O estado de Roraima, levando em consideração o grupo de 100 mil pessoas, somou 10,6 % de mulheres vítimas de homicídio, o segundo estado foi o Acre, com o percentual de 8,3%, Rio Grande do Norte igualmente com 8,3%, Ceará com 8,1%, Goiás com 7,6% e Pará e Espírito Santo finalizando com 7,5%, como os mais expressivos números resultantes da pesquisa Atlas da violência 2019 (IPEA, 2019). O gráfico a seguir traz a situação de todos os estados brasileiros com relação à taxa percentual dos homicídios de mulheres em 2017.

Gráfico 05 – taxa de homicídios por 100 mil mulheres na UFs (2017)



Fonte: DIEST/IPEA E FBSP – ATLAS DA VIOLÊNCIA 2019.

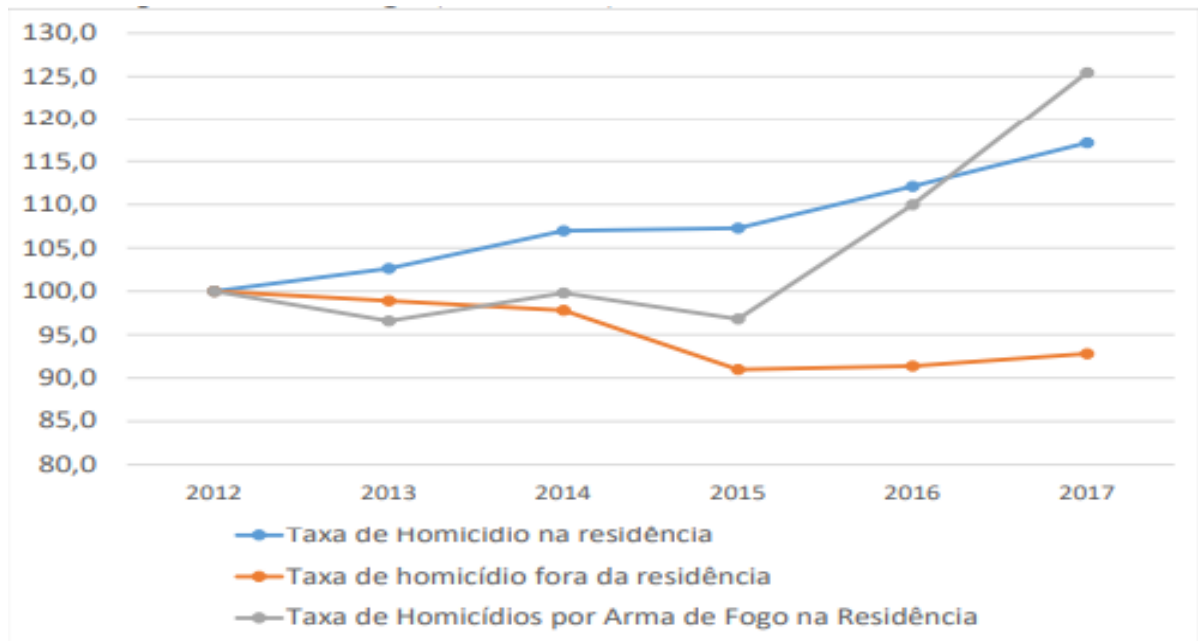
A pesquisa sobre os homicídios de mulheres revelou um crescimento nos casos de Femicídio, como é chamado o homicídio de mulheres por questões de gênero. No entanto, cabe salientar que durante o estudo da referida pesquisa, foi aprovada a Lei 13.104, mais precisamente no ano de 2015, assim tais números podem refletir consideravelmente o aumento dos casos ou, ainda, o novo enquadramento dado pela lei específica, visto que agora ela já é conhecida e, assim, cabe às autoridades policiais especificar os casos de Femicídio.

Para tentar esclarecer, passou-se a utilizar na pesquisa os micros dados da saúde, pelos quais se conseguiu definir o local da morte, apurando-se o seguinte dado: 28,5% dos homicídios ocorreram na casa da vítima, sendo apontados esses como oriundos de violência doméstica.

O gráfico a seguir, com as taxas de homicídios, ilustra a evolução dos casos cometidos fora e dentro da residência, bem como aqueles em que foi utilizada arma de fogo. Constatou-se que, embora nos primeiros anos os números pouco se

alterassem, nos dois últimos, o crescimento acelerado é evidenciado, o qual concorre com um aumento significativo do uso da arma de fogo nessas violações.

Gráfico 06 - Índices de base 100 da evolução das taxas de homicídio de mulheres dentro e fora da residência e ainda por arma de fogo



Fonte: DIEST/IPEA E FBSP – ATLAS DA VIOLÊNCIA 2019.

Dessa forma, toda a sociedade deve se preocupar com as condições de violência que muitas mulheres vêm enfrentando, ante os dados alarmantes acima diagnosticados, visto que, conforme Cunha e Pinto (2011, p. 45), a mulher acha-se “em regra, desvalorizada no seu trabalho doméstico, agredida nesse mesmo espaço sem ter a quem socorrer, pois, muitas vezes, depende do agressor, seja afetiva, familiar, ou financeiramente”. Assim, não consegue sozinha se livrar dessa situação de violência.

Campos e Corrêa (2007, p.126-127) assentam que a sociedade contemporânea é assombrada pelo mal da violência física e psicológica, porquanto, em vários países, as legislações e as práticas habituais tratam as mulheres como segunda classe, negando desde o direito à propriedade, até recursos econômicos. Elas acrescentam que as mulheres não têm representação igual à dos homens em cargos de liderança, fazendo com que não disponham de poderes para a tomada de decisões. As autoras protestam pela necessária e impreterível modificação de

atitude da sociedade diante das mulheres. Além disso, segundo Dias (2007, p. 16), “a sociedade protege a agressividade masculina, constrói a imagem de superioridade do sexo que é respeitado por sua virilidade”. A autora chama atenção ao fato de que a sociedade também contribui para a violência com os valores controversos que repassa para futuras gerações, quando ressalta que

ninguém dúvida que a violência sofrida pela mulher não é exclusivamente de responsabilidade do agressor. A sociedade ainda cultiva valores que incentivam a violência, o que impõe a necessidade de se tomar consciência de que a culpa é de todos. O fundamento é cultural e decorre da desigualdade no exercício de poder e que leva a uma relação de dominante e dominado. Essas posturas acabam sendo referendadas pelo Estado. Daí o absoluto descaso de que sempre foi alvo a violência doméstica (DIAS, 2008, p. 15).

A violência contra a mulher também resulta do silêncio da sociedade para com o tratamento dessas violações de direitos. O fundamento da desigualdade e da inferioridade das mulheres é repassado de geração em geração, por homens que consideram seu poder e sua superioridade diante da mulher, e que a fazem acreditar que a dor do sofrimento deve fazer parte da sua vida. Como o argumentado por Beauvoir, quando questionada acerca do tratamento dispensado a elas mesmas, “as mulheres são feitas para sofrer”, dizem elas. “É a vida... nada se pode contra ela” (BEAUVOIR, 2016, p. 412).

O caminho a ser percorrido para a efetivação dos direitos das mulheres, bem como a libertação do aprisionamento que elas sofrem devido às violências, ainda está longe de chegar ao fim, como evidenciado pelas pesquisas destacadas, as quais demonstram violações graves à vida, à dignidade, à saúde e à integridade física e psíquica. Entretanto, não se pode deixá-las enclausuradas e suscetíveis à perda de seus direitos, e essa responsabilidade também cabe à sociedade, porque são elas as responsáveis pela continuidade da humanidade, pelo nascimento de homens e mulheres que poderão, inclusive, modificar tal situação de violação de direito tão grave quanto é a violência contra a mulher.

Ocorre que até mesmo na situação de gestantes e parturientes as mulheres são violadas e restam objetificadas por agressores cruéis que violam sua saúde e a de seu filho. Esses abusos à sua integridade física e psíquica acontecem em um momento tão admirável quanto o nascimento de um filho, o que será aprofundado no capítulo seguinte, em que será tratada a violência obstétrica.

3 A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE

O presente capítulo tem como objetivo identificar a violação do direito à integridade física e psíquica ante a violação de direitos fundamentais e humanos das mulheres, analisando o direito à saúde e sua relação com o princípio da dignidade humana, em especial na evolução das questões de saúde da mulher. Apresenta-se, assim, uma análise histórica da saúde desde os primeiros estudos oriundos da antiga Roma e da Grécia, passando pelas teorias que priorizavam o cuidado com a saúde como prevenção e cura de doenças, para, depois, estabelecer-se como direito social e dever do Estado para com os cidadãos brasileiros na Constituição Federal (1988).

Na sequência, faz-se um contraponto de como o desrespeito à saúde da mulher e a quase inexistente garantia oferecida pelo Estado contribuíram para casos de violações de direitos fundamentais e humanos das mulheres brasileiras, como ocorre nos casos graves de violência obstétrica rotineiramente observada em hospitais e maternidades. Esse ato violento é realizado por profissionais da saúde que deveriam amparar a mulher e garantir o nascimento do bebê em condições de vida saudável, mas que negligenciam a boa assistência da saúde às gestantes e/ou parturientes, vitimizando mulheres e crianças com violações graves, que, inclusive, podem ocasionar problemas irreversíveis à saúde da mulher e do recém-nascido, conforme será destacado nas pesquisas nacionais colacionadas ao longo deste estudo.

Desenvolvido o marco conceitual da violência obstétrica como violação a direitos fundamentais e humanos da mulher, num último momento, fez-se uma pesquisa quanto às políticas públicas de amparo à mulher na condição de gestante e/ou parturiente, seu início de atenção dentro das próprias casas, realizado pelas famílias e, principalmente, pela mulher, corroborando a situação dela de responsável pelo cuidado. Em seguida, finaliza-se com foco nos programas desenvolvidos na área do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando-se o Programa Saúde da Família de modo mais amplo, protegendo a saúde de toda a família e, na sequência, com a especificidade dada à saúde da mulher gestante e parturiente com a Política de Humanização do Parto, criada pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.

3.1 O direito à saúde da mulher frente à violação do direito à integridade

Os direitos humanos e fundamentais são aqueles pertencentes a toda pessoa humana assim existem para a preservação e manutenção da dignidade das pessoas. Ocorre que, em alguns lugares e circunstâncias, eles não são respeitados; assim, existe a possibilidade de se exigir que todos respeitem a dignidade da pessoa afetada, bem como as necessidades básicas garantidas por ela.

Além disso, destaca-se que todas as pessoas são iguais por natureza e têm o mesmo valor, observadas as particularidades, sejam elas de gênero, de raça, de classe social, de religião, entre outras. Por causa dessas diversidades, as pessoas nem sempre almejam algo comum; para isso, existem normas e leis regulamentando os comportamentos. Essas regras são chamadas de direito (DALLARI, 1983).

No entanto, existem direitos que não podem, de maneira alguma, sofrer contrariedades. Eles estão descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento elaborado pela Organização das Nações Unidas no ano de 1948, no qual o Brasil firmou compromisso de observância de todos os seus mandamentos, tornando-se estado-parte de tal documento. No Brasil, tais direitos conseguiram maior efetividade após a promulgação da Constituição Federal de 1988, ou seja, somente quarenta anos após a definição de direitos que garantem vida digna no documento internacional.

Assevera-se que a existência dos direitos humanos na Declaração Universal de Direitos Humanos e dos direitos fundamentais na Constituição Federal não é suficiente para que se garanta o seu estrito cumprimento; para isso, é necessário que o Estado crie políticas públicas para programá-los no intuito de que as pessoas possam utilizá-los. Assim, as condições da sociedade, onde está inserida a pessoa de direitos, deverão ser levadas em consideração, pois somente essas garantirão a possibilidade de se possuir e exercer direitos.

É preciso igualmente compreender que qualquer ofensa a direitos enfraquece todo o conjunto de normas de direito, e a não punição daqueles que violam direitos de terceiros leva a um arcabouço jurídico sem volta. Dessa forma, é imprescindível que haja punição para aqueles que violam os direitos de outrem, causando prejuízos à integridade de terceiros, e acometendo a dignidade humana (DALLARI, 1983).

É, portanto, de suma importância que se conheçam profundamente os direitos, bem como se exija que sejam cumpridos perante as autoridades, caso

sejam transgredidos, para que não restem na impunidade os violadores de normas garantidoras de direitos fundamentais à sobrevivência. Para concretização de tais axiomas, parte-se da premissa que todos os direitos foram criados pelo homem, em benefício dele mesmo, e carecem ser respeitados como normas de relevância para o convívio em sociedade, até mesmo para segurança da justiça onde se encontram inseridos, servindo de elemento principal para a concretização da justiça.

Diante das variadas violências sofridas cotidianamente que ferem o direito à integridade física e psíquica, muitas mulheres acabam por não viver de forma digna e plena, de tal modo restando violado o princípio constitucional da dignidade humana. Nesse ínterim, Campos e Sarlet (2011, [http://www. http:// editora.pucrs.br/anais/SIC/XII/XII/7/6/3/2/7.pdf](http://www.editora.pucrs.br/anais/SIC/XII/XII/7/6/3/2/7.pdf)) enfatizam a importância da dignidade humana como qualidade intrínseca ao ser humano:

é a dignidade da pessoa humana o principal direito fundamental constitucionalmente garantido, pois é este o primeiro alicerce de todo o sistema constitucional e o último refúgio dos direitos individuais. A dignidade é qualidade intrínseca do ser humano, é, portanto, irrenunciável, e inalienável, é ela que qualifica o ser humano e dele não pode ser destacada e por tal ela não pode ser criada, concedida ou retirada, embora possa consistir em objeto de violação.

Os princípios constitucionais perfazem valores basilares da Constituição Brasileira. De tal modo, Barroso (2004, p. 153) considera os princípios constitucionais, entre eles o princípio da dignidade humana, como “as premissas básicas de uma dada ordem jurídica, irradiando-se por todo sistema. Eles indicam o ponto de partida e o caminho a serem percorridos”. Assim, devem servir de guia para a interpretação de todas as normas, do preceito genérico ou específico, até se aproximar da regra necessitada para o caso concreto.

Nesse sentido, uma violação de princípio constitucional não significa apenas a ofensa a uma questão, mas a violação de todo o ordenamento de regras, considerando-se uma grave inconstitucionalidade contra o sistema jurídico, o que deixará marcas negativas em uma norma fundamental. Desse modo, a violência contra a mulher não fere somente a dignidade humana de uma ou mais vítimas, mas importa uma afronta aos muitos direitos fundamentais protegidos pela Constituição Federal de 1988 e por diversas convenções e tratados nacionais e internacionais (AQUINO; COSTA, 2011).

Com a crescente preocupação acerca dos direitos, o princípio referido foi inserido na Constituição Federal de 1988, no artigo 1º, III, como preceito almejado para todas as pessoas pertencentes ao Estado Democrático de Direito Brasileiro. A vida digna, além de perfazer a proteção às liberdades de espírito, também considera as condições materiais para sobrevivência de uma pessoa, ou seja, o princípio em questão pode relacionar a dimensões morais e servir de fundamentação para decisões práticas.

Ademais, a dignidade humana revela-se essencial para a própria efetivação do direito à vida, tendo em vista sua proximidade com o mesmo, pois sem vida digna não haverá sobrevivência. A Lei Maria da Penha (2006), lei brasileira de proteção às mulheres vítimas de violência, faz menção expressa à dignidade no seu artigo 2º, no qual elucida um rol de direitos fundamentais das mulheres, entre eles: direito à vida, à dignidade, à saúde, à alimentação, à educação, independentemente de classe, de raça e de cor. Logo, está plenamente alicerçada a relevância da dignidade humana no ordenamento pátrio para efetivação dos direitos, inclusive, o direito à saúde, sobre o qual será tratado mais especificamente neste capítulo.

Assim como o direito à vida digna, o direito à saúde deve ser estimado como um direito fundamental do homem, partindo da ideia que a saúde é “um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim, a saúde se conecta ao direito à vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 52). Nesse contexto, a busca pela preservação da saúde é um fato presente desde os primórdios da civilização. Inicialmente, apontada como uma forma de eliminação dos incômodos que agonizavam a espécie humana, com o tempo, passou a ser estudada como algo que ameaçava a sobrevivência das pessoas.

De tal modo, procurou-se uma resposta ao cuidado com a saúde da espécie humana até então ameaçada por males irremediáveis, uma vez que doenças graves poderiam extinguir os seres humanos do planeta. Nesse sentido, Scliar (1987, p. 16) afirma que é:

perfeitamente compreensível que a humanidade tenha primeiro pensado a saúde como uma forma de eliminação dos males que afligiam os componentes da espécie. Ao longo do tempo os seres humanos foram invariavelmente acometidos por doenças que ameaçaram a sua sobrevivência. Nos tempos bíblicos, os surtos de lepra, peste e cólera, eram a grande preocupação da civilização. Na Índia e na China antigas foi a varíola. Na antiguidade Greco-romana, a malária se fez presente. Na Idade

Média, ocorreu a Peste Negra, onda de peste bubônica que assolou a Europa [...].

O conceito inicial de saúde pode ser conferido aos gregos da cidade-estado de Esparta. Hipócrates, considerado o pai da medicina, estudou sobre a influência das cidades e das condições de vida sobre a saúde, devendo o médico compreendê-las inicialmente para tratar de doenças. Paracelso, antigo médico e alquimista, conhecido por ser um reformador do medicamento, igualmente argumentou sobre as leis da natureza e das condições biológicas para concepção acerca do organismo humano (DALLARI, 1995).

No Brasil, pouco se tinha realizado acerca da saúde ao longo dos séculos antigos. O ponto inicial, no ano de 1850, foi a vinda da família real de Portugal, criando-se a necessidade de tutelar a estrutura sanitária até então não vista com atenção pelas autoridades brasileiras. Adequadas condições e proteção da família que havia chegado à cidade do Rio de Janeiro deviam abranger a saúde dos envolvidos, visto que se tratavam de pessoas que mereciam cuidados que excediam os usuais da época. As poucas atividades de saúde pública desenvolvidas até então eram apenas pequenas atribuições exercitadas pelas juntas municipais em locais como portos e dentro dos navios chegados aos portos (SOUSA, 2015).

Contudo, a Proclamação da República, em 1889, restou assinalada como o estopim do Projeto Sanitarista do Brasil, pois as epidemias se espalhavam e dizimavam vidas por onde passavam, atingindo grande parte da população pobre. Até então, a única lei de preservação da saúde era a antiga Lei dos Pobres, na qual as pessoas de condições miseráveis eram consideradas uma ameaça; assim sendo, eram afastadas como um perigo para a ordem e higiene pública. Por certo, pelo motivo de não residirem em casas confortáveis, com vestimentas adequadas e alimentação condizente para uma perfeita saúde. Obviamente esses eram mais suscetíveis a doenças (SOUSA, 2015).

No nível internacional, a promoção da saúde pública, ou seja, uma proteção que pudesse atender a totalidade das pessoas surgiu na década de 1940, e Henry Sigerist foi seu criador, descrevendo quatro serviços que deveriam ser desempenhados pela medicina para concretização da saúde, eram eles: “1. A promoção da saúde; 2. A prevenção de doenças; 3. A recuperação do enfermo; 4. Reabilitação” (MARTINS, 2008, p. 27).

No entanto, ao longo dos anos, o conceito de saúde passou por algumas teorizações, destacando-se duas delas. Uma primeira, que procurava a cura das doenças; e a segunda, que era baseada na prevenção. Foi somente no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, que se referiu à saúde como complementação do bem-estar físico, mental e social, e não apenas acenando à ausência de doenças. A saúde foi elencada como elemento de cidadania no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), no qual define que:

toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias, independentes da sua vontade.

Assim, observa-se que, na Declaração internacional acima destacada, o direito à saúde elucida que toda a pessoa tem direito a assegurar condições de saúde, bem como aos seus familiares, com o respectivo bem-estar deles. Igualmente, é vislumbrada a saúde como direito social, como direito humano universal que se ampliou ao longo do século XX, notadamente em países da Europa. A Revolução Francesa, a Revolução Industrial e o Pós-Guerra contribuíram para isso, bem como a reconstrução de parte da Europa destruída pelas guerras, o que deu início ao chamado Estado de bem-estar. Passou-se, então, a ampliar as políticas sociais; e a seguridade social surgiu como forma de sustento para o sistema de proteção social (BARROS, 2011).

A partir desse contexto, assegurou-se a essencialidade das condições internas do homem com o ambiente, para a conceituação da saúde de maneira completa. Essa construção acerca do conceito de saúde tem prevalecido basicamente até a atualidade, uma vez que qualquer redução do conceito o tornaria inutilizável, e o brocado “mente sã, corpo são” é, de fato, o termo primitivo da significação do que é ter saúde. Dessa forma, é imprescindível uma boa saúde mental e física para se alcançar uma vida saudável na sua plenitude (SCLIAR, 1987).

Na década de 60, no Brasil, começou-se a cogitar medidas para o aumento da saúde e do bem-estar; entretanto, tão somente em 1975 foi criado o Sistema

Nacional de Saúde para coordenação das atividades de saúde pública, que eram dispersas e não eficientes (MARTINS, 2008).

Portanto, o que se nota é que o conceito de saúde reformulou-se ao longo da história; às vezes, compreendido como a prevenção de doenças; em outras, com caráter curativo, mas a conceituação contemporânea foi além, quando a Organização Mundial da Saúde incluiu a importância do bem-estar social nessa definição, trazendo consigo uma visão ampla de felicidade, uma vez alcançado o bem-estar referido. Mudanças essas que foram historiadas nas constituições brasileiras até se chegar à atual previsão como direito social, inerente a todo cidadão brasileiro, e que deve ser respeitada como direito fundamental, como será pontuado a seguir (BARROS, 2011).

A partir do ano de 1991, também principiaram a ocorrer várias conferências para fins de estudo da saúde pública mundial, cuja principal atribuição era encontrar meios para a promoção e preservação da mesma.

1) Terceira Conferência Internacional de Promoção da saúde: realizada na Suécia, em junho de 1991, com temas voltados para saúde, ecologia e ambiente, onde elaborou-se e adotou-se a Declaração de Sundsvall como proposta para implementação de estratégias para a saúde; 2) Quarta Conferência Internacional de Promoção à Saúde: realizada na Colômbia, em novembro de 1992, onde elaborou-se e adotou-se a Declaração de Santa-Fé de Bogotá, que tinha o propósito de assumir a relação entre saúde e desenvolvimento, buscando condições de bem-estar geral; 3) Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde: realizada no México, em junho de 2000, onde elaborou-se e adotou a Declaração do México, que visava a saúde em mais alto nível, colocando a promoção da saúde como dever e responsabilidade central dos governos, devendo ser um componente fundamental das políticas públicas e programas públicos (SOUSA, 2015, p. 47).

No decorrer das Constituições federativas do Brasil, a relevância da saúde também foi ampliada. Na Constituição de 1934, que foi a primeira a fazer menção à saúde, ela era prevista no artigo 10, II, o qual dava competência concorrente para legislar a União e aos Estados sobre o assunto. Nessa mesma Constituição, começaram a ser positivados os direitos sociais, mesmo que timidamente, cobrindo uma preocupação especial da saúde com os preceitos de previdência social e de associações de profissionais. Na Constituição de 1937, do período Vargas, os Estados passaram a agir apenas suplementarmente, por ausência ou falhas da União na proteção à saúde, tendo em vista as condições que Vargas estabeleceu de concentrar tudo nos poderes da União, representada, é claro, por seu presidente. A

Constituição de 1937 trazia expressos os riscos sociais e as questões de assistência médica à gestante e ao trabalhador, o que se pode analisar como mudança positiva até então (SOUSA, 2015).

A Constituição de 1946 não fez avanços significativos em relação ao direito à saúde, apenas deixou no seu texto a competência de atuação da União sobre a proteção à saúde. Já a Constituição de 1967 continuou com a mesma previsão e acrescentaram-se planos para o planejamento de ações nacionais voltadas à educação e à saúde (SOUSA, 2015).

No entanto, o tema da saúde já era alvo de programas sem referência expressa constitucional, mais aproximadamente na década de 60, com a criação do INPS, quando ocorreu a unificação previdenciária. As décadas de 70 e 80, da mesma forma, foram relevantes para as questões de saúde no Brasil. Após um período de forte repressão militar da Era Vargas, os avanços sociais serviram para a reorganização no país, tendo em vista a situação precária até então encontrada. O movimento da reforma sanitária dali ocasionado, e necessário na época, contava com intelectuais da área da saúde coletiva, reunindo estudiosos da área e das medicinas sociais e, ainda, profissionais do setor público, que se encontravam preocupados com as condições de saúde da população brasileira (COHN; JACOBI; KARSCH; NUNES, 2010).

Em 1976, o movimento da Reforma Sanitária no Brasil criou o Centro Brasileiro de Saúde (CEBES). Passou-se a lutar pela democratização da saúde, ou seja, o seu alcance para todos. Durante esse período pós-ditadura militar, nos anos 80, foram adicionadas diversas propostas de mudança nas técnicas e nos métodos de saúde, as quais restaram na elaboração dos seguintes programas de saúde: “o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde); o Plano de Reorientação da Assistência Médica no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP); e as Ações Integradas de Saúde (AIS)” (BARROS, 2011, p. 30).

Uma atenção específica para a saúde da mulher foi oferecida pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, elaborado pelo Ministério da Saúde no ano de 1984, que apareceu como um ponto de melhora, inclusive, considerado pioneiro no cenário mundial, ao indicar a inclusão da saúde reprodutiva das mulheres no campo da atenção à saúde da mulher, não mais se aproveitando apenas de projetos de saúde familiar. Com essa inovação, passou-se a se preocupar com a busca pela humanização no atendimento obstétrico, com cautela especial para o parto e o

nascimento, bem como prevenção da mortalidade materna e perinatal, o que gerou a criação do Guia Prático para Assistência ao Parto Normal pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Com a Constituição de 1988, finalmente, passou a existir a efetiva atenção à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, ao se compreender a saúde como direito social, conforme disposto no artigo 6º, da seguinte forma: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”, bem como no artigo 196, onde a saúde é prevista como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário”. Desse modo, unicamente em 1988, a saúde começou a ser tratada como um direito intrínseco à pessoa humana em nível de preocupação nacional (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Neste contexto, nota-se a demora brasileira quanto à previsão da saúde nos textos constitucionais, cujo direito é fundamental para a vida digna, e somente no ano de 1988 foi prevista expressamente, ou seja, há pouco mais de 30 anos. Dallari (1983, p. 23) assevera que “nenhum texto constitucional se refere explicitamente à saúde como integrante do interesse público fundante do pacto social até a promulgação da Carta de 1988”.

Desse modo, em uma visão mais abrangente, o direito à saúde, além de garantir a ausência de doenças, também preserva apropriadas condições de saneamento, alimentação, habitação, meio ambiente e lazer. Ademais, os códigos médicos e de profissionais da saúde do Brasil, em sua soma, adotam vários compromissos com a saúde, bem como com a dignidade do ser humano, inclusive, em um conceito ampliado de saúde, esse supera a responsabilidade médica apenas em relação ao corpo do paciente, mas, da mesma forma, deve considerar a busca por melhores condições de vida voltadas à saúde coletiva (TELLES; BORGES, 2005).

Além disso, Sarlet (2007, p. 296) equiparou a vida com saúde à vida digna, aproximando os conceitos de direito à saúde e dignidade humana, quando enfatiza que “é no direito à saúde que se manifesta de forma mais contundente a vinculação do seu objeto (prestações materiais na esfera da assistência médica, hospitalar, etc.)”. Esses dois direitos encontram-se umbilicalmente conectados à proteção da

integridade (corporal e/ou psicológica) do ser humano, os quais são plenamente exigíveis do Estado, bem como fundamentais para toda a pessoa.

Nesse sentido é que se encontra a definição da saúde como direito fundamental, a partir do momento em que os cidadãos brasileiros puderam exigí-la do Estado, e conforme ensinamento da Constituição Federal (1988) no artigo 197, prescreve que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros [...]”. Também, no artigo 199, “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. De tal maneira, seguindo os preceitos constitucionais, começou-se a estabelecer diretrizes para regulamentação, fiscalização e controle do sistema de saúde, bem como ações e serviços em parcerias com instituições privadas, para que a todos fosse garantida a saúde.

Após a referência constitucional em 1988, outro programa federal destacou-se. O chamado Programa de atenção à Saúde da Família, criado em 1991, por ser uma das propostas mais completas de atendimento à atenção elementar da saúde, foi reconhecido por entidades internacionais. Contudo, foi somente no ano de 1994 que o Ministério da Saúde constituiu o Programa de Saúde da Família, bem como elaborou demais políticas para a expansão dos programas em execução, inclusive, nas esferas municipais. Em 2006, a ampliação do Programa de Atenção Básica em Saúde foi necessária e, para isso, formulou-se a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB) (BARROS, 2011). As alterações foram substanciais, porém o foco continuou na família e na comunidade, ou seja, era necessário que o projeto chegasse a todos os lugares.

O Ministério da Saúde publicou uma nova portaria visando apoiar a Estratégia da Saúde da Família. Trata-se da Portaria GM nº 154 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apoiado na discussão sobre integralidade da atenção, os núcleos incluem outros serviços profissionais na Saúde da Família (fisioterapia, psicólogo, educador físico, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e médico especialista), com o objetivo de atender a maior diversidade de problemas e dar maior resolubilidade na atenção à saúde dos territórios e famílias cobertas. Em 2009 o Ministério da Saúde publicou documento “Cadernos de Atenção Básica” contendo as diretrizes do NASF detalhadas em 164 páginas (BARROS, 2011, p. 125).

Em seguida, foram lançados outros programas, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar em 2000, e a Política Nacional de

Humanização no ano de 2003, a Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes em 2004, mais à frente, em 2007, foi proposto o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Para isso, foi necessário que o Governo Federal promovesse a Lei nº 11.634/2007, acerca do direito da gestante ao conhecimento prévio e vinculação à maternidade onde seria submetida ao parto, para que ela fosse informada do local com antecedência, bem como estivesse em acompanhamento pré-natal com a referida instituição, a fim de que todos os detalhes da saúde da mulher e do bebê fossem conhecidos pelos profissionais de saúde. Em 2011, o projeto chamado Rede Cegonha ganhou relevância no cenário nacional, visando cobrir um atendimento de qualidade para todas as brasileiras gestantes e parturientes junto ao Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Dessa forma, iniciou-se um longo caminho para que todos os brasileiros, agora incluídas as mulheres, possam usufruir de fato da sadia qualidade de vida, tendo em vista que a saúde passou a constituir um direito público, cuja resposta do Estado consolidou-se pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990. Todavia, assim como demais direitos dependentes de prestações por parte do Estado, o direito à saúde também suporta dificuldades para sua efetivação. Partindo da premissa que a saúde é pressuposto e condição indispensável para a vida digna, a efetivação do direito à saúde no Brasil, levando em consideração as normas acima elencadas e ainda tantas outras, é precária. Muitas vezes, não resta perfectibilizado como direito das pessoas e dever do Estado; como constata Schwartz (2000), ao afirmar que: persiste, na atualidade, o desrespeito e a não observância do artigo 196 da Constituição Federal.

Além disso, a partir do reconhecimento da saúde como direito inerente à pessoa humana na Constituição Federal (1988), e para fins de garantir legalmente o cumprimento do texto constitucional, bem como especificar dentro do campo de direito a importância de tal norma, foi criado, a partir de fundamentos e de decisões judiciais após 1988, o Direito Sanitário, que:

trata-se de uma parte importante do Estado de Direito brasileiro, pois é justamente a organização jurídica do Estado brasileiro voltada à promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. O Direito Sanitário é formado pelo conjunto de normas jurídicas que tem por finalidade a concretização do Direito humano fundamental à saúde (AITH, 2007, p. 71).

Dessa forma, pode-se perceber que, além dos programas diretos e outras ações em atenção à saúde brasileira, o Estado deve agir na promoção, na proteção e na recuperação da saúde de forma mais concreta, ou seja, construindo hospitais, contratando médicos, sob pena desse direito ser oponível contra o próprio Estado por meio de ações judiciais, coletivas ou individuais, que permitam a exigência da prestação do direito à saúde, como no caso de fornecimento de medicamentos ou tratamentos médicos. Além disso, podem ser exigidas abstenções do ente público, ou seja, que ele se abstenha de certas ações que venham causando prejuízos à saúde, por exemplo, a poluição de um rio pelo não tratamento adequado do esgoto.

Sendo assim, as ações e os serviços inerentes à saúde são regulamentados pelo Direito Sanitário, o qual também se ocupa intimamente da efetivação do direito à saúde, auxiliando como suporte normativo e jurídico no sentido de respeito a esse direito relacionado tão proximamente com a proteção à vida digna. De forma suplementar, outros dispositivos legais também fazem a proteção da garantia da saúde, por exemplo, o Direito Penal, que, nos artigos 267 a 285 do Código Penal Brasileiro (1940), elucida uma série de dispositivos em relação aos crimes contra a saúde pública, entre eles: “causar epidemia, mediante a propagação de germes patogênicos; fabricar, vender, expor à venda, ter em depósito para vender ou, de qualquer forma, entregar a consumo coisa ou substância nociva à saúde [...]”.

Acrescenta-se que o Direito Sanitário também é norteado por princípios jurídicos que servem de base para o funcionamento desse direito à luz da Constituição Federal, a começar pelo princípio da dignidade humana, princípio da liberdade, princípio da equidade, entre outros igualmente importantes, que também devem ser ponderados, como o princípio do consentimento, o princípio da segurança sanitária, o princípio da informação e, finalmente, o princípio da participação (AITH, 2007). Mostra-se que o Direito Sanitário também reconhece a importância da norma basilar formada pelo princípio da dignidade humana, construindo seu aparato de proteção com base nessa importância, fundamentada principalmente em sua íntima ligação com o direito à vida e o direito à saúde, conteúdos com os quais o Direito Sanitário especialmente se ocupa na prática.

Assim, ressalta-se a ligação do direito à saúde com o direito à integridade e com respeito ao princípio base da dignidade humana, uma vez que várias leis relacionadas ao Direito Sanitário fazem menção ao direito à integridade na saúde, além, é claro, da Constituição Federal (1988), que, no artigo 5º, III, dispõe que

“ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”. Observa-se a proteção contra tratamentos médicos, pesquisas, entre outros procedimentos que porventura possam ferir a integridade e caracterizarem-se como tortura ou tratamento desumano ou degradante cometidos por profissionais da saúde.

Ademais, a Lei nº 8.080 de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde, também abordou a proteção da integridade física e moral da pessoa humana, definindo-a como um princípio norteador da saúde pública do SUS, nos termos do artigo 7º, inciso III, onde prevê a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (BRASIL, 1990). Por sua vez, o Código de Ética Médica (2009), voltado à proteção da integridade física e mental dos pacientes, previne, no artigo 6º, que “o médico [...] jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano, ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade” (BRASIL, 2009). Os dois instrumentos, portanto, perfazem a combinação de proteção da dignidade e da integridade da pessoa no campo de atenção à saúde.

Da mesma forma, o Código Civil (2002), nos artigos 13 e 15, preserva uma estreita relação com o Direito Sanitário, dispondo acerca dos limites à livre disposição do corpo humano. Dessa maneira, dispõe o artigo 13 que “salvo por exigência médica é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”. Além disso, o artigo 15 do mesmo diploma legal disciplina que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica” (BRASIL, 2002).

Notadamente acerca das disposições no Código Civil, anteriormente elencadas, apura-se que todo tratamento médico ou intervenção cirúrgica perfaz uma violação à integridade corporal, assim atentando à dignidade da pessoa humana, eis que incide na manipulação do corpo humano. Por isso, pela interpretação do artigo supracitado, pode-se concluir que o procedimento cirúrgico ou o tratamento médico só poderão acontecer com o consentimento da pessoa ou do responsável legal, quando o caso de tal modo fizer a exigência.

Na contramão, o Código de Ética Médica (2009) determina, no artigo 46, que é “vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal salvo iminente

perigo de vida”. Logo, o médico poderá constranger alguém à realização de um tratamento médico ou intervenção cirúrgica se este se encontrar correndo risco de vida iminente, ou seja, em situação de urgência e, ainda, sem condições de decidir conscientemente (BRASIL, 2009). As proteções destacadas nos artigos antecedentes se devem ao fato da aplicação de tratamentos desumanos e degradantes em pacientes por maus profissionais. Porém, observa-se que a regra geral é o paciente exprimir seu consentimento para qualquer tipo de intervenção médica, tendo em vista a liberalidade de dispor a respeito de seu corpo.

Ademais, em relação ao princípio da igualdade no Direito Sanitário, tal norma também se utiliza do artigo 5º da Constituição Federal (1988), pelo qual não se pode fazer distinção de qualquer natureza. O artigo 26 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), da mesma forma, dispõe sobre a igualdade de forma mais detalhada: “Todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem discriminação alguma, a igual proteção da lei. [...]”. O Sistema Único de Saúde aprofundou uma variante do princípio da igualdade, que é o princípio da não discriminação das ações e serviços públicos de saúde, bem como os serviços privados contratados ou conveniados. O artigo 7º, inciso IV, da Lei 8.080/90 prescreve expressamente ser um princípio a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”; o que revela a expressa conformidade do direito à saúde com o dever de acesso a todos.

Sobrevém que diante de tantas tentativas de melhoria, proteção e garantia, as condições da saúde da mulher gestante ou parturiente, como elucidado pelas pesquisas nacionais, ainda se encontram desprotegidas e vulneráveis a violações de sua integridade física e psíquica, visto que a violência obstétrica ameaça e violenta a dignidade humana das mulheres diariamente no Estado brasileiro. Essas ações são representadas por violências físicas, morais, psicológicas e sexuais perpetradas por profissionais da saúde contra mulheres durante o pré-natal, o trabalho de parto e no pós-parto.

Ainda assim, com a crescente preocupação e notável expansão dos níveis de violações de direitos, no ano de 2005, a UNESCO adotou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, onde dignidade, liberdades e direitos carecem ser inteiramente acatados, necessitando os interesses e a saúde do indivíduo prevalecer sobre o mérito da ciência médica, conforme artigo 3º do presente documento e nos termos do artigo 6º, a seguir colacionado:

qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo (PORTUGAL, 2005).

Nesse diapasão, a autonomia prescrita na Declaração é valor fundamental dos Estados Democráticos, uma vez que passa a representar base internacional para amparo da dignidade humana, que deve ser garantida a todos sem exceções. Dessa forma, é possível afirmar que o direito à saúde faz parte do rol de direitos fundamentais, isto é, àqueles inerentes ao princípio da dignidade da pessoa humana, e esse, por sua vez, tem o objetivo de garantir um mínimo de direitos, entre eles o direito à saúde, para se alcançar uma vida digna.

Portanto, a violência contra a mulher é um profundo desrespeito aos direitos fundamentais e humanos, considerando-se como um grave problema social, pois os direitos decorrem do reconhecimento da dignidade humana, que, por sua vez, só pode ser alcançada mantida a integridade física e psíquica. O que se nota, no entanto, é que a violência não atinge somente a dignidade da mulher, mas também toda a sociedade acarretando uma problemática desmedida a partir de episódios violadores, que também abrangem entre suas vítimas mulheres gestantes e parturientes, como será vista no próximo ponto.

3.2 Aspectos da violência obstétrica: o panorama brasileiro

O período da gravidez representa, para a mulher, mudanças significativas, tanto físicas quanto psicológicas, que vão prepará-la para uma nova fase da vida. Ser mãe é muito mais do que parir uma criança ou dar continuidade à história da humanidade. Dessa forma, a gestante carece de uma atenção especial à saúde, com o atendimento por profissionais preocupados com suas necessidades e engajados em atender conforme as peculiaridades de cada mulher, que auxiliem com sensibilidade e habilidades científicas para garantir um bom deslinde no parto, momento tão especial que é o nascimento de um filho.

Para que isso ocorra, os profissionais da saúde devem exercitar uma postura humanizada no atendimento, sem preconceitos e julgamentos para com as

mulheres, ou seja, o atendimento deve ser respeitoso e independente das condições econômicas, de raça e de cor. Elas devem, portanto, ser atendidas igualmente.

Os cuidados necessários no período da gestação envolvem circunstâncias não só biológicas, mas também psicossociais. De tal modo, a equipe de atendimento à mulher e ao bebê deve ser multiprofissional, ou seja, que consiga atender integralmente às necessidades de ambos os envolvidos. A equipe de saúde deve sempre procurar compreender os significados da gestação para a mulher e sua família como uma forma de empatia para com o outro.

Nesse sentido, para que os atendimentos da saúde sejam os mais benéficos possíveis para a gestante e para o bebê, eles devem iniciar com as consultas que antecedem o parto, que são as que integram o período pré-natal, consideradas de grande importância para uma gestação segura e tranquila. Nas primeiras consultas, a gestante deve ser orientada sobre a seriedade de um bom acompanhamento na gestação. Além disso, devem ser prestadas orientações acerca da nutrição, dos hábitos, dos vícios, da amamentação e da higiene em geral, e, principalmente, esclarecimentos sobre o risco obstétrico a que porventura poderá ser submetida (FRANCO, 2007).

No pré-natal, também é o momento em que elas devem ser encorajadas a manifestar suas dúvidas a respeito da gestação, em relação a mudanças físicas e psicológicas, compartilhando suas preocupações com a equipe de atendimento. Do mesmo modo, será esclarecida a importância da participação do parceiro nas consultas, pois esse acompanhamento por uma pessoa conhecida contribui significativamente para uma gestação mais tranquila.

As consultas do pré-natal, conforme avaliação do Protocolo de Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), para que sejam de efetiva qualidade, devem ser de, no mínimo, seis vezes, ao passo que devem ser estreadas o mais breve possível depois da ciência da gravidez. Elas serão realizadas por médicos e enfermeiros, para que, desde o início, consiga-se uma melhor aproximação da equipe médica para com a gestante, visando um parto mais natural e que a mulher sinta-se próxima daqueles que a orientaram no transcorrer do pré-parto. O vínculo afetivo criado entre os participantes do parto durante a gestação igualmente garantirá uma avaliação precoce de supostos riscos, bem como quanto ao preparo do parto, se acaso tiver que ocorrer antes do previsto.

Na primeira consulta médica, serão realizados os exames laboratoriais de verificação do tipo sanguíneo, doenças sexualmente transmissíveis, anemia, infecção urinária, entre outros, os quais serão o ponto de partida para o acompanhamento singular de cada gestante, podendo ser novamente solicitados ao longo da gestação para que se garanta a segurança da saúde da gestante e do bebê. Nesse período, outros recursos, como a ultrassonografia, irão auxiliar a equipe médica na avaliação da gestação. O exame físico e obstétrico deve ser realizado em todas as consultas do pré-natal e analisado criteriosamente a fim de verificar a pressão arterial, o ganho de peso e a correção de uma má postura. Além disso, precisam ser observadas as queixas da gestante, visto que é através de algumas delas que poder-se-ão verificar anormalidades na saúde da mulher e do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ainda, nesse período, mostram-se relevantes as ações educacionais de saúde, pois proporcionam a troca de experiências entre gestantes e com os profissionais de saúde da área obstétrica. Essas reuniões vêm sendo utilizadas por profissionais após o Projeto de Humanização do Parto (2010). Nesses encontros, são tratados assuntos como sexualidade, planejamento familiar, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, entre outros. As metodologias adotadas nesses projetos devem ser criativas e interessantes, ou seja, que não sejam exclusivamente palestras. A adoção desse novo método demonstra que a boa participação encoraja as mulheres a discutir sobre a temática de forma mais descontraída, bem como consegue aproximá-la da equipe médica, que também deve se reunir no local (FRANCO, 2007).

Ocorre que, mesmo diante de todo o incremento do projeto de humanização nos serviços de atendimento obstétrico desde o ano de 2010, a realidade ainda se apresenta bem distante do que o plano governamental ambicionava, visto que muitas mulheres não têm acesso ao pré-natal, são violentadas física e psicologicamente durante o trabalho de parto e negligenciadas no puerpério. As pesquisas brasileiras realizadas revelam dados alarmantes acerca da violência obstétrica, os quais consubstanciam que se trata de uma prática recorrente.

Conforme a Fundação Perseu Abramo (2010), uma em cada quatro mulheres sofre essa violência em algum momento da gestação ou parto, bem como o anunciado no Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento, realizado pela

Fundação Oswaldo Cruz (2011-2012), no qual restou divulgado que grande parte das mulheres é submetida a intervenções excessivas no parto.

A pesquisa da FIOCRUZ anunciou que dar à luz sem intervenções no trabalho de parto é uma “espécie de sorte”, pois apenas 5% das mulheres têm essa chance. Os procedimentos institucionalizados passaram a ser usados rotineiramente, ocasionando mais malefícios para as gestantes e parturientes do que propriamente benefícios. Foram apurados os seguintes percentuais: a manobra de Kristeller (forte pressão na parte superior do útero) apareceu em 37% dos casos; o soro de ocitocina foi aplicado em 40% das mulheres, trazendo graves riscos, visto que é um hormônio sintético injetado diretamente na corrente sanguínea da mulher; a episiotomia atingiu 56% das parturientes, essa perfaz uma das mais graves violências, visto que consiste em um corte no períneo da mulher. Outro dado bastante expressivo foi em relação às mulheres que tiveram que permanecer em posição de litotomia (deitada) na hora do parto, o qual atingiu 92%. Ademais, apenas 26% das mulheres se alimentaram no decorrer da internação; e somente 46% puderam se mover durante o trabalho de parto. Fica, então, evidente a gravidade e a quantidade de mulheres que passaram por situações violadoras de seu direito à integridade, revelando que essas ações e esses procedimentos médicos perfazem seríssimas violências obstétricas (FIOCRUZ, 2013).

Advém que o tempo da gestação e o momento do parto devem ser vistos como especiais à saúde, mas assim não são tratados pelos profissionais dessa área, pois, ao invés do acolhimento e do encorajamento, o contraponto médico vem com o exercício de um poder discriminador e violento. Por isso, a importância de práticas humanizadas no tratamento obstétrico incentivando a mulher e lhe garantindo a autonomia e a liberalidade, já garantidas constitucionalmente.

Nesse sentido, é válido também observar que a assistência médica oferecida durante o parto, ao longo do tempo, desenvolveu suas técnicas de trabalho, porém o corpo da mulher ainda é visto, muitas vezes, como uma máquina pelos profissionais de saúde, no qual são usadas as ferramentas medicinalizada. Martin (2006) enfatiza historicamente que

essa metáfora mecânica teve seu início nos hospitais franceses dos séculos XVII e XVIII, em que se dizia que era como se o ventre e o útero “formassem um bomba mecânica que, em situações específicas, era mais ou menos adequada para a expulsão do feto”. No desenvolvimento da obstetrícia, a metáfora do útero como máquina é combinada ao emprego de instrumentos mecânicos reais (como o fórceps), que tiveram um papel

importante na substituição das mãos das parteiras por mãos masculinas que usam ferramentas. É comum alegar que a metáfora do corpo como máquina continuou a dominar a prática da medicina no século XX e que tanto fundamenta como é responsável por nossa disposição em empregar tecnologia no parto e interferir no processo. O corpo da mulher é a máquina e o médico, o mecânico ou técnico que a “conserta” (MARTIN, 2006, p. 105-107).

Sendo assim, a assistência à saúde da mulher ficou à mercê do profissional médico, bem como foi masculinizada na pessoa do médico homem, vindo o hospital a se estabelecer com um lugar de domínio médico e de autoridade sobre os corpos. Passou-se ao desenvolvimento de um modelo assistencial médico, no qual o paciente é analisado como sujeito passivo e sem autonomia, sem a capacidade de opinar.

Essa mecanização do atendimento ao parto ainda ecoa com um viés de violação de direitos para as mulheres, perfazendo a cruel violência obstétrica destacada pelas pesquisas brasileiras. Essa violência, que por vezes é calada e pouco conhecida, provoca um grande sofrimento em suas vítimas, e é apontada como uma ação institucional ocorrida rotineiramente dentro dos hospitais. Violência essa que se condiz com uma grave violação à integridade física e psíquica, bem como de interferência no direito à saúde da mulher (BARBOZA; MOTA, 2016).

No entanto, a obstetrícia, como se conhece hoje, nasceu com as parteiras, também chamadas de “curiosas”, “aparadeiras”, “comadres”, “matronas”, que eram mulheres que haviam alcançado seus conhecimentos a partir de suas próprias lembranças de maternidade e de uma prática obstétrica exercida repetidamente com outras mulheres ao longo do tempo (MELO, 1983, p. 10, apud SCAVONE, 2005, p. 129), ou seja, elas tinham uma proximidade maior com o momento do parto, e assim conseguiam desenvolver melhor a situação; por certo, sem tantas incidências agressivas.

Brenes (1991) afirma que as aparadeiras, comadres ou mesmo parteiras-leigas, na maioria, eram mulatas ou brancas e portuguesas e pertenciam a setores populares, porém detinham um saber empírico. Elas assistiam em domicílio as mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério, bem como o recém-nascido. Portanto, até o século XVII, o parto era considerado um assunto de mulheres, resolvido em casa, com a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente, sem cogitar a presença masculina. A medicina da época, mais de clínica geral, não detinha conhecimentos específicos em relação ao parto e à

saúde da mulher; por isso, as parteiras eram as responsáveis pelas informações e assistência ao parto (STORTI, 2004).

Observa-se, assim, que a obstetrícia é uma prática muito antiga. No entanto, a entrada dos médicos na cena do parto e a mudança dessa prática em uma especialidade médica ocorreram por volta do século XVIII, de forma bastante morosa em algumas classes sociais, pois as práticas que solicitavam contato com o corpo humano eram imputações dos cirurgiões barbeiros. Assim, quando uma mulher não conseguia dar à luz normalmente, e as parteiras não conseguiam resolver os problemas, só restava acreditar na intervenção divina ou então procurar por um cirurgião barbeiro (MARTIN, 2006).

Ainda, no século XVIII, o parto no hospital era dedicado a mulheres de poucas condições econômicas, ou seja, que não podiam socorrer-se a uma parteira em suas casas e pagar-lhes pelo serviço. As futuras mães de condições financeiras favoráveis só depois se convenceram da segurança que as instituições do tipo hospital podiam oferecer. Isso se deu mais precisamente no período entre as guerras mundiais. Nesse contexto, o principal marco apontado foi a Segunda Guerra Mundial, entre as décadas de 30 e 40, uma vez que, a partir daí, a prática médica ganhou espaço e o nascimento nas casas perdeu seu lugar para a técnica mais avançada (PERROT, 2007, p. 74).

Conseqüentemente, a partir da década de 80, a prática hospitalar era quase que completamente realizada pelos médicos e tornava-se cada vez mais institucionalizada, dando importância para a eficiência nos casos, e não às escolhas ou ao atendimento dos direitos das mulheres sobre o parto.

Nas primeiras páginas dos jornais, Wendy Savage, uma das poucas mulheres obstetras, defensora das parteiras e do parto natural, lutava contra os esforços de seus colegas homens para tomarem seu lugar. As mulheres começavam a ler os trabalhos de Sheila Kitzinger e do obstetra francês Michel Odent a favor do parto natural, e levantavam a voz contra os aspectos desumanizantes (sintetizados talvez na depilação compulsória e na mesa de parto com estribos) de dar à luz nos modernos hospitais ocidentais (FORNA, 1999, p. 99).

Dessa forma, interferindo negativamente nesse momento, a violência obstétrica é igualmente uma violência institucional. Ela ocorre dentro da instituição de amparo à saúde e envolve relações desiguais: de um lado, médicos e demais agentes de saúde; e de outro, a paciente sozinha e inferiorizada, restando ela objetificada e negligenciada pelas intervenções profissionais. Não obstante, mais

amedrontada é a mulher que se preocupa consigo e com o bebê que ali se encontra vulnerável nas mãos dos profissionais médicos. Wolff e Waldow (2008, p. 149) chamam atenção a esse fato, tratando-o como “uma violência consentida por parte das mulheres que se submetem, porque principalmente temem pelo bebê, pelo atendimento, pela condição de desigualdade”.

Ainda assim, os profissionais da saúde, e no alto dessa categoria os médicos, exercem o poder de autoridade que se fundamenta na experiência cultural e moral que a profissão médica conseguiu atingir na sociedade. Essa autoridade está regulada não somente pelos conhecimentos científicos e em tecnologias médicas, mas também em crenças e valores que são partilhados como verdadeiros. Assim, o principal motivo de muitas mulheres permanecerem vulneráveis a tantas violências médicas está na autoridade que os médicos possuem, bem como pelo temor que possam sofrer implicações mais gravosas, se não obedecerem aos mandamentos dos médicos (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011, p. 82).

Mais um aspecto que faz jus à atenção se trata da medicalização na gravidez e o entendimento do processo gravidez-parto-puerpério a partir do “modelo patológico”, o qual influencia a forma como a mulher passa pelo processo de parto. Storti (2004) refere que a assistência médica recebida durante o parto entusiasma sobre qual perspectiva, positiva ou negativa, a parturiente terá daquele momento, principalmente, pelas atitudes da equipe médica, do obstetra, pelas decisões adotadas durante o parto e o deslinde das dificuldades que eventualmente surgirem.

Conforme Storti (2004), a experiência do parto está associada a três fatores, são eles: o apoio social; o controle percebido e a dor. O primeiro refere-se ao atendimento da equipe médica, inclusive, o acompanhamento de uma doula; o segundo é relativo às informações recebidas pela gestante acerca dos procedimentos atinentes ao parto; e o terceiro diz respeito à dor suportada pela mulher. O autor ainda faz referência a outros, como intervenções médicas, ansiedades, expectativas etc. (STORTI, 2004). Dessa forma, por meio dessa violência, estruturou-se uma relação de dependência da mulher em relação aos profissionais da saúde, bem como um dano na autonomia da gestante/parturiente, que passou a ser “objeto de intervenção da obstetrícia e das regras que são instituídas e reproduzidas pelo machismo e pelas relações de desigualdades de gênero” (BARBOZA; MOTA, 2016, p. 128).

Portanto, a violência obstétrica acontece em atos praticados contra o corpo da mulher e do neonato sem o devido consentimento, que causam lesões físicas, psicológicas, morais, sexuais, sendo praticada por profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, porteiros, recepcionistas, pessoas essas que deveriam ser responsáveis pelos cuidados das parturientes. Os abusos dessa violência podem ser abreviados como:

caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce (CIELLO *et al*, 2012, p. 60-61).

Por sua vez, no Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor”, Ciello *et al* aduzem que a violência obstétrica abrange momentos distintos, quais sejam pré-natal, parto, pós-parto e ainda situações de abortamento. O mesmo dossiê defende que a mulher pode e deve possuir o poder de decisão sobre seu corpo, a liberalidade de dar à luz, bem como o acesso à assistência à saúde segura antes, durante e depois do parto. Para isso, o acompanhamento e o apoio de profissionais da saúde habilitados, bem como que estejam empenhados com a fisiologia do nascimento, do parto e da gestação, e após com a amamentação, faz parte do sadio processo fisiológico (CIELLO *et al*, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, na Declaração sobre a Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos durante o Parto em Instituição, essas intervenções são aplicadas comumente e são ponderadas como fatores de risco para a mulher e para o recém-nascido. No entanto, assevera-se que tais práticas estão longe de acabar, visto a cultura preconceituosa em relação à sexualidade da mulher, conforme apontado no capítulo anterior (BRASIL, 2014). Ainda cabe trazer as medidas listadas pela organização da saúde, que devem ser adotadas para eliminação da violência durante a assistência ao parto institucionalizado, são elas:

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

Igualmente, a Organização Mundial de Saúde anseia que todas as mulheres têm direito a uma assistência médica digna durante a gravidez, e também no parto. As violências, o desleixo e o desrespeito durante o parto perfazem uma grave violação de direitos fundamentais das mulheres, como bem salientado nas Convenções e Declarações de Direitos das quais o Brasil é parte concordante. De

tal modo, as mulheres grávidas têm o direito de respeito e de tratamento digno, assim são livres para que durante o período de parturiente possam receber informações acerca dos procedimentos médicos e demais manobras a que estarão submetidas durante o período hospitalar, buscando a salvaguarda de direitos, igualmente protegendo a saúde física e mental, incluindo a sexual e a reprodutiva. (BRASIL, 2014).

Ocorre que o Estado brasileiro, mesmo reconhecendo que deve ser prestada uma assistência especial para as mulheres em condição de gestante/parturiente, sabendo dos casos de violência que desafiam essa assistência, ainda não elaborou sequer uma legislação específica para tratar da temática. Atualmente, ela é vista somente como erro médico, com pena por responsabilidade civil e culminando em simples indenizações monetárias.

Acrescenta-se que a Venezuela e a Argentina, países vizinhos do Brasil, foram os primeiros a empregar a violência obstétrica. A primeira na Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência. Ela é prevista como crime cometido contra os direitos das mulheres, sendo caracterizada “pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais”. A segunda, na legislação de violência contra a mulher. Isso revela, sem dúvidas, uma tentativa de advogar contra tão grave violação de direitos das mulheres, o que não é adotado no Brasil (MASCARENHAS; PEREIRA, 2017).

Diversamente, ocorre com os Estados de Santa Catarina e Minas Gerais, que dispuseram em textos estaduais acerca da preocupação com a violência obstétrica. O Estado de Santa Catarina promulgou a Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, medida considerada relevante objetivando o respeito e a garantia dos direitos humanos e fundamentais das parturientes e de seus filhos (SANTA CATARINA, 2017). Por sua vez, o Estado de Minas Gerais, no ano de 2018, aprovou o texto da Lei nº 23.175, que dispõe acerca do atendimento humanizado a gestantes e parturientes, para fins de prevenção da violência obstétrica (MINAS GERAIS, 2018).

Em nível federal, apenas pesquisas são realizadas para se verificar a extensão dos danos da violência obstétrica e, de certa forma, esperar acerca de

uma postura ativa do Estado em projetar uma legislação pertinente ao assunto. O Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz pesquisou e entrevistou mulheres sobre a violência obstétrica no Brasil. Esses dados foram evidenciados por pesquisa realizada através da Rede Cegonha, programa credenciado ao Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, na qual ficaram demonstrados os alarmantes números da situação. Nesse estudo, foram entrevistadas 103.905 mulheres, entre os anos de 2011 e 2013, resultando que:

18.759 mulheres (12,6% do total) relataram ter vivido algum tipo de violência durante o parto, sendo que 50% relataram o mau atendimento como a principal violência e 25% apontaram para relatos de que as mulheres não foram sequer ouvidas, demonstrando a importância da existência do ODS 5.2 que, embora não se remeta diretamente à violência obstétrica, busca eliminar todas as formas de violência contra as mulheres. Quanto à agressão física, verbal e/ou psicológica, 12% das mulheres relataram agressão verbal e 2,4% apontaram terem sido agredidas fisicamente. Ademais, 65% sem direito a um acompanhante, 39% sem informação sobre o local do parto, 46% partos cesarianas (FIOCRUZ, 2018).

Considerando as pesquisas, pode-se observar que a violência obstétrica é prática recorrente no Estado brasileiro, e deve ser combatida, visto os elevados indicadores obtidos nas pesquisas colacionadas ao longo do trabalho. Dessa forma, há muito a ser alterado no sistema atual, primordialmente para que se possa promover uma assistência digna à mulher antes, durante e após o parto. Direitos que deveriam ser garantidos às gestantes, como direito a atendimento médico de qualidade e com dignidade, são obstaculizados diariamente na situação atual do país.

Dessa forma, políticas públicas de amparo e de proteção a gestantes e parturientes devem ser criadas, bem como as existentes reformuladas, no intuito de rever e criar mecanismos de prevenção à violência obstétrica através do alicerce formado pelas políticas públicas de atenção à saúde da mulher, como será apontado no item seguinte.

3.3 As políticas públicas de atenção à saúde da mulher como forma de enfrentamento da violência obstétrica

No Brasil, a primeira república ignorou totalmente os direitos sociais dos cidadãos brasileiros. Como visto anteriormente, o direito à saúde só ganhou espaço

de proteção na Constituição Federal de 1988 e essa incorporação de direitos foi bastante lenta, o que causou uma grande precariedade dos sistemas de atenção à saúde dos brasileiros.

Contudo, a saúde pública é referida desde 1928, cuja definição inicialmente foi dada por Charles-Edward Winslow, conforme publicação na Revista Science (1920): “a saúde pública é a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e de promover a saúde e a integridade física [...]” (AITH, 2007, p. 50). O conceito ainda é complementado com a noção de coordenação da comunidade para garantia de saúde, em relação ao meio ambiente, higiene pessoal, serviços de saúde para prevenção, para o fim de se garantir uma conservação da saúde de cada indivíduo pertencente à comunidade.

O trabalho de base acerca de saúde pública foi desenvolvido por George Rosen (1958), nele são comparadas as medicinas da Grécia e de Roma no período clássico. Nesse sentido, a Grécia destacou-se na medicina clínica, no século V a. C, e Roma desenvolveu a proteção sanitária no século I a. C (AITH, 2007). Acrescenta-se que uma importante inovação trazida pelos romanos foi a medicina pública, ou seja, médicos eram contratados para tratar da saúde de pessoas que não tinham condições de custear o tratamento médico do qual necessitavam. Surgiram, assim, os postos de saúde e hospitais para atender a essas pessoas, o que mais tarde viria a ser o propósito da saúde pública (MENICUCCI, 2007).

Anteriormente às previsões legais a respeito da saúde, à mulher cabia a tarefa do cuidado com a saúde da família; assim, a figura dela foi importante para as medidas adotadas ao longo dos anos que efetivaram mais tarde os programas de saúde no âmbito familiar. Esse protagonismo feminino era, inclusive, incentivado pelo Estado, que “mostra claramente que, durante o século XX, se ratificava o papel da mãe como legítima representante das demandas médico-higienistas no lar” (TRAD, 2010, p. 43).

A família também foi responsável pelas mudanças ocorridas no campo social, tendo em vista a necessidade de se dividir os cuidados de vida digna dos cidadãos, entre a tríade: Estado, mercado e família. De tal modo elucidou-se a importância da família no campo das políticas públicas, uma vez que a própria saúde das pessoas começa a ser analisada pela saúde da família, e não pelo indivíduo em si unicamente. Também, pelo fato da família conseguir reconhecer seus membros com mais atenção e atender às necessidades das quais carecem, não demandando

posteriormente mais serviços públicos para atendimento dessas pessoas (MIOTO, 2010).

Nesse contexto, a família e as políticas públicas exercem papéis semelhantes, ou seja, ambas visam à proteção das pessoas que se encontram resguardadas em seus núcleos, função que anteriormente era exclusiva das famílias, e, na atualidade, é compartilhada pelo Estado com auxílio das políticas públicas. Os dois atores principais impõem deveres de proteção e assistência, assim tornando-se formas de garantir o bem-estar, a saúde e o trabalho das pessoas.

Desse modo, ao mesmo tempo em que o direito à saúde buscava consolidar a atenção aos seus cuidados, as políticas públicas, ou seja, medidas governamentais para atender às necessidades da população também foram acrescentadas ao cenário da época, tentando garantir direitos sociais até então não protegidos. Conforme Schmidt (2018, p. 120), a “análise de políticas estava a serviço do objetivo de formular proposições e recomendações que alavancassem políticas mais efetivas e responsivas às demandas sociais”.

Ocorre que as políticas públicas instaladas a partir da década de 60 tiveram grande interferência de empresários, eram pautadas para atender os interesses de alguns em detrimento de outros, ou seja, perfaziam as preferências de alguns empresários preocupados com o retorno financeiro de seus negócios relacionados à saúde, e não com a saúde dos clientes propriamente dita. Esse modelo de assistencialismo na saúde favoreceu, assim, “o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial em detrimento da assistência pública” (MENICUCCI, 2007, p. 27). Mais tarde, criando-se os institutos de medicina em grupo, as cooperativas, e ainda, os preceitos de autogestão, esses grupos se tornaram fortes impulsionadores, devido sua organização política planejada, pela qual conseguiram constituir interesses convincentes e com poder decisório no campo político, no qual mostravam seus poderes.

O modo como a assistência à saúde foi desenvolvido, além dos interesses dos empresários da saúde, implicou diretamente nos beneficiários dela, porque as instituições previdenciárias favoreceram a inclusão dos trabalhadores nessa forma de assistencialismo à saúde, excluindo os demais. Pode-se dizer que a política de saúde corrobora dois modelos de assistência à saúde: um privado e outro público. Contudo, a opção por uma assistência privada é fortemente seguida, tendo em vista as imagens negativas, ou ainda algumas experiências equivocadas, que os

empresários da saúde incumbiam aos serviços de saúde pública (MENICUCCI, 2007).

A história da saúde pública, como vista, é uma narrativa de poder, já que o Direito Sanitário precisou surgir para regular tais demandas, bem como carece de entendimento profundo, sob pena de relativização do termo. A saúde pública deve ser considerada como um poder voltado especialmente à saúde das pessoas, o qual também deve ser sopesado conforme um poder capaz de conferir a dignidade humana, através de um bem-estar saudável.

A reforma alcançada após a Constituição Federal de 1988 conseguiu dissipar ao menos um pouco essa visão negativa da saúde pública, visto que houve uma crescente harmonização dos dois segmentos de saúde - privado e público - com a universalização da saúde. As melhorias no sistema de saúde pública, inclusive, ocasionaram a criação do Sistema Único de Saúde para salvaguardar todos os cidadãos brasileiros. Apesar disso, aquele antigo modelo assistencialista da década de 60 ainda perdura na atualidade, ou ainda melhor exemplificado, o modelo atual é uma continuidade daquele, visto que as alterações foram substanciais, mas não significaram considerar na mesma proporção a saúde pública e a saúde privada.

A Constituinte de 1988 dirigiu com exatidão o conceito de saúde; dessa forma, em várias hipóteses, elucidou o seu conteúdo, pois a saúde insinua a criação de uma política pública que aponte cuidado, defesa e proteção (Constituição Federal, artigos 23, II e 24, XII) avigora, como requisito a obrigação de prestar serviços de atendimento à população (Constituição Federal, artigo 30, VII), o qual compreende ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O conteúdo do conceito constitucional de saúde também deve garantir-lhe a assistência sanitária (Constituição Federal, artigo 208, VII); como deve ser assegurado à criança e ao adolescente, através de programas de assistência integral à saúde, para o qual é aplicado um percentual dos recursos públicos destinados à saúde materno-infantil (Constituição Federal, artigo 227, § 1º, I).

No Brasil, inicialmente, não se criou uma política pública de saúde que fosse guiada pela universalidade de acesso e integralidade no atendimento, visto que com a forte corrente do empresariado da saúde, somente aqueles que tinham condições financeiras mereciam cuidado com a saúde; aos outros, era apenas dispensada a caridade. Contudo, o Sistema Único de Saúde, em seus princípios norteadores, previu a universalidade e a integralidade na contramão do modelo ultrapassado, que

preferia a saúde privada, bem como no modelo hospitalocêntrico, que centrava as condições nos procedimentos médicos e hospitalares (SOUSA, 2015).

Ademais, a saúde é um serviço público que desempenha um papel de relevância no ordenamento jurídico brasileiro. É direito fundamental social, como visto nos artigos 6º e 196º da Constituição Federal (1988), do qual pode se exigir o dever do Estado de prestá-lo e protegê-lo, inclusive, de modo coletivo. Ainda assim, o direito à saúde é um importante direito de personalidade, cuja lesão poderá ser recorrida conforme previsto nos artigo 12 do Código Civil e artigos 186, 187 e 927 para promover a garantia diante de outras pessoas e do próprio Estado, seja de forma ressarcitória ou inibitória. Ordacgy afirma que “a saúde encontra-se entre os bens intangíveis mais preciosos do ser humano, digna de receber a tutela protetiva estatal, pois se consubstancia em características indissociáveis do direito à vida” (ORDACGY, 2010, p. 1).

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde é o garantidor máximo de saúde para os indivíduos, como foi estabelecido pela Constituição Federal em 1988, e regulamentado pela Lei 8.080 de 1990, para fins de organização e coordenação, de forma a construir uma estrutura organizada salvaguarda da saúde. A Constituição Federal (1988) estabeleceu o Sistema Único de Saúde em seu artigo 198, determinando as ações e os serviços públicos de saúde que se associam em uma rede regionalizada e hierarquizada e formam um sistema único. De forma descentralizada, direção única em cada esfera de governo, assim assegurando o acolhimento integral da saúde das pessoas conforme a Constituição Federal, e especificamente o artigo 9º da Lei nº 8.080/90 constituem que a direção do Sistema Único de Saúde é singular, exercida em cada esfera do governo pelos seguintes órgãos:

[...]

I- no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II- no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III- no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

No entanto, com a chegada da Norma Operacional do Sistema Único de Saúde (1991), incidiu o fenômeno chamado de “municipalização da saúde”, eis que ao Município foi conferido o encargo de atendimento da saúde. Essa determinação apresentou como justificativa a ideia de que o Município é o ente político local mais

próximo da população e pode, com mais efeito, proporcionar os serviços de atendimento básico à saúde (BRASIL, 2003).

Assim, com o objetivo de promover a proteção e a recuperação da saúde familiar, o Programa Saúde da Família foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, solicitando aos profissionais da área com conhecimentos técnicos a atuarem especificamente sobre os problemas de saúde da família. Os objetivos do programa foram trazer a família novamente ao status de *célula mater* da sociedade, reforçando o papel do Estado de proteger e garantir a saúde, coordenando uma série de serviços para trazer acesso igualitário a todos os indivíduos.

É preciso observar a saúde como política social e econômica, visto que dessas vai decorrer sua efetividade, pois, além dos serviços comuns, é necessária a atuação sobre o ambiente para que se proteja integralmente os indivíduos. Além disso, após o incremento das políticas públicas de saúde, que instituíram o sistema único, a saúde, pela primeira vez na história, começou a ser garantida de forma universal e integral, no sentido de promoção, proteção e recuperação, realizando os desígnios almejados pelo movimento da reforma sanitária na década de 60 (SOUSA, 2015).

De maneira especial, o Sistema Único de Saúde é fruto das reivindicações da sociedade, que estava insatisfeita com os precários serviços que vinham sendo oferecidos pelo Estado. Esse movimento levou o nome de Reforma Sanitária Brasileira e aconteceu no período da ditadura militar. O escopo da Reforma Sanitária era alcançar uma mudança relevante no sistema de saúde, pautada nas características de ações preventivas e curativas, e com a ideia de universalidade, bem como centralização do sistema de saúde.

Em relação às ações preventivas e curativas, o sistema de saúde, até a inspiração do SUS, dividia as atenções à saúde nestas duas dicotomias: de um lado, as ações de promoção e proteção e de outro, a recuperação da saúde. Dali, duas vertentes originaram-se: primeiro a do sanitarismo campanhista, criada no ano de 1897, ligado ao Ministério da Justiça e Negócios, chamando-se de Diretoria Geral de Saúde Pública, que tinha como figura principal Oswaldo Cruz; a segunda foi a medicina previdenciária.

As ações campanhistas destacaram-se por campanhas de erradicação da febre amarela, da peste bubônica e da varíola. Mais tarde, em 1920, o setor mudou

de Diretoria Geral de Saúde Pública para Departamento Nacional de Saúde Pública, cuja figura principal foi Carlos Chagas (FRAIZ, 2007).

O Ministério da Saúde foi instituído em 1953, após a separação dos eixos de saúde e educação. O segundo ponto tratava-se da medicina previdenciária, e sua origem deve-se à Lei Eloy Chaves pela qual foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS, 1923), que, além dos serviços previdenciários de aposentadoria e pensões, eram encarregados da assistência médica aos beneficiários. Com a suspensão das CAPS, foi iniciado o instituto de aposentadoria e pensões (IAPS, 1930), que culminou no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS, 1966), que restou substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS, 1977). Esses institutos eram ligados ao Ministério da Previdência e Assistência Social, que, necessariamente, sustentava a proteção e a medicina curativa, e o Ministério da Saúde restava encarregado da prevenção de doenças e da promoção da saúde (FRAIZ, 2007).

Na década de 70, o movimento sanitário passa a reivindicar um sistema de saúde único, ou seja, que se complementassem as funções do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência Social, satisfazendo, assim, as necessidades de todos os indivíduos brasileiros acerca da saúde. Passou-se a reivindicar um sistema descentralizado com o aumento da atuação dos municípios, inclusive, garantindo a participação popular nas iniciativas e na fiscalização de políticas públicas de saúde (AITH, 2007).

A partir da Constituinte de 1988, a seguridade social abordou as temáticas da saúde com mais atenção, hierarquizando os seus pilares na saúde, na previdência, e na assistência social; dividindo, pois, as funções, no sentido que a saúde deveria ser garantida a todos; a assistência, aos necessitados; e a previdência, àqueles que contribuíram para o benefício previdenciário.

Nessa esteira, os princípios e as diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde são praticamente os objetivos os quais ele pretende alcançar para a preservação do direito à saúde. São eles, em especial, a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a descentralização, a regionalização e a participação popular. Outros princípios também fazem parte da estruturação do Sistema Único de Saúde, todavia foram considerados aqui os principais (FRAIZ, 2007).

O primeiro princípio no qual o Sistema Único de Saúde deve pautar seus serviços é a universalidade, ou seja, as políticas públicas de saúde criadas após o estabelecimento do sistema único pela Constituição Federal de 1988 devem ser planejadas em favor de todos os indivíduos brasileiros, independente de qualquer diferenciação em relação à classe social, econômica, ou à raça. O Sistema Único de Saúde deve cuidar da saúde de todos, promovendo a justiça igualitária de acesso à saúde; assim, ao planejar suas ações, deve estruturar-se conforme as necessidades dos indivíduos. No entanto, mais do que a igualdade, o que expressaria atender ao conjunto da mesma forma, o Sistema Único de Saúde se vale do princípio da promoção da justiça, ou seja, almeja a equidade, que, por sua vez, é mais que igualdade, é reconhecer as diversidades e as necessidades dos grupos sociais vulneráveis e que carecem de maior proteção (FRAIZ, 2007).

Além disso, é sopesado o princípio da integralidade dos serviços públicos de atenção à saúde, carecendo ser garantida a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, o que anteriormente era dividido entre as funções do Ministério da Saúde e do INAMPS. Na atualidade, essas atuações são necessariamente garantidas pelo sistema único. Ainda assim, é preciso que a saúde dos indivíduos seja atendida em níveis hierarquizados, pois o sistema deve ser organizado de forma a oferecer uma completa assistência à saúde. Dessa maneira, os atendimentos de atenção básica despontam como atenção primária à saúde. Os serviços ambulatoriais e o atendimento hospitalar estão nos níveis secundário e terciário da saúde, respectivamente (AITH, 2007).

Na contramão do que vinha sendo construído nos sistemas de saúde, o SUS apostou na descentralização; dessa forma, os municípios antes excluídos dos serviços de saúde também começaram a contribuir para a efetivação da saúde dos brasileiros. O Movimento de Reforma Sanitária e a crise da previdência do final da década de 80 foram os principais responsáveis por essa mudança de pensamento. A descentralização foi importante para que se atendessem mais de perto a saúde da população e que se conhecessem as problemáticas enfrentadas (AITH, 2007).

Em decorrência dos princípios da descentralização e da hierarquização, no Sistema Único de Saúde, foi formado o princípio da regionalização, ou seja, os serviços de saúde foram organizados de acordo com as regiões, em que devem essencialmente contar com bases de saúde com serviços dos níveis primário, secundário e terciário a fim de se atender as demandas da população e garantir a

universalização de acesso à saúde. Por último, deve-se garantir e facilitar a participação popular, que não foi garantida pela Lei do Sistema Único de Saúde, tendo sido vetada. No entanto, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi previsto o controle social através de instâncias colegiadas dentro do Sistema Único de Saúde, onde os usuários do sistema, os profissionais da saúde e os prestadores de serviços privados e públicos têm participação efetiva em conselhos e conferências de saúde (FRAIZ, 2007).

O Sistema Único de Saúde foi um ponto favorável na evolução institucional do país, uma vez que determinou um novo esboço jurídico-institucional para as políticas públicas de atenção à saúde, acomodando um modelo público de ações e serviços de saúde. Os pontos fundamentais, tanto normativos quanto legais para a adaptação do Sistema Único de Saúde, são constituídos pela Constituição Federal, de 1988, e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990.

Ademais, a saúde como condição essencial para a vida digna representa para o Estado o dever de garantir tal demanda para a vida dos indivíduos. Para isso, através de políticas públicas como o Sistema Único de Saúde, é possível assegurar o estrito cumprimento do mandamento constitucional da saúde. Nesse sentido, as normas definidoras de direitos fundamentais exigem como normas-princípios a efetivação do direito à saúde, não podendo direitos fundamentais ficar em disponibilidade para cumprimento pelo Estado. O direito à saúde é fundamental à dignidade e à vida da pessoa, não sendo possível cair em desmerecimento e se limitar a uma norma pragmática, seu valor é ressaltado e deve ser respeitado como tal, pois visa à concretização de uma justiça social.

No Brasil, as políticas públicas preenchem um papel na concretização da ordem republicana, que, desde o início, foi marcada por modelos antidemocráticos cujas origens entram densamente nas estruturas existentes, misturando-se interesses sociais práticos e contraditórios.

De modo geral, as políticas públicas são definidas como disposições, medidas e processos que traduzem a direção política do Estado, bem como regulam as atividades relacionadas aos serviços de interesse público. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado apontado para o avanço nas condições de saúde da população. Sua tarefa particular em relação às outras políticas públicas da área social incide em organizar as funções públicas para a promoção, a proteção, e a recuperação da saúde (LUCHESE, 2004).

Na prática do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde elabora uma variedade de políticas públicas de enfrentamento das práticas violentas no parto. O sistema único começa a aplicar a analgesia nas mulheres em trabalho de parto, os partos cirúrgicos são mais fiscalizados, de acordo com a Portaria nº 985, do ano de 1999, “o Ministério propõe a criação dos Centros de Parto Normal, unidades que possibilitam a assistência ao parto fora dos hospitais e por profissionais não médicos, com incentivo às práticas humanizadas e validadas cientificamente” (BARBOZA; MOTA, 2016).

Desse momento em diante, uma nova política é adotada, a humanização do parto é referida como objetivo no ano de 2000, com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. A efetivação do atendimento integral e completo, garantindo todos os exames, vaga para o parto e uma contraproposta financeira para os Municípios que aderissem ao programa foi capaz de perfazer uma política pública que começou a mostrar eficiência contra as intervenções desnecessárias que estavam sendo usadas no parto. Em 2001, o Ministério da Saúde publicou o manual Parto, Aborto e Puerpério de assistência humanizada à mulher, que protege e garante a privacidade e os cuidados que efetivamente demonstrem benefícios à mulher (BARBOZA; MOTA, 2016).

A política de humanização no parto estima a participação ativa da mulher durante esse processo, acatando seus valores, crenças e necessidades, respeitando o momento de dor, e também suprimindo as violações que frequentemente ocorrem nas maternidades. A participação dos familiares também é incentivada por essa política humanizada, uma vez que contribui para o encorajamento da mulher, melhorando os resultados do parto, como a partir de 2005, tornou-se lei no Brasil: o acompanhante de escolha da mulher participar do momento do parto.

Outra mudança indispensável que veio com o novo projeto de parto foi o fortalecimento do vínculo e confiança entre a parturiente e os profissionais da saúde. Esse contato mais íntimo é relevante para a aproximação das partes, devendo o profissional da saúde oferecer suporte emocional e físico, assim utilizando técnicas para alívio da dor, bem como respeitar o decorrer do parto natural. Dessa forma, evitando-se procedimentos desnecessários e invasivos que podem causar violações de direitos dessas mulheres.

Um aspecto central nas mudanças propostas é a qualificação na comunicação entre profissional e parturiente com fortalecimento do vínculo e da

confiança, elementos fundamentais para o desenvolvimento do cuidado. O Ministério da Saúde preconiza que o profissional permaneça constantemente ao lado da mulher e que ofereça suporte emocional e físico, utilizando as técnicas adequadas para o alívio da dor e respeite a fisiologia natural do parto, evitando procedimentos desnecessários e reconhecendo os aspectos culturais envolvidos nesse processo.

De acordo com as normas de assistência humanizada à mulher e ao nascituro, a humanização é um processo complexo de atenção à mulher, que carece de boas práticas desde a estrutura do hospital até o atendimento básico na sala de espera da maternidade. Igualmente devem haver mudanças no formato de gestão da clínica que avalia a mulher como objeto e o processo de parto como uma linha de produção de uma empresa, sendo essa totalmente desconsiderada como sujeito de direitos. Nesse sentido, a figura do Plano de Parto tem recebido espaço, pois ele é escrito pela própria gestante, especificando em formato de texto as intervenções e os procedimentos pelos quais autoriza ou não passar no parto, sopesando essa experiência como um acontecimento único e transformador, com o auxílio dos profissionais de saúde, fortalecendo o protagonismo da mulher (BARBOZA; MOTA, 2016).

As mudanças almejadas pela humanização são realmente desafios à desconstrução de relações autoritárias ainda existentes entre médicos e pacientes. Para isso, é preciso enfrentar essa verticalização nos cuidados à saúde da mulher e do neonato, reduzindo o poder da medicina que desafia o corpo da mulher, para que se mude essa prática tão violadora dos profissionais da saúde.

É necessário que esses profissionais reduzam as intervenções, bem como respeitem o processo fisiológico do parto, para que a mulher não fique dependente e vulnerável ao saber-poder médico. Ocorre que essas alterações baseadas em evidências científicas, bem como substituir a pessoa do profissional médico por outra especialidade não irá vencer essa violação de um modo absoluto, pois a própria dominação masculina e de controle sobre a mulher faz-se presente em outros profissionais da saúde, inclusive em algumas hipóteses por mulheres que desempenham papéis de cuidado à saúde da gestante/parturiente. Logo, a mudança de valores carece ser ainda mais profunda.

É essencial envolver mulheres na preparação e na efetivação de políticas públicas de humanização e, ainda, assinalar para uma ruptura das relações hierarquizadas masculinas e do poder da medicina. Portanto, são necessárias

transformações estruturais na sociedade e a implantação de uma prática justa e igualitária.

Para atender melhor a situação da mulher, no ano de 2003, o Governo Federal instituiu a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. No ano de 2004, sobreveio a Primeira Conferência de Políticas para as Mulheres, inicialmente com o efeito de reafirmar a construção da igualdade entre homens e mulheres. Nessa conferência, afirmou-se as situações enfrentadas pela experiência da maternidade, que deveria estar comprometida com o bem-estar da mulher, bem como com sua dignidade (OLIVEIRA; PIO, 2014).

Nesse cenário adentrado no ano de 2011, o Ministério da Saúde começou a implementação da Rede Materno-Infantil, conhecida como Rede Cegonha, para fins específicos de cuidados às gestantes, inclusive de planejamento reprodutivo e atenção humanizada, bem como proporcionando às crianças o nascimento seguro e saudável. A Rede Cegonha apresenta como objetivos:

o acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, com incentivo ao parto normal; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e direito sexual e reprodutivo com implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos, promoção, prevenção e tratamento de DST/AIDS; orientação e oferta de métodos contraceptivos (OLIVEIRA; PIO 2014, p. 315).

As políticas de humanização do parto começaram a utilizar o trabalho das profissionais de acompanhamento, as chamadas doulas, que proporcionam apoio emocional à mulher. Os procedimentos das doulas são treinamentos sobre fisiologia do parto, tecnologias não farmacológicas para a dor, cuidados pós-natais e amamentação, entre outras. Elas são apreciadas como uma das boas práticas incentivadas pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecida em 2005 (BARBOSA *et al*, 2018, p. 421).“A palavra ‘doula’ vem do grego ‘mulher que serve’. Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto” (DOULAS DO BRASIL, 2018).

O trabalho da doula ainda aparece vagarosamente no cenário do parto. No passado, a tarefa de auxílio que hoje ela desempenha era realizada por uma pessoa que já tivesse passado pela experiência do parto. Hoje, é necessário, tendo em vista

a medicinização do acompanhamento do parto, já que o médico unicamente vai se ocupar da parte clínica do procedimento. De tal modo, para amparar o bem-estar físico e emocional, surgiu essa figura importante no momento do parto.

O suporte emocional e físico até então não dispensado à mulher em condição de gestante ou parturiente era um verdadeiro suplício, visto que variadas mulheres sofriam violações físicas e psíquicas rotineiramente, traumatizando o momento do nascimento do filho. Dessa forma, ao invés de transmitir afeto e empatia à mulher que se encontrava ali vulnerável, os profissionais da saúde se valim apenas das técnicas científicas e mecânicas, esquecendo-se das emoções que estavam sendo ali manejadas: um erro grave que enseja a cruel violência obstétrica (DOULAS DO BRASIL, 2018).

A inserção das doulas de caráter profissional ou voluntário, dentro dos hospitais, começou sem a participação dos profissionais atuantes no cenário do parto, tendo em vista o desconhecimento deles em relação ao trabalho realizado por elas e, muitas vezes, pelo preconceito em relação à atuação dessas mulheres. Esse contexto divisório abriu margem para a oposição e possíveis conflitos dentro das equipes de saúde, possivelmente porque as orientações apresentadas pelas doulas vão de encontro ao modelo obstétrico atual, que gera sofrimentos desnecessários às mulheres, e faz com que seu protagonismo seja deixado de lado (BARBOSA *et al*, 2018).

De tal modo, tendo em vista as muitas divergências ocorridas entre profissionais da saúde e doulas, acerca do atendimento delas dentro das instituições de saúde, bem como pelo fato que ainda carece de regulamento a referida profissão, no ano de 2017, foi encaminhado pela Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 8.363/17, que dispõe acerca da presença obrigatória dessas profissionais na rede pública de atendimento à gestante e à parturiente, uma vez requerida a presença pela paciente, mas esse projeto ainda não foi aprovado em sua totalidade.

Atualmente, a companhia e o trabalho profissional das doulas é um direito reconhecido por leis estaduais no Rio de Janeiro, na Paraíba, em Santa Catarina e em Rondônia, conforme as leis destacadas a seguir. No Rio de Janeiro, a Lei nº 8.307/2019 foi denominada “Toda Mulher Merece uma Doula”, a fim de analisar políticas públicas para atuação da profissional em atenção à gestante e parturiente (RIO DE JANEIRO, 2019). No Estado da Paraíba, a Lei nº 10.648 foi aprovada no ano de 2016, possibilitando a presença de doulas no pré-natal, parto e puerpério nas

maternidades públicas e privadas do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2016). Já no Estado de Santa Catarina, a Lei nº 16.869 de 2016 dispõe acerca da obrigação de permitir a presença de doulas em estabelecimentos voltados à saúde materna durante o pré-parto, parto e também após o parto (SANTA CATARINA, 2016). Em Rondônia, a Lei acerca da presença das doulas foi publicada no ano de 2015, prevendo, como as anteriores, o acompanhamento das profissionais em todos os estágios maternos, em instituições públicas e privadas (RONDÔNIA, 2015).

No Estado do Rio Grande do Sul, ainda não existe lei acerca da temática; no entanto, alguns municípios legislaram em suas câmaras municipais em relação ao assunto, por exemplo, o município de Rio Grande anunciou a Lei nº 8.279/ 2018, que institui o dia da doula, com o objetivo de informar e de desenvolver ações e debates sobre a relevância do trabalho dessas profissionais no ciclo gravídico (RIO GRANDE, 2018). Já em Gravataí, a disposição expressa em relação ao tema foi realizada na Lei nº 3.670/2015, cujo texto vai ao encontro dos textos das leis estaduais, ou seja, regulamentando a presença das profissionais doulas nos locais de atendimento materno-infantil (GRAVATAÍ, 2015).

Ademais, outros projetos visando à humanização do parto estão em tramitação na Câmara Federal e no Senado, como o Projeto de Lei nº 7.633/2014, que estabelece que os profissionais de saúde precisam dar preferência à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido antes, durante e após o parto (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014). Ainda, o Projeto de Lei do Senado nº 8/2013, que obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas que aprovam o parto humanizado no Sistema Único de Saúde (SENADO FEDERAL, 2013). O Projeto de Lei nº 359/2015, que sugere curso de qualificação para as parteiras e a inclusão da atividade no Sistema Único de Saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015). Além disso, a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, considera “o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal é direito inalienável da cidadania” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Nesse contexto, ainda que as políticas públicas em atenção à gestante e parturiente precisem avançar, tendo em vista as graves violações de direitos perpetradas dentro das instituições de saúde, elas não se consideram ineficientes, visto que um longo caminho já foi trilhado para se bem atender à mulher na condição de gestante e parturiente.

Ocorre que mudanças no pensar e no agir dos profissionais da saúde somente acontecerão a partir do investimento em políticas públicas que atuem de forma específica, ou seja, políticas públicas de gênero que atentem ao ensinamento de práticas humanizadas de assistência à saúde; acolhendo, assim, as necessidades particulares de cada mulher, perfazendo a proteção e a garantia do direito à saúde, que a muitas é negado.

Portanto, não se pode apostar em práticas ultrapassadas, como confiar que o recurso para o grave problema da violência obstétrica reside apenas na produção de leis, o que só acarretará os resultados prontamente arranjados. Contudo, aponta-se como recurso aliar-se à legislação as políticas públicas de gênero que sejam efetivas ao campo da obstetrícia, para que, assim, se principie uma transformação que é indispensável para o amparo aos direitos fundamentais e humanos de gestantes e parturientes que se encontram desprotegidas.

Em seguida, será explanado acerca do estudo de caso aplicado no município de Candelária, RS, a fim de verificar a (in) efetividade das políticas públicas de proteção, garantia e amparo à saúde das gestantes e parturientes residentes na referida cidade. As entrevistas foram delimitadas entre parturientes candelarienses, nos anos de 2017 e 2018, tendo em vista a problemática nacional da violência obstétrica.

4 O ESTUDO DE CASO PARA AVERIGUAÇÃO DA (IN) EFETIVIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA – RS

A violência obstétrica é um limitador aos direitos fundamentais e dos direitos humanos das mulheres. Nesse contexto, políticas públicas são mecanismos necessários para atuar contra essas violações, bem como para prevenir este tipo de violência que acomete muitas mulheres no Estado brasileiro. O presente capítulo, assim, tem por objetivo averiguar a (in) efetividade das políticas públicas no município de Candelária – RS, com vistas a ampliar o sistema de proteção desse tipo de agressão que vitimiza a parturiente e seu filho, considerando que uma mãe, com dores pelo sofrimento físico e/ou psíquico de que foi vítima, não estará completa para dedicar-se integralmente ao seu bebê, que, aliás, depende totalmente dela para tudo.

Para tanto, inicia-se a abordagem elucidando o processo inicial da pesquisa, com contato através da Secretaria da Saúde de Candelária, para vislumbrar as oportunidades de apoio no trabalho, bem como o acesso aos dados das parturientes arquivados nessa repartição. Em seguida, é tratado sobre a elaboração do projeto encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul, reafirmando os propósitos éticos da pesquisa. Finalmente, é apresentado o questionário de pesquisa, bem como traçado um perfil das parturientes a serem entrevistadas no estudo de caso.

Em um segundo momento, inicia-se a aplicação do instrumento de pesquisa junto as parturientes residentes na cidade de Candelária, RS, mais especificamente aplicado na região central, na Vila Marilene e na Rua Amândio Silva, zonas periféricas da cidade. Na sequência, aborda-se sobre os aspectos positivos e negativos relatados pelas parturientes que responderam à pesquisa e analisa-se separadamente cada uma das perguntas, bem como aplica-se a regra da porcentagem para verificação dos números propostos para finalização em gráficos.

A partir dessa perspectiva, ao final, busca-se identificar os resultados alcançados com o estudo a fim de aclarar a situação do município em pesquisa, bem como sugere-se a criação e a reformulação de políticas públicas voltadas ao trabalho das doulas no acompanhamento de gestantes e parturientes, e de uma capacitação dos profissionais com técnicas de atendimento humanizado.

4.1 O questionário e as entrevistas da pesquisa

A preocupação com a saúde das mulheres ante a violação da integridade física e psíquica ocasionada pela violência obstétrica durante a gestação e puerpério se deve às violências destacadas nas pesquisas nacionais anteriormente elucidadas, que corroboram casos graves de violações dos direitos humanos das parturientes, cujas consequências podem vir a afetar também seu filho. A partir desse ponto, nesta pesquisa, procurou-se averiguar a (in) efetividade das políticas públicas de prevenção à violência obstétrica, delimitando, para isso, o município de Candelária, no Rio Grande do Sul, e as parturientes dos anos de 2017 e de 2018.

O instrumento da pesquisa foi elaborado com um roteiro de perguntas semiestruturado, ou seja, em algumas questões, foi garantida a complementação das respostas estruturadas com a possibilidade de preenchimento de outras situações. A maioria das perguntas é proveniente de uma análise da Rede Cegonha, cujo programa e lei nacional foram criados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2011, a fim de garantir às mulheres uma saúde completa, ou seja, com condições de vida digna e bem-estar no período da gestação, do parto, do pós-parto, e ainda, o sadio crescimento das crianças nas idades iniciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para que fosse possível a aplicação do questionário, a Secretaria Municipal de Saúde de Candelária, na pessoa da Secretária de Saúde do município, desde o primeiro contato se mostrou compreensiva e positiva quanto à importância do estudo que se realizaria. Dessa forma, foi fornecido o primeiro termo de autorização para a pesquisa, constituindo-se como um aceite da Secretária, conhecendo e apoiando o projeto a ser elaborado, para fins de encaminhamento perante o Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, bem como preenchimento do requisito ético para pesquisa com seres humanos.

O encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética na Pesquisa foi organizado conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e nº 510/2016 e, ainda demais Resoluções Éticas Brasileiras, conforme documento de autorização. Observa-se que essas resoluções atendem o respeito à dignidade humana e à proteção carecida de antemão aos participantes das pesquisas envolvendo seres humanos, visto a seriedade da pesquisa realizada para apurar fatos tão relevantes no contexto atual de violências contra as mulheres.

O projeto foi apresentado perante o Comitê de Ética da referida universidade, com o objetivo principal de considerar a violência obstétrica sob o prisma da violação do direito à integridade física e psíquica, objetivando analisar o estudo de caso em relação à (in) existência de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica envolvendo as parturientes do município de Candelária – Rio Grande do Sul. Por sua vez, os objetivos secundários da pesquisa foram traduzidos em: observar evolução dos direitos humanos e fundamentais das mulheres; identificar a violação do direito à integridade física e psíquica da mulher em condição de parturiente; e realizar estudo de caso para averiguar a (in) existência de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica no município de Candelária – Rio Grande do Sul.

Os riscos e os benefícios da pesquisa igualmente foram ponderados quando da instrução do projeto, possuindo como riscos: possíveis desconfortos como é o caso, por exemplo, de alguns constrangimentos, tendo em vista o assunto delicado e íntimo que é objeto de investigação no estudo de caso. Por outro lado, foram apontados como benefícios: principalmente em relação ao futuro para a área da saúde da mulher no pré-parto, parto, e puerpério, o incremento de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica, os projetos educativos visando a diminuição dessa violação de direitos, e outros de amparo para a mulher na condição de gestante que visem seu bem-estar e vida saudável.

Ademais, foram fixados os pontos da pesquisa referente ao grupo que foi entrevistado, especificando que o questionário contendo 32 (trinta e duas) perguntas não seria aplicado em parturientes menores de 18 (dezoito) anos, que necessitariam da autorização dos pais para responder ao instrumento de pesquisa, e se estenderia a mulheres residentes no município de Candelária, no Rio Grande do Sul. Ainda, que tivessem passado pelos períodos de pré-natal, parto e pós-parto entre os anos de 2017 e 2018, ou seja, a pesquisa visou a rigorosidade dos dados colhidos, por se tratar de fatos recentemente ocorridos com as mulheres entrevistadas. Entre elas, foram especificamente escolhidas 25 (vinte e cinco) parturientes do ano de 2017 e 25 (vinte e cinco) parturientes de 2018.

O projeto de pesquisa, CAAE nº 04257018.3.0000.5343, foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa, em 12 de dezembro de 2018, conforme parecer nº 3.078.397, e em condições de ser executado nos termos dos documentos anexados à Plataforma Brasil - carta de apresentação da pesquisa, com título e nome da

pesquisadora e da orientadora, carta de aceite de instituição parceira, no caso da Secretaria de Saúde de Candelária, cronograma da pesquisa, contendo as datas de todos os procedimentos da pesquisa, currículo *lattes* da pesquisadora, orçamento com os gastos na pesquisa, termo de consentimento a ser assinado pela entrevistada quando do início da entrevista, elucidando o nome da pesquisadora, o título do projeto, os objetivos principais e secundários, bem como os riscos e benefícios, o projeto de dissertação e folha de rosto assinada conjuntamente com a instituição proponente do projeto - UNISC, cujo preenchimento se deu quando da submissão da pesquisa a referida Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Ademais, na posse do questionário de pesquisa e da aprovação dele pelo Comitê, a Secretaria Municipal de Saúde Candelária, RS, forneceu uma lista com nomes e contatos telefônicos das parturientes dos anos de 2017 e 2018. Assim, o primeiro contato realizado com as mulheres foi um convite para participação na referida pesquisa, sendo aceitas para averiguação do estudo de caso as 50 (cinquenta) primeiras parturientes que concordaram em responder às perguntas relacionadas na pesquisa.

As entrevistas começaram a ser realizadas em fevereiro de 2019, conforme indicado no cronograma do projeto encaminhado ao Comitê de Ética na Pesquisa. Iniciaram-se precisamente no dia 09 de fevereiro de 2019, e encerram-se em 04 de março de 2019. Elas aconteceram nas residências das entrevistadas para maior comodidade, bem como para diminuir o risco de algum constrangimento que eventualmente pudesse ser ocasionado em ambiente público, tendo em vista a situação de vulnerabilidade, em que poderiam se encontrar diante de supostas violações que ferem física e psicologicamente a mulher na condição de parturiente.

Inicialmente, ao chegar ao local da entrevista, destaca-se o modo como a pesquisadora foi recebida pelas entrevistadas, a qual se aponta como uma recepção muito boa. Todas as entrevistadas que se disponibilizaram a responder ao questionário de pesquisa, desde o contato telefônico, receberam a pesquisadora em suas residências de maneira muito afetuosa, colaborando para o bom andamento do presente estudo. Algumas, inclusive, reconheceram a importância e a necessidade de pesquisas como a aplicada, para fins de conhecimento da situação do município, pelas autoridades, bem como a contribuição para uma futura melhoria nos atendimentos a gestantes e parturientes.

Assim, foram colhidas as identificações das parturientes, a começar pelo nome e a data do parto da entrevistada, para melhor definir o ano em que a mulher passou pelas condições investigadas. A primeira pergunta realizada para determinar o perfil das entrevistadas foi relativa à idade. Em seguida, o estado civil, precisando definir como casada, solteira, viúva, divorciada, separada, união estável, ou ainda, se não gostaria de informar na pesquisa acerca de tal questionamento.

A segunda questão do perfil investigou a escolaridade das parturientes. Assim, passando as alternativas de não sabe ler/escrever, alfabetizada, nível fundamental incompleto, nível fundamental completo, nível médio incompleto, nível médio completo, nível superior incompleto, nível superior completo ou não informado.

A terceira pergunta questionou acerca da renda familiar, devendo a parturiente assinalar a que mais se assimilar a sua, constituindo as respostas apontadas: não tem renda; menos de 1 (um) salário mínimo; entre 1 (um) e 2 (dois) salários mínimos; mais de 2 (dois) até 5 (cinco) salários mínimos; mais de 5 (cinco) até 10 (dez) salários mínimos; mais de 10 (dez) salários mínimos ou não informado, finalizando, assim, as perguntas para definição do perfil da parturiente.

A partir da pergunta seguinte, passou-se a investigar como aconteceram e por quais situações as parturientes foram ou não submetidas nos períodos do pré-natal, parto e pós-parto, circunstâncias essas que são buscadas como foco da pesquisa. A pergunta número um indagou acerca da gestação, se a mesma foi planejada, possuindo ela como alternativas, sim; não e não sabe/não respondeu. A segunda pergunta buscou informações acerca do pré-natal da parturiente, indagou sobre o acompanhamento durante a gravidez, sendo as escolhas de resposta, sim, pelo SUS; sim, particular ou plano de saúde; não; ou não sabe/não respondeu.

A terceira pergunta em complementação a anterior, procurou averiguar o motivo da parturiente não ter realizado o pré-natal. Como resposta, a entrevistada poderia responder no seguinte sentido, não recebeu informação; não conseguiu consulta; não achou importante; não sabia que precisava; era longe; não quis; outro motivo. Qual?; não sabe/não respondeu, ou caso tivesse realizado o acompanhamento, apontaria não se aplica.

Ainda sobre o pré-natal, a quarta pergunta indagou sobre o recebimento do cartão ou caderneta de gestante no período inicial da gravidez, cuja resposta poderia ser assinalada como sim; não; não sabe/não respondeu; ou ainda, não se

aplica àquelas que não realizaram o método de consultas de acompanhamento pré-natal. A quinta pergunta do questionário versou sobre as consultas realizadas no pré-natal, mais especificamente em que número elas foram realizadas, as alternativas condiziam aos números, 1 a 2; 3 a 4; 5 a 6; 7 ou mais, bem como não se aplica.

A sexta pergunta questionou as parturientes acerca da participação em atividades educativas em grupo durante o pré-natal. Aqui, as parturientes poderiam responder sim; não; não sabe/não respondeu ou não se aplica. A sétima pergunta fez menção à realização de parto normal, no sentido de a mesma ter sido informada dos benefícios de tal procedimento. As parturientes, conforme respostas estruturadas, poderiam responder sim; não; não sabe/não respondeu; ou ainda, não se aplica.

A oitava pergunta formulada no questionário fez referência aos exames que a parturiente realizou durante o pré-natal, podendo ser marcada mais de uma, as alternativas eram sífilis; HIV/Aids; hepatites; anemia; exame de urina; glicose; ecografias; ou outro, onde poderiam listar outros exames realizados durante o pré-natal. Em complementação à questão anterior, foi perguntada de quais exames realizados a mesma recebeu os resultados, possuindo as parturientes como alternativas sífilis; HIV/Aids; hepatites; anemia; exame de urina; glicose; ecografia, bem como não se aplica.

A décima questão analisou acerca do atendimento na unidade de saúde/hospital, onde foram atendidas as parturientes no pré-natal, possibilitando atribuir uma nota, cujos níveis foram quantificados da seguinte forma: ruim igual a 0, 1, 2 ou 3; razoável 4, 5 ou 6; bom 7 ou 8; ótimo 9 ou 10, ou ainda, não sabe/não respondeu ou não se aplica. A décima primeira pergunta questionou as parturientes acerca de internações durante a gravidez. Elas possuíam como opções sim; não ou não sabe/não respondeu.

A décima segunda questão, complementar à precedente, buscou informações acerca do motivo da internação, possuindo como alternativas determinadas a hipertensão; diabetes; infecção urinária; sangramento; ameaça de parto prematuro; aborto; não sei; bem como abriu espaço para a mulher identificar outra causa com a alternativa, outros. Qual?; não sabe/não respondeu; ou não se aplica. A questão décima terceira seguiu com a temática do aborto, indagando as parturientes acerca do tratamento dispensado na situação de abortamento, na qual elas poderiam

responder que foi bem acolhida/atendida; agredida verbalmente; agredida fisicamente, mal acolhida/atendida; dividiu o espaço com outras mulheres que tiveram seus bebês; não sabe/não respondeu ou não se aplica, caso não tenha sofrido aborto.

Adiante, na décima quarta questão, fora perguntada para à parturiente se, devido a complicações, ela precisou de internação na Unidade Terapia Intensiva, bem como, continuando com as perguntas acerca do pré-natal, a décima quinta pergunta correspondeu à informação do local onde teria realizado o parto, se este foi informado. As alternativas de escolha das questões acima poderiam ser respondidas com sim; não; ou não sabe/não respondeu.

Por conseguinte, as perguntas do questionário passaram a indagar as ex-parturientes sobre o dia do parto. A primeira delas, e décima sexta questão, perguntou acerca do meio de transporte utilizado para chegar até o hospital/maternidade onde realizou o parto, a qual poderia ser respondida da seguinte forma, por ambulância do SAMU; bombeiros; ambulância; carro próprio; carro de terceiros; moto; ônibus; táxi; a pé; outros e não sabe/não respondeu.

A décima sétima pergunta questionou a respeito da chegada da gestante ao hospital/maternidade, quanto ao primeiro atendimento, desde a comunicação com as recepcionistas, com os porteiros e outros profissionais da saúde, indagando acerca de uma nota para o recebimento na unidade de saúde, que poderia variar conforme a escala, ruim 0, 1, 2 ou 3; razoável 4, 5 ou 6; bom 7 ou 8 e ótimo 9 ou 10. Também foi perguntado em relação ao tempo de espera desse primeiro atendimento, com uma variação no seguinte sentido até 30 minutos; 30 minutos a 1 hora; de 1 a 2 horas; de 2 a 4 horas; mais de 4 horas; ou não sabe/não respondeu.

As instalações da unidade de saúde também foram alvo de questionamento, mais especificamente na décima nona pergunta. Em relação ao espaço físico e equipamentos do hospital/maternidade, a parturiente pôde oferecer uma nota na linha graduada, de ruim 0, 1, 2 ou 3; razoável 4, 5 ou 6 bom; 7 ou 8 e ótimo 9 ou 10. A próxima questão indagou-a quanto ao acompanhamento no momento do parto, possibilitando à mulher responder assertivamente ou não à questão. Sobre a pessoa que fez o acompanhante do parto foi averiguado na próxima pergunta, podendo a entrevistada responder no seguinte sentido, pelo pai do bebê; pela sua mãe; pelo seu pai; por um(a) amigo(a); pelo seu companheiro(a); pelo (a) irmão (ã); outros. Qual?; ou não se aplica, quando não teve preservado esse direito.

A vigésima terceira pergunta questionou a parturiente acerca da não oportunização de acompanhante durante o parto, sendo a mesma contraposta com as alternativas: o serviço não permitiu; não sabia que podia ter acompanhante; não quis acompanhante; não deu tempo; não tinha acompanhante; outros; ou não sabe/não respondeu.

Em relação ao momento do parto, foi perguntado se ele foi realizado através de qual procedimento, sendo fornecidas as alternativas de normal; normal a ferro (fórceps); cirurgia cesariana; ou não sabe/não respondeu. Adiante, averiguou-se sobre a posição em que a mesma realizou o parto, deitada; sentada; agachada (cócoras); outros; ou sabe/não respondeu. Nesse sentido, também foi disponibilizada uma escala de notas para os serviços prestados à parturiente, sendo ruim 0, 1, 2 ou 3; razoável 4, 5 ou 6; bom 7 ou 8; ou ótimo 9 ou 10.

A vigésima sétima pergunta averiguou com as parturientes sobre situações agressivas e de negligência durante o parto, sendo essas exemplificadas conforme as alternativas de resposta em: agressão verbal; agressão física; não foi ouvida/atendida nas suas necessidades; ou foi mal atendida; outros. Qual?; não sabe/não respondeu; ou não se aplica, conforme livre entendimento da parturiente.

A partir da vigésima oitava questão, tratou-se do pós-parto, perguntando acerca do recém-nascido, especificamente em relação a alguma complicação decorrente do parto, nos termos a seguir destacados na resposta, não; o bebê faleceu após o parto; o bebê teve complicações; o bebê nasceu prematuro; outras. Qual?; ou ainda, não sabe/não respondeu. A próxima pergunta destacou o aleitamento materno. Em especial quanto ao primeiro contato da mãe e do bebê, foi perguntado se o bebê foi colocado imediatamente após o parto no colo e no peito para mamar, sendo que as alternativas de escolha na questão faziam referência a: sim; não; ou ainda, se não sabia ou não respondeu.

Os serviços prestados ao bebê também foram alvo de questionamento, projetando à questão uma escala de notas conforme a seguinte em: ruim 0, 1, 2 ou 3 razoável: 4, 5 ou 6; bom: 7 ou 8; ótimo: 9 ou 10; e ainda não sabe/não respondeu. A pergunta seguinte indagou sobre os testes realizados no bebê, quais já foram realizados, seguindo as respostas no sentido de teste do pezinho; teste da orelhinha; teste do olhinho; ou outros. Qual?. Complementado, perguntou-se das vacinas recebidas pelo bebê, entre as quais foram citadas, BCG; hepatite B – 1ª

dose; hepatite B – 2ª dose; ou aberta a questão com a opção de assinalar, outras e descrever além das descritas.

A questão seguinte tratou acerca da caderneta da criança, se a mesma foi recebida na saída da unidade de saúde/maternidade, ou em momento posterior. Como escolha de resposta, a seguir são destacadas sim, no hospital onde foi realizado o parto; sim, na unidade básica de saúde; não; não sabe/não respondeu. A preocupação da pesquisa se estendeu após a alta médica e com a chegada à residência da parturiente e do bebê. Nesse sentido, questionou-se quanto ao acompanhamento/visita de um agente comunitário de saúde, cujas alternativas de resposta poderiam ser, sim, até o primeiro mês; sim, depois do primeiro mês; não; não sabe/não respondeu.

Para finalizar o questionário, a última questão voltou-se a uma nota para o profissional comunitário de acompanhamento à saúde, também em uma escala de nota, como determinado anteriormente, em outras questões, as opções foram ruim 0, 1, 2 ou 3; razoável 4, 5 ou 6; bom 7 ou 8; ótimo 9 ou 10, ou não sabe/não respondeu, em caso de não ter recebido esse atendimento de saúde em sua residência.

Dessa forma, a partir das primeiras perguntas do questionário, conseguiu-se apontar o perfil das 50 (cinquenta) parturientes entrevistadas. As mulheres que foram entrevistadas residem na área central, e em dois subúrbios do município de Candelária, RS. Especificamente, entre as idades de 19 (dezenove) anos a mais nova parturiente e 42 (quarenta e dois) anos a de maior idade no estudo que foi aplicado.

Entre as entrevistadas, 27 (vinte e sete) delas perfaziam a faixa etária de 19 (dezenove) a 30 (trinta) anos, e 23 (vinte e três) na faixa dos 31 (trinta e um) a 42 (quarenta e dois) anos. Já o estado civil informado em sua maioria foi solteira, 22 (vinte e duas) delas mais especificamente, 12 (doze) responderam serem casadas, 14 (quatorze) conviventes em união estável e 2 (duas) divorciadas.

A escolaridade apontada pelas parturientes concluiu que 15 (quinze) delas possuem nível fundamental incompleto, 9 (nove) nível fundamental completo, 16 (dezesseis) ensino médio completo e 3 (três) médio incompleto, 4 (quatro) grau superior incompleto e 3 (três) nível superior completo. Acerca da renda familiar das parturientes, a sua maioria, 31 (trinta e uma) delas, declarou na pesquisa, entre 1 (um) e 2 (dois) salários mínimos federais, o que delimita o rendimento de R\$ 998,00

(novecentos e noventa e oito reais) e R\$ 1.996,00 (um mil, novecentos e noventa e seis reais). Outras 10 (dez) revelaram ter renda a partir de 2 (dois) salários mínimos, mas não exceder a 5 (cinco). No entanto, 8 (oito) responderam auferir de renda familiar menos de um salário mínimo, e finalmente 1 (uma) respondeu não ter renda familiar.

Dessa forma, foi delimitado um perfil para a maioria das parturientes entrevistadas formado por: mulheres na faixa etária de 19 (dezenove) anos aos 30 (trinta) anos, de estado civil solteira, com nível médio completo de escolaridade e de renda familiar entre 1 (um) e 2 (dois) salários mínimos federais.

Os próximos questionamentos realizados na pesquisa serão analisados minuciosamente nas questões do subcapítulo seguinte, quando serão destacados os pontos positivos e negativos relatados pelas parturientes em relação ao pré-natal, parto e pós-parto, conforme relatados nas entrevistas realizadas no estudo de caso.

4.2 Aspectos positivos e negativos relatados pelas parturientes que responderam à pesquisa

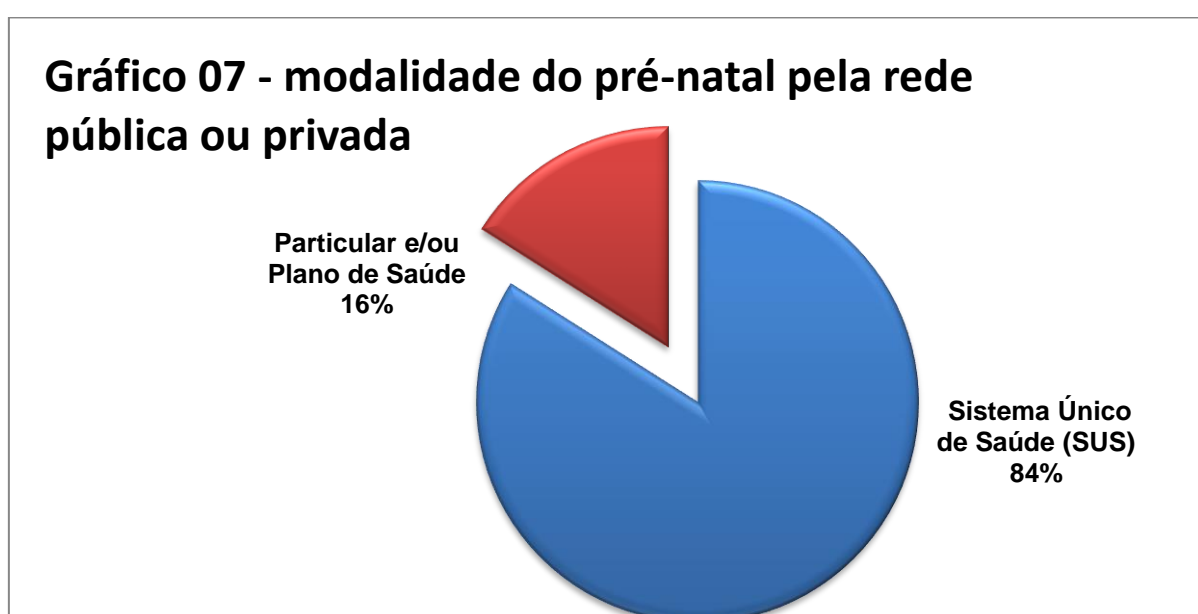
Daqui para frente, segue o estudo detalhando os aspectos positivos e negativos, nos termos do questionário de pesquisa aplicado com as parturientes do município de Candelária, Rio Grande do Sul. Apresentam-se especificamente as apreciações da pesquisadora, para que, em seguida, sejam elaborados gráficos dos percentuais, considerando as respostas fornecidas pelas parturientes pesquisadas. Ressalta-se que a ênfase na problemática da violência obstétrica se deve pelas pesquisas em nível nacional realizadas, conforme amplamente referido no capítulo anterior.

O principal objetivo da realização dessa pesquisa foi a utilização do estudo para visualização de prováveis situações violadoras dos direitos humanos das parturientes antes, durante e após darem à luz, bem como de seus filhos, para que os resultados positivos ou negativos possam ser analisados e discutidos pelos profissionais da área da saúde daquela localidade. Outrossim, para que esses profissionais, principalmente os que ocupam cargos de gestão, possam repensar a criação de políticas públicas de prevenção e de proteção às mulheres que se encontram desamparadas e aprisionadas ao sofrimento físico e psíquico, causado pelas violações cruéis provenientes da violência obstétrica.

Dessa forma, através da pesquisa de campo, tornou-se possível a identificação do problema da violência obstétrica existente no município de Candelária, RS, bem como o reconhecimento também de que não há um trabalho direcionado à implementação de políticas públicas de prevenção ao problema no espaço pesquisado.

Para iniciar o detalhamento do estudo de caso, destaca-se que 50 (cinquenta) parturientes entrevistadas perfazem o percentual de 100% (cem por cento). Inicia-se tratando do pré-natal, cujo percentual apresentado para realização desse acompanhamento foi de 100% (cem por cento) das entrevistadas, ou seja, um número positivo alcançado, visto que é através do pré-natal que ocorre todo o acompanhamento desde a descoberta da gestação até as consultas após o nascimento do bebê, visando uma avaliação completa da saúde da mulher e da criança.

Entre essas parturientes que realizaram o pré-natal, 84% (oitenta e quatro por cento) realizou as consultas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 16% (dezesesseis por cento) por meios particulares de consultas e/ou planos de saúde, nos termos do destacado no gráfico a seguir. Pontua-se que não foi objeto de investigação separar as mulheres em dois grupos (particular/plano de saúde – sistema único de saúde), e averiguar dentro desses a proporção de quais sofreram intervenções desnecessárias.



Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

Assim, a questão indagada sobre o porquê de não ter feito o pré-natal foi respondida em sua totalidade como não se aplica, visto que todas elas realizaram o referido acompanhamento.

Quanto à caderneta de gestante, esse documento foi recebido, no início do pré-natal, por 100% (cem por cento) das entrevistadas. Pondera-se que tal apontamento é imprescindível para anotações de todo o período gestacional. Além disso, 96% (noventa e seis por cento) das parturientes realizaram 7 (sete) ou mais consultas, o que resulta em ao menos uma consulta mensal nos últimos meses da gestação.

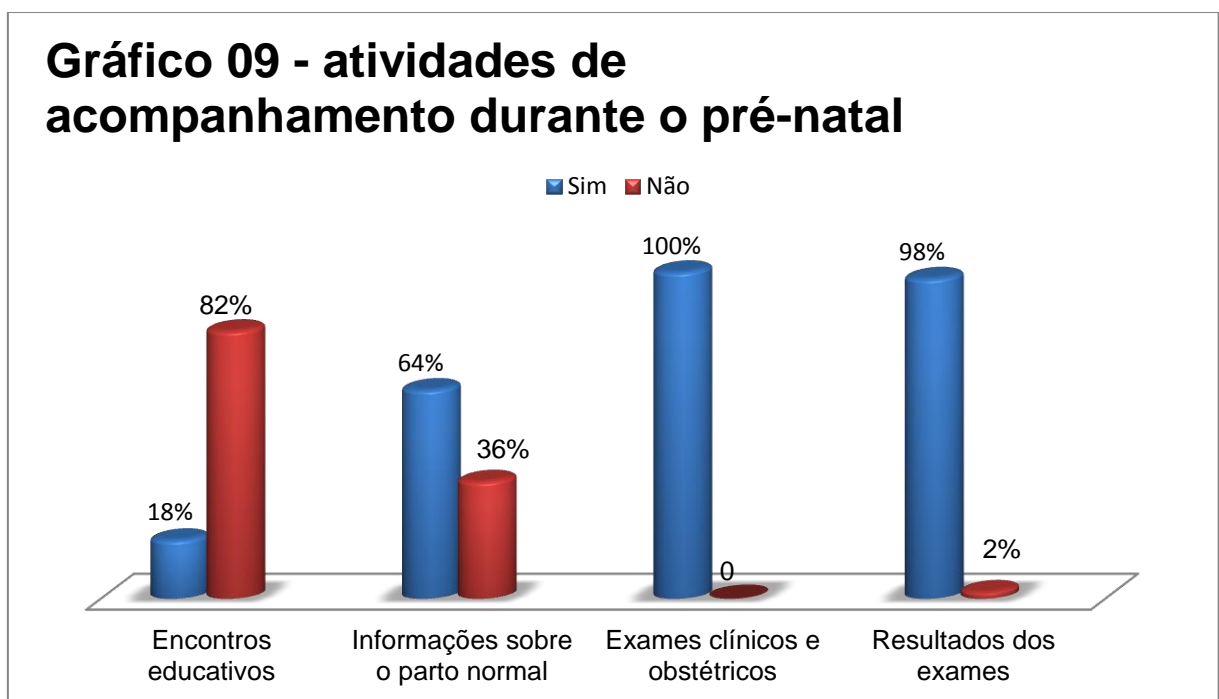
O resultado alcançado perfaz um ponto favorável, eis que é através das consultas de acompanhamento da gestação que a mulher segue a evolução da gravidez, bem como o crescimento do feto, desenvolvendo-se um sadio preparo para o parto, que também pode elucidar casos de preocupações, como doenças e complicações durante o período gestacional que podem ser revertidas, garantindo, assim, bem-estar e qualidade de vida para a mulher e o seu bebê. Seguindo, outras 4% (quatro por cento) das entrevistadas relataram terem consultado 5 (cinco) a 6 (seis) vezes. Nenhuma delas respondeu menos do que isso, conforme gráfico 8, a seguir.



Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

No gráfico de número 9, são relatadas as atividades desenvolvidas durante o pré-natal. A primeira delas faz menção a práticas educativas, indagando se a parturiente participou de palestras, de reuniões e de encontros durante o período gestacional. Nessa questão, 82% (oitenta e dois por cento) das mulheres responderam não ter participado de nenhum encontro para tal finalidade, embora algumas tenham recebido convite para determinados eventos do tipo; não compareceram por motivos diversos não indagados na pesquisa. Surge aqui o primeiro ponto negativo encontrado na pesquisa, pois é através desses encontros que as mulheres podem atender suas dúvidas, conhecer melhor as fases da gestação, trocar experiências com outras gestantes, além de ter o primeiro contato com a equipe médica que a acompanhará possivelmente até o momento do parto.

O segundo ponto questionado no terceiro gráfico trata da informação acerca dos benefícios do parto normal. Perguntou-se se elas receberam esse conhecimento ao longo das consultas que antecederam o parto. Nesse contexto, 64% (sessenta e quatro por cento) das mulheres relataram que obtiveram tal informação. No entanto, 36% delas não receberam, como pode ser averiguado no gráfico 9. O efeito desse ponto reflete a equivocada cultura da cirurgia cesariana, ou seja, na medicinização do parto, praticada por muitos profissionais da saúde.

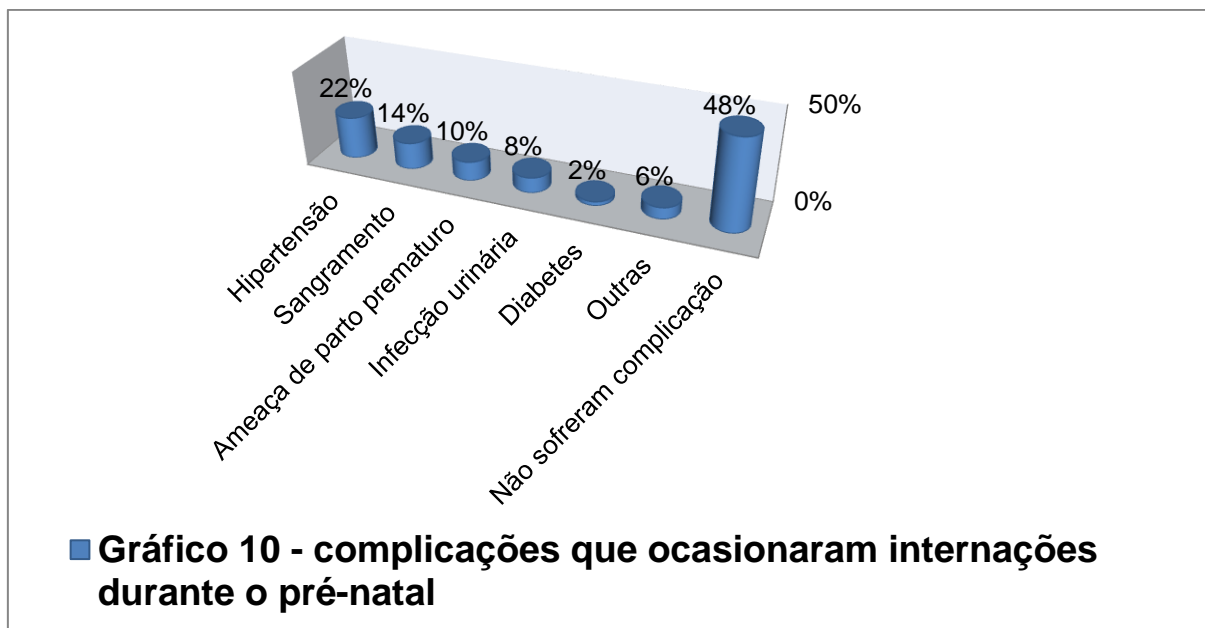


Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

Ainda, sobre o gráfico 9, 100% das entrevistadas expuseram ter realizado os exames relacionados na pesquisa, quais sejam: sífilis, HIV/AIDS, hepatites, anemia, glicose e ecografias. Apenas 2% informaram não ter recebido os resultados impressos de tais averiguações clínicas. Todas as outras os auferiram para conhecimento e zelo em sua residência. Esses pontos são revelados como positivos, visto que complicações graves podem ser evitadas com o conhecimento prévio do estado de saúde da mulher e da criança.

Além disso, sobre o pré-natal das parturientes, o gráfico 10, a seguir, demonstra algumas complicações que necessitaram de internação durante o período gestacional. Dentre elas, 52% (cinquenta e dois por cento) das entrevistadas expuseram ter tido alguma complicação. Isso reflete o questionamento antecedente, considerando-se que realizados os exames clínicos, o médico consegue verificar as exatas condições de saúde da mulher e melhor pode ocorrer o tratamento para uma provável complicação. Enquanto isso, outras 48% (quarenta e oito por cento) garantiram negativamente tal questionamento. As principais complicações são listadas no gráfico seguinte, ficando a hipertensão como o principal motivo para internação durante o pré-natal, perfazendo 22% (vinte e dois por cento), e a diabetes como problema menos influente, cumulando apenas 2% (dois por cento). Além disso, afirmaram as parturientes, na questão posterior, em sua soma total, que a complicação não requisitou internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Ademais, nenhuma das entrevistadas revelou ter sofrido aborto. Por conseguinte, para tal questão, não houve questionamento quanto aos sentimentos desprendidos durante tal situação, respondendo as parturientes como não se aplica ao seu caso.

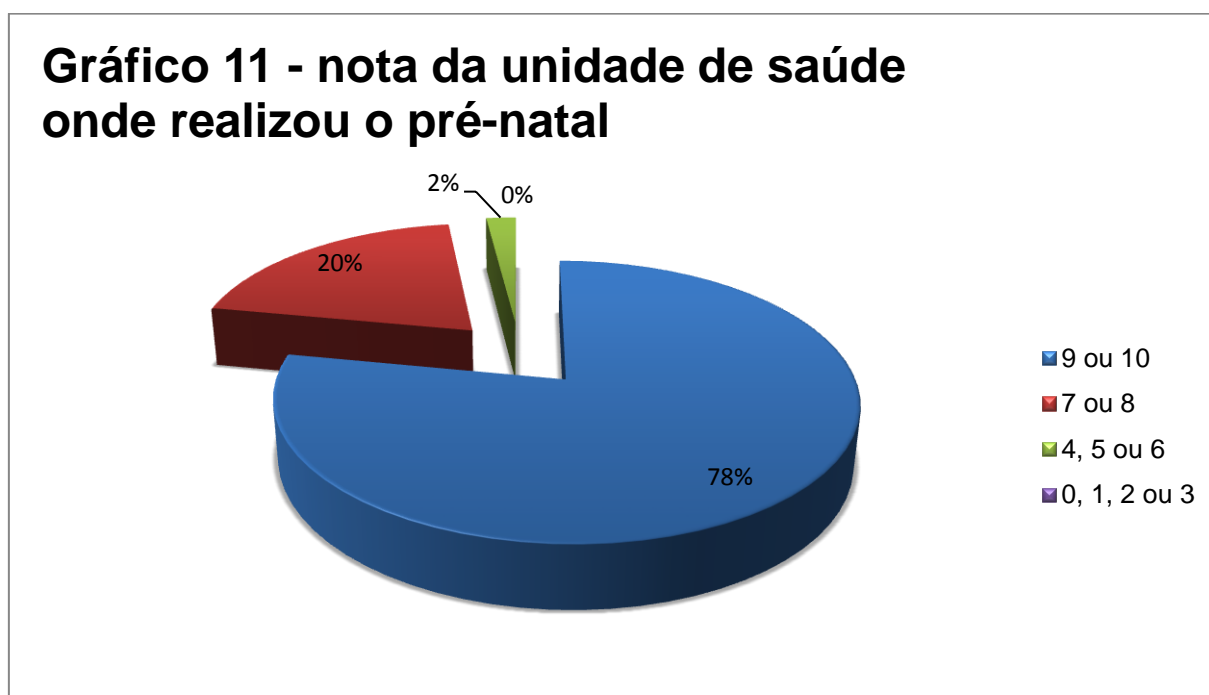


Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

Além disso, as entrevistadas foram perguntadas acerca de informações e de encaminhamentos no período do pré-natal. Primeiro, se elas foram informadas do local onde aconteceu o parto com antecedência, para a devida informação e vinculação com a instituição de saúde. Segundo, se foram até o local para uma visita prévia, com o intuito de se ambientar com o estabelecimento. Nessas questões, foram apurados os seguintes dados: 88% (oitenta e oito por cento) das mulheres foram informadas acerca do local do parto e somente 12% (doze por cento) não receberam tal informação. Nota-se, ainda, um dado positivo, visto que esse conhecimento prévio do local é garantido pela Lei nº 11.634 do ano de 2007, que trata a respeito do direito da gestante ao conhecimento prévio, bem como vinculação à maternidade, a fim de que todos os detalhes da saúde da mulher e do bebê sejam conhecidos pelos profissionais de saúde.

Quanto à segunda questão, as visitas ao local foram realizadas por apenas 34% (trinta e quatro por cento). Por outro lado, outras 66% (sessenta e seis por cento) das entrevistadas não conheceram a instituição de saúde antes do momento do parto. Esse fato mostra-se negativo, visto que a informação prévia da unidade de saúde onde deveria ficar vinculada a gestante apenas se mostra completa com o conhecimento do espaço físico, bem como do acompanhamento dos profissionais daquela unidade de saúde, conforme referido na lei destacada.

Para finalizar as questões acerca do pré-natal, as parturientes foram questionadas a atribuir uma nota para a unidade de saúde onde realizaram o pré-natal, cuja escala de notas, da mesma forma que as anteriores, enumerou que 78% (setenta e oito por cento) das parturientes concederam nota igual a 9 ou 10, e mais 20% (vinte por cento) entre 7 e 8, segundo gráfico que segue. Assim, o acompanhamento de pré-natal alcançou números significativos de aprovação pelas mulheres entrevistadas.

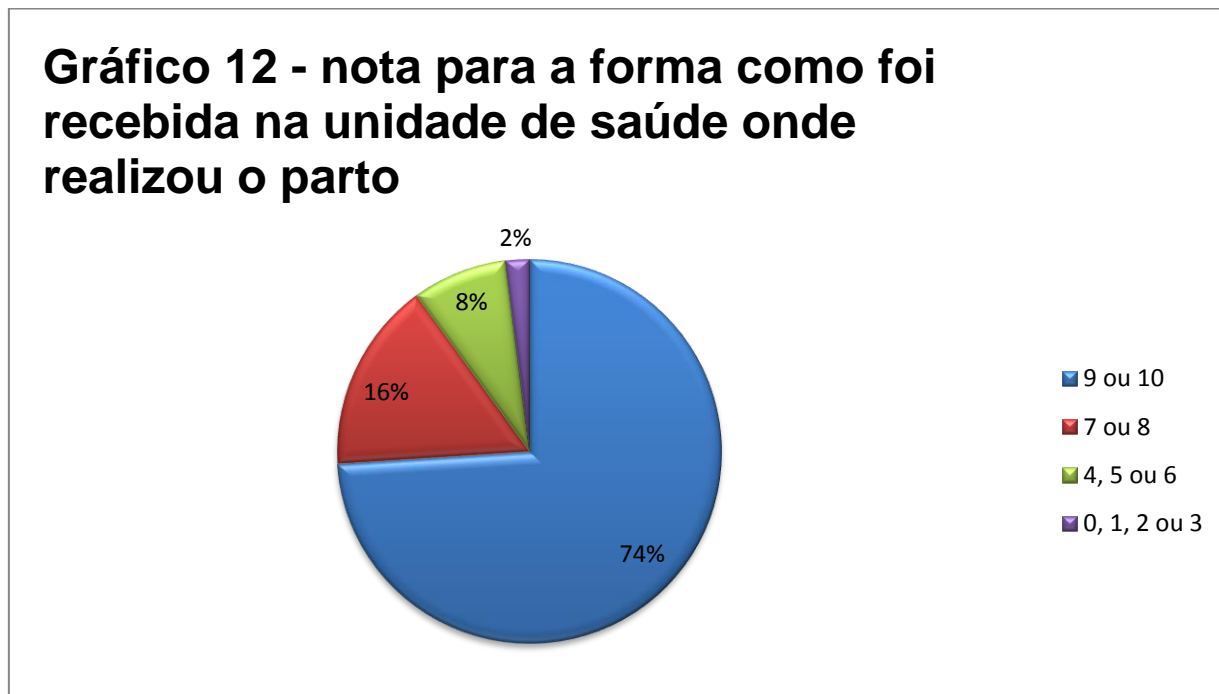


Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

As próximas questões que seguiram na pesquisa foram relacionadas ao dia do parto. A começar pelo meio de transporte utilizado para chegar até a instituição de saúde. Os dados apontaram que 64% (sessenta e quatro por cento) das parturientes deslocaram-se até a maternidade por meio de carro próprio, 12% (doze por cento) de táxi, outras 12% (doze por cento) foram a pé, 10% (dez por cento) utilizaram-se de carro de terceiros e, ainda, 2% (dois por cento) precisou dos aparelhos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o deslocamento até o hospital.

Na mesma escala de notas da averiguada para o serviço de acompanhamento do pré-natal, as mulheres foram questionadas a dar uma nota

para a forma como foram recebidas no dia do parto na instituição onde o realizaram, nos termos do gráfico 12.



Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

Portanto, pelo gráfico acima, percebe-se que 74% (setenta e quatro por cento) das entrevistadas deram nota igual a 9 ou 10, ou seja, elas foram bem recebidas pela unidade de saúde onde realizaram o parto. Algumas diferenças são apontadas com o gráfico anterior, pois, aqui, 10% das entrevistas julgaram a prestação de serviço ruim, atribuindo nota 4, 5 ou 6, e ainda pior indicando notas como 0, 1, 2 ou 3. Mesmo assim, a pesquisa indagou acerca do tempo de espera para o primeiro atendimento. De tal modo, 88% (oitenta e oito por cento) delas responderam que foram atendidas nos primeiros 30 (trinta) minutos após a chegada ao hospital, outras 10% (dez por cento) relataram que o atendimento inicial demorou de 30 (trinta) minutos a 1 (uma) hora, e 2% (dois por cento) afirmou que o tempo de espera foi de 1 (uma) a 2 (duas) horas.

Os dados encontrados em relação à questão do tempo de atendimento também confirmam uma situação positiva, já que 88 % (oitenta e oito por cento) foi recebida de maneira bem rápida, ou seja, menos de 30 minutos de espera no primeiro atendimento no dia do parto.

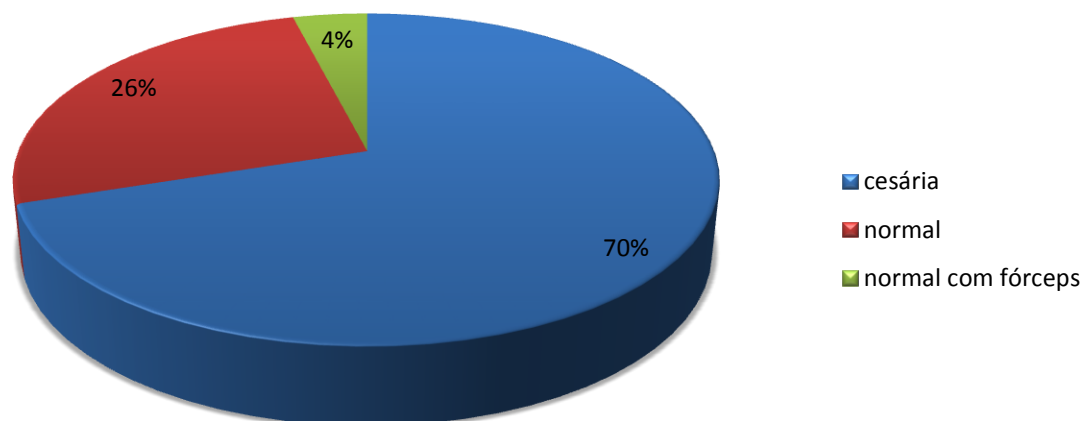
O espaço físico, compreendido pela infraestrutura e equipamentos do hospital/unidade de saúde, igualmente foi alvo de averiguação junto às entrevistadas, que puderam oferecer uma nota, conforme as escalas já destacadas anteriormente. De tal modo, 54% (cinquenta e quatro por cento) das parturientes referiram a nota 9 ou 10, enquanto 38% (trinta e oito por cento) conferiram a nota 7 ou 8, e ainda, 8% (oito por cento) impuseram a nota 4, 5 ou 6, e nenhuma delas apontou 0, 1, 2 ou 3 de nota para o espaço físico da unidade de saúde onde realizou o parto. Os dados auferidos nesse questionamento, igualmente, são positivos, visto que somadas aquelas que atribuíram nota igual a 9 ou 10 àquelas que confiaram nota 7 ou 8, atinge-se o percentual de 92% (noventa e dois por cento) das parturientes, próximo a 100% (cem por cento).

Ademais, as entrevistadas foram indagadas acerca do tipo do parto pelo qual restaram submetidas. 70% (setenta por cento) delas responderam que a cirurgia cesariana foi o tipo de parto realizado, e somente 26% (vinte e seis por cento) puderam se submeter a um parto de forma normal, como pode ser visto no gráfico 13.

Observa-se que não foi perguntado à parturiente se ela fez a escolha pelo tipo de parto realizado para o nascimento de seu bebê. A imposição do tipo de parto partiu dos profissionais de saúde que a acompanhavam no momento do parto ou ainda se precisou fazer a cirurgia cesariana por alguma complicação decorrente do seu próprio estado de saúde ou de seu bebê.

Nesse sentido, observa-se que, em 2015, a Organização Mundial da Saúde já havia publicado uma declaração elucidando que a taxa de cesáreas atendendo patamares ideais deveria ficar entre 10% e 15%. No entanto, os dados encontrados demonstram que ela é rotineiramente utilizada em todo o mundo. Assim, a Organização Mundial da Saúde concluiu com o estudo que:

- a) a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos;
- b) em nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal;
- c) cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico;
- d) os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Gráfico 13 - modalidades de partos realizados

Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

Outro ponto que merece importância é que 100% (cem por cento) das parturientes realizaram seus partos na posição deitada, ou seja, melhor para o manuseio do corpo da mulher e do bebê pela equipe dos profissionais de saúde. Aqui se atenta também para o fato de ter sido dada ou não a opção de escolha para a mulher, devendo tal condição ser levada em consideração quando da interpretação do dado pesquisado.

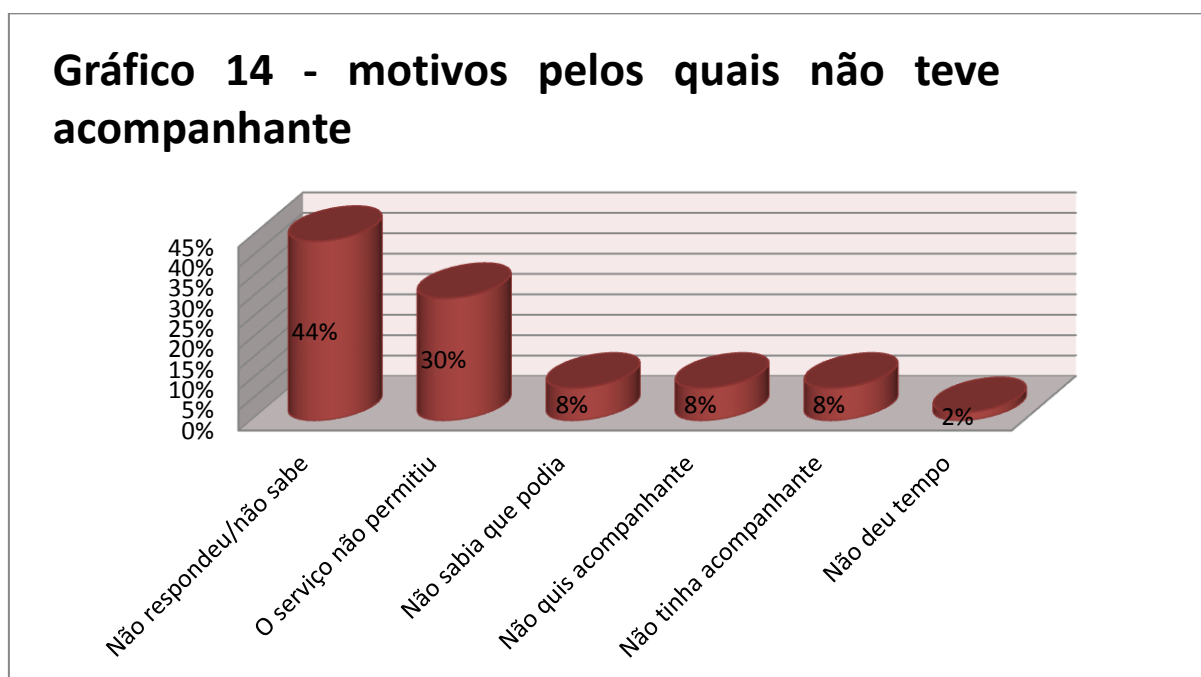
Embora o parto normal seja incitado pela rede de atendimento à saúde, como evidenciado pelos programas nacionais tratados no capítulo anterior, a posição do parto também é outro tabu a ser vencido, visto que ela deve ser escolhida pela gestante, garantindo-lhe maior conforto; assim, a escolha cabe à mulher, priorizando aquele que ela se sinta melhor e mais confortável, conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde divulgadas em 2018 (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2019).

No que se refere ao acompanhamento à gestante no momento do parto, amparo garantido pela Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, na realidade pesquisada, essa regra não é seguida pela totalidade dos médicos e profissionais da rede de saúde, como ficou demonstrado na presente pesquisa. Neste estudo, 58% (cinquenta e oito por cento) das mulheres entrevistadas relataram que não tiveram

esse acompanhamento, e apenas 42% (quarenta e dois por cento) tiveram essa oportunidade de auxílio familiar ou de amigos durante o parto.

Do segundo grupo destacado anteriormente, que logrou o auxílio de um familiar ou de amigos durante o parto, o total de 24% (vinte e quatro por cento) delas foi acompanhada pelo pai do bebê, 8% (oito por cento) pela sua mãe e avó do bebê. Além disso, outras pessoas foram citadas, como a sogra, a sobrinha, a filha, a cunhada ou a amiga, sendo que todas elas tiveram cada uma a porcentagem de 2% (dois por cento).

A seguir, o gráfico 14 enumera os principais motivos pelos quais as parturientes não puderam ter um acompanhante no momento do parto. A começar pela principal causa, a do serviço não ter permitido esse acompanhamento, que alcançou 30% (trinta por cento) das respostas afirmativas das parturientes entrevistadas. Em sequência, 8% (oito por cento) afirmou que não sabia que podia ter esse acompanhamento, o mesmo percentual não quis acompanhante ou não tinha. Ao final, 2% informou que não deu tempo de chamar um acompanhante.



Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

Para finalizar a parte da pesquisa sobre o parto, as entrevistadas puderam avaliar os serviços prestados. O levantamento das notas atribuídas apontou que 68% (sessenta e oito por cento) das entrevistadas pontuaram como 9 ou 10, outras

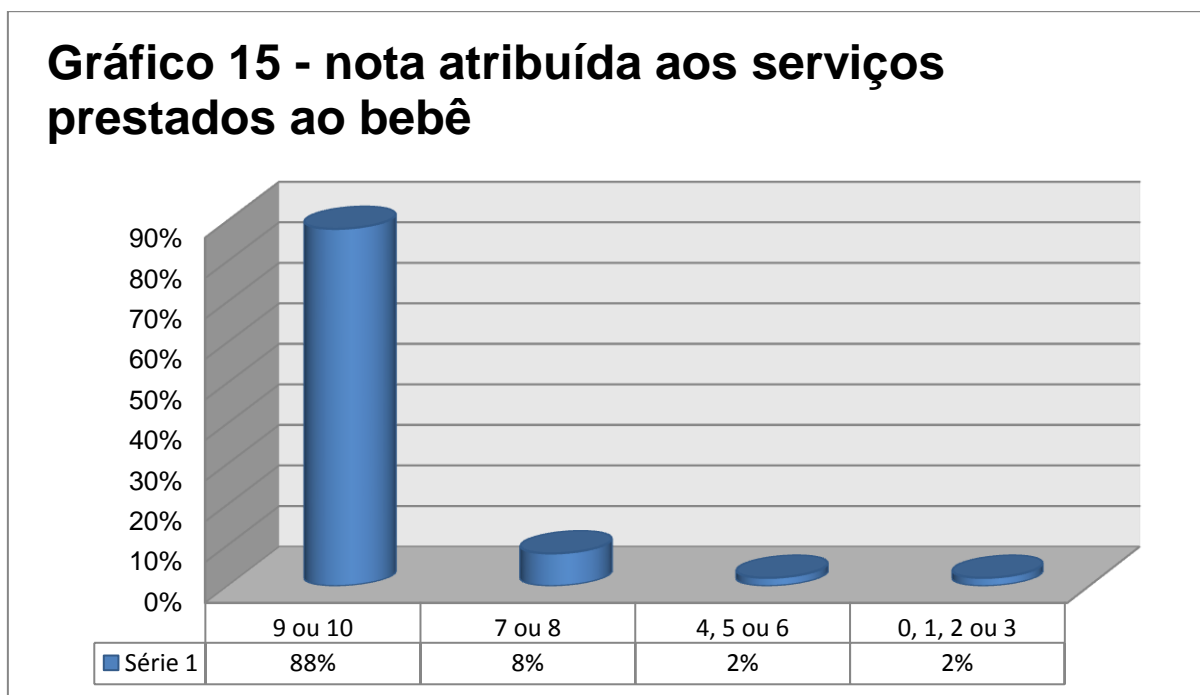
20% (vinte por cento) com 7 ou 8, 8% (oito por cento) com 4, 5 ou 6, e 4% (quatro por cento) com referência 0, 1, 2 ou 3. As notas auferidas reproduziram o bom serviço de atendimento prestado a essas mulheres.

Através da aplicação do instrumento de pesquisa, no que se refere a possíveis agressões verbais, agressões físicas, atendimento não humanizado, profissionais com pouca sensibilidade para exercer este tipo de atendimento junto as parturientes, etc., a primeira situação foi relatada por 6% (seis por cento), a segunda por 10% (dez por cento), a terceira por 8% (oito por cento), a quarta por 10% (dez por cento) e, finalmente, outras 74% (setenta e quatro por cento) nada sofreram que pudesse ser considerado procedimento violador de seus direitos humanos e fundamentais. Logo, os percentuais de violência obstétrica constatados na realidade pesquisada são baixos e bem inferiores à média publicizada pelas pesquisas nacionais. Cabe ressaltar que o município é pequeno; portanto, a demanda analisada (parturientes) é muito inferior à média de gestantes da maioria dos 5.570 municípios brasileiros.

As questões pós-parto também foram levadas em consideração no questionário aplicado. O ponto inicial de investigação referiu acerca do primeiro momento de contato da mãe com o bebê, questionando as parturientes se a criança foi colocada em seu colo, considerando a importância deste momento para ambas. Nesse sentido, 54% (cinquenta e quatro por cento) das entrevistadas responderam negativamente, ou seja, não foi possibilitado esse momento de imediato, o que é violador para essa mulher e o bebê, porque inibe o primeiro contato, bem como dificulta a familiarização de um laço tão estreito como o de uma mãe e seu filho. Por outro lado, 46% (quarenta e seis por cento) relataram que lhes foi, sim, possibilitado o contato com o bebê logo em seguida ao parto.

Além disso, fora questionado em relação à criança ter nascido com alguma complicação, o que refletiu no percentual de não ter passado por nenhuma das situações descritas de 86% (oitenta e seis por cento) das entrevistadas. Na contramão, 8% (oito por cento) relatou que o bebê teve alguma complicação não enumerada na pesquisa, como pneumonia, quebrou clavícula, precisou de equipamentos de oxigênio, ainda 4% (quatro por cento) informou que o bebê nasceu prematuramente, e 2% (dois por cento) teve alguma infecção que problematizou o estado de saúde da criança.

Foi solicitado às entrevistadas que atribuíssem uma nota aos serviços prestados ao bebê, cujos resultados foram: 88% (oitenta e oito por cento) deram nota entre 9 e 10, nos termos do gráfico 15. Isso resulta em um percentual bastante positivo, que culmina em um ótimo atendimento para quase 90% (noventa por cento) dos recém-nascidos.



Fonte: elaborado pela autora com base no estudo de caso, 2019.

Adiante, os percentuais encontrados quanto aos testes clínicos e às vacinas imunológicas realizadas demonstram que quase a totalidade desses serviços foram prestados. O teste do pezinho foi realizado em 100% (cem por cento), o teste da orelhinha em 94% (noventa e quatro por cento) e o teste do olhinho em 80% (oitenta por cento). Além disso, a vacina BCG foi realizada em 100% (cem por cento) dos bebês das parturientes entrevistadas, a vacina da hepatite B, 1ª dose, em 98% (noventa e oito por cento), já a 2ª dose da última vacina referida foi aplicada em 36% (trinta e seis por cento) dos bebês das parturientes entrevistadas. Conforme Calendário Nacional de Vacinação, de 2019, a segunda dose somente será aplicada com 2 meses de idade, cuja dose está associada com a vacina Pentavalente. A caderneta da criança igualmente foi entregue para 100% (cem por cento) das mulheres no hospital onde foi realizado o parto.

Por fim, as últimas perguntas do questionário levaram em conta o acompanhamento de um agente de saúde, conforme estabelecido pela Lei 11.350/2006, diretamente na residência das parturientes, sendo que entre as 50 entrevistadas, 60% (sessenta por cento) delas não receberam tal amparo. Outras 30% (trinta por cento) receberam a visita do profissional de saúde até o primeiro mês do bebê e 10% (dez por cento) depois do primeiro mês da criança.

Em relação a esse questionamento, deve-se considerar que alguns bairros de Candelária não são atendidos pelo serviço de agente comunitário de saúde, por exemplo, a parte central, onde foram concentradas algumas entrevistas, visto que elas residem próximo ao principal posto de saúde do município, conforme relatado por elas durante o estudo.

Para finalizar, as mulheres entrevistadas que receberam a visita de um agente comunitário de saúde, ou seja, 40% (quarenta por cento), somando-se aquelas orientadas até o primeiro mês do bebê, mais aquelas que receberam o acompanhamento depois do primeiro mês da criança, foram indagadas acerca de uma avaliação para tal serviço. As notas para o profissional da saúde comunitário variaram em 28% (vinte e oito por cento) com nota igual a 9 ou 10; 8% (oito por cento) com nota igual 7 ou 8, e, finalmente, 2% (dois por cento) entre 4, 5 ou 6, conforme escala referida no questionário. O percentual aponta, entre aquelas que receberam o atendimento de um agente comunitário de saúde, que esse foi considerado satisfatório.

Os dados encontrados refletem a razoável situação do município em estudo quanto aos serviços prestados às parturientes e aos seus bebês. Começando pelo acompanhamento pré-natal, que foi realizado com todas as entrevistadas, o número de consultas foi bem significativo e os exames de acompanhamento da saúde foram realizados em sua totalidade. Apenas a participação em reuniões/palestras educativas e a visita prévia ao local do parto registraram percentuais negativos, carecendo tal aspecto ser modificado.

Durante o parto, as entrevistadas consideraram que foram bem recebidas, as instalações da unidade de saúde e os serviços gerais foram oferecidos de modo satisfatório. Por outro lado, o tipo de parto realizado, a posição a que ela foi submetida durante o trabalho de parto e o acompanhamento de uma pessoa da escolha da mulher durante os procedimentos registraram marcas desrespeitosas

aos direitos dessas mulheres. Logo, as técnicas empregadas pelos profissionais de saúde, na maioria das entrevistadas, condizem com a violência obstétrica.

No pós-parto, o tratamento dispensando ao bebê, os testes de saúde realizados na criança, também as vacinas e a entrega da caderneta do bebê foram consideradas situações não embaraçosas para as parturientes entrevistadas, tendo em vista que os serviços foram proporcionados de maneira razoável pela maioria.

No próximo ponto do capítulo, serão retomados os dados das pesquisas trazidas ao longo do presente estudo, a fim de elucidar o comparativo das situações de violência contra a mulher de forma ampla, relacionando-as à violência obstétrica a nível nacional e ao estudo de caso realizado no município de Candelária-RS.

4.3 A discussão dos resultados da pesquisa

É importante reiterar algumas informações elucidadas ao longo da presente dissertação. O primeiro documento internacional em relação aos direitos humanos a trazer as mulheres como detentoras de direitos universais foi a Declaração de Viena, publicada em 1993, que previa, no artigo 18, que: “os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais”.

No ano seguinte, em 1994, a preocupação em relação aos direitos das mulheres voltou-se às violências que elas vinham sofrendo e, infelizmente, ainda sofrem na atualidade. De tal modo, foi realizada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, no Brasil, na cidade de Belém do Pará. A partir desse momento, a violência contra a mulher começou a ser compreendida como qualquer ato ou conduta em detrimento ao gênero feminino, que pudesse causar morte, dano ou sofrimentos, sejam eles, físicos, psicológicos e sexuais, acontecidos em ambiente público ou privado.

No ano de 2006, a problemática brasileira da violência contra a mulher chegou ao ápice com a noticiada informação de uma reclamação realizada na Comissão de Direitos Humanos, pela Sra. Maria da Penha Maia Fernandes, que, após inúmeros abusos advindos de seu ex-marido, precisou buscar auxílio nos organismos internacionais para que as agressões de todo o tipo contra a sua pessoa fossem cessadas, bem como que o agressor fosse punido por tamanha

agressividade e violência. Assim, foi criada a Lei nº 11.340, chamada e conhecida internacionalmente como Lei Maria da Penha.

A violência contra a mulher igualmente é, e foi reportada ao longo de todo este trabalho como um grave problema de saúde pública, por ser uma das principais causas de agressões que levam ao adoecimento físico e mental de milhares de mulheres brasileiras. Isso causa impactos severos nos direitos fundamentais e humanos das mulheres: direito à vida, à saúde e à integridade física e psíquica.

Nesse sentido, considera-se a violência contra o gênero feminino como uma das violações mais comuns de direitos humanos, por diminuir um indivíduo diante do suposto poder do outro. Dessa forma, vale relacionar que a principal justificativa para as violências são as diferenças entre homens e mulheres, tendo em vista as condições ressaltadas anteriormente nesta investigação. Os homens foram associados à esfera pública, e as mulheres, à reclusão de seus afazeres domésticos. Esses aspectos diferenciadores, por sua vez, provocaram relações de poder desiguais entre homens e mulheres e, assim, resultando na submissão da mulher na sociedade (SAFFIOTI, 2004).

Os setores de saúde pública, angustiados com as condições das mulheres acometidas por violências cada vez mais graves e recorrentes, que, inclusive, geram a morte de centenas delas como referido na pesquisa do primeiro capítulo, inclui a violência contra a mulher em um conceito complexo de saúde, pois vai além de cuidar de lesões físicas e psicológicas. Para a saúde ser garantida para todos, a violência deve ser eliminada. Portanto, a questão da violência contra a mulher resulta em problema de saúde pública no Brasil, acometendo a saúde particular e a da coletividade, o que faz surgir a necessidade de formulação de políticas públicas específicas de proteção e prevenção. Por essa razão, salienta-se que medidas preventivas precisam ser elaboradas em meio a programas multidisciplinares, ou seja, de muitas áreas, incluída a saúde, para tentativa de prevenção e diminuição do problema.

A Organização Mundial da Saúde, no mesmo sentido que a Lei Maria da Penha, define violência contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou deficiências”. O conceito encontrado é amplo, e pode ser constituído por variados tipos de violência, como a doméstica, a sexual, a física, a psicológica, a moral, a patrimonial e a institucional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE).

Ademais, a violência contra a mulher e a submissão dela diante do homem também garantem a presença da violência obstétrica, tendo em vista a assistência à saúde prestada de forma desumana, e as estruturas de poder que envolvem as condições de paciente e médico. De tal modo, desenvolvem-se e perpetuam-se no tempo algumas formas de abusos e outras tantas ações desrespeitosas e cruéis na medicina obstétrica.

Nesse sentido, as relações sociais baseadas no sexo, bem como a rejeição de um ente feminino diante de outro masculino, determinam os comportamentos desses sujeitos, relacionando-os diretamente com o conceito de gênero, que leva em consideração as construções sociais, que dividem os papéis de homens e mulheres na sociedade (SCOTT, 1995). Fica definido, então, que cada um dos sexos deve atuar conforme sua divisão sexual, o homem pode imperar com seu poder, e a mulher deve sofrer as dores. O mesmo pode ser relacionado com a paciente representada pela pessoa da mulher na violência obstétrica e o médico, representado pelo homem conhecedor das técnicas da medicina.

Essa desigualdade existente entre as pessoas, tendo em vista os dois sexos diversos, e ainda, por meio da hierarquia social desmedida dali advinda, é uma maneira de preservar a cultura preconceituosa da inferiorização da mulher (SAFFIOTI, 2004). A violência obstétrica, nesse sentido, auxilia a difundir tal entendimento, que exalta a superioridade masculina, pela força, pela virilidade e pelo saber/poder como qualidades reservadas somente para a condição masculina.

Conseqüentemente, a violência obstétrica, além de ferir fisicamente as gestantes e parturientes sempre que seus direitos humanos são desrespeitados, que sua autonomia e sua liberdade de escolha não são consideradas, expõe mulheres e bebês a um quadro de total desrespeito aos preceitos constitucionais garantidores da dignidade humana.

Dessa forma, a violação de direitos da mulher na condição de gestante ou parturiente tem início quando uma mulher não é tratada com o cuidado que sua condição de saúde carece na gestação ou puerpério, no momento em que é abordada como objeto pelos profissionais de saúde que deveriam zelar por cuidados para com elas. O mesmo acontece quando a mulher é silenciada pelo medo que algo aconteça a si e ao seu bebê, caso não faça o que o médico determina, é o que é tratado como violência consentida pelos autores Wolff e Waldow (2008), que abordam o assunto, no seguinte sentido:

ao longo da história, as mulheres são conhecidas como as mais prováveis vítimas de violência. A violência apresenta várias faces, tem-se um tipo de violência bastante comum, que ocorre no cenário das instituições de saúde: uma violência consentida por mulheres em trabalho de parto e parto. São colocados alguns depoimentos que ilustram como ocorre essa violência e como ela é aceita. As atitudes apresentadas pelos profissionais, conforme se verá, foram consideradas desrespeitosas. Todavia, parte dos profissionais de saúde a encaram como normal e parte da rotina. Por outro lado, as mulheres em trabalho de parto e parto não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento de seu bebê. Após finalizado o processo de parturição, tudo é alegria e os maus tratos são, de certa forma, esquecidos. (WOLFF; WALDOW, 2008).

De tal modo, a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2014, caracterizou a violência obstétrica como qualquer intervenção, ação ou ato em relação à gestante ou parturiente que não seja precedido de seu consentimento, ou ainda, que prevaleça como desrespeito a sua autonomia e a sua integridade física e psíquica. Portanto, qualquer ato desumanizado, que possa gerar violação, agressão ou abuso do processo que se realizaria naturalmente sem intervenções é visto como violência contra a gestante e/ou parturiente.

É nesse sentido que os profissionais de saúde, na condição de médicos e enfermeiros e demais auxiliares, precisam respeitar os direitos das mulheres, em relação à tomada de decisões referente a todo o atendimento obstétrico, por exemplo, nos diagnósticos, nas terapias aplicadas e, principalmente, nos cuidados para com o bem-estar e a saúde, procedimentos que devem ser comprovados sempre cientificamente, conforme afirmam o Conselho Federal de Enfermagem e o Conselho Federal de Medicina. Logo, devem ser de conhecimento das pacientes todas as opções e os riscos das condutas e dos procedimentos realizados que envolvam a sua pessoa (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Corroborando essa ideia, o Conselho de Ética Médica proíbe o desrespeito ao direito do paciente acerca da decisão livre e esclarecida em relação à execução de práticas médicas que venha a suportar decorrente de tratamento ou cirurgia, salvo algumas exceções, como a do artigo que cita risco de vida em caso da não intervenção médica. Resta evidente que os códigos de ética médica referidos vedam a prestação de assistência médica sem o consentimento da paciente, cujo pedido de consentimento apenas deve ser solicitado depois de esclarecidas todas as técnicas e os procedimentos que serão aplicados ao caso. Portanto, todas as condutas dos

profissionais da saúde devem ser previamente aprovadas pela gestante/parturiente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

Conforme as determinações já relatadas, as equipes médicas e de enfermagem precisam cobrir a totalidade de cuidados das pacientes, de forma a garantir que as mesmas não sejam vitimizadas por nenhuma espécie de negligência, imprudência ou imperícia, que pode culminar na violência obstétrica (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019).

No entanto, as previsões do Conselho Federal de Enfermagem e o Conselho Federal de Medicina não garantem na prática um tratamento de qualidade para a gestante/parturiente. É preciso mais. É necessário humanizar as relações entre médicos e pacientes nas relações que envolvam o parto, sendo essa matéria imprescindível para o nascimento sadio do bebê e para o bem-estar da mulher, nos termos do abordado no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

A relação entre esses profissionais da saúde e pacientes deve partir de três pilares: o primeiro, de atenção aos códigos e regulamentos dos agentes de saúde; o segundo, de garantia aos direitos das gestantes/parturientes e; terceiro, considerando a empatia, ou seja, o sentimento de colocar-se no lugar do outro, o que preceitua uma vivência humanizada da situação (CADERNO HUMANIZASUS, 2014).

Do contrário, seguindo o caminho diverso da humanização, situações de violência serão reproduzidas rotineiramente, como a reportada na pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010, apontando que uma em cada quatro mulheres já sofreram algum tipo de violência na atenção obstétrica, seguirão como realidade brasileira. Esse é o resultado de um modelo de amparo ao parto e ao nascimento, que, de forma ultrapassada e violenta, atua na sua maioria de maneira intervencionista e acredita ser prioritariamente um acontecimento médico, ignorando a fisiologia natural do parto, perfazendo assim violações das mais variadas formas contra mulheres e crianças recém-nascidas.

Do mesmo modo, a violência contra a mulher em relação obstétrica, que é vislumbrada como uma violência institucional, pois ocorre dentro da instituição hospital, também é caracterizada como estrutural, uma vez que é repassada através dos métodos ensinados dentro das faculdades de medicina e outras, da mesma forma simbólica e/ou cultural, pois representa o poder do homem médico diante da

mulher objetificada na situação de paciente. Além disso, a violência nas maternidades é resultado dos processos vinculados ao descuido e abuso durante o pré-natal, parto e pós-parto, cujos abusos poderão interferir na saúde materna, na execução dos serviços, logo, podem afetar o processo de parto, acarretando prejuízos à saúde integral da parturiente e de seu bebê (JUÁREZ *et al.*, 2012).

A partir de então, segundo Wolff e Waldow (2008), as mulheres vítimas de violência começaram a avistar o trabalho de parto como um momento reprimido pelo medo, pela solidão, e também pela dor, pois as atuais instituições de saúde deslegitimam-nas, e ainda excluem, de forma desigualitária, a sexualidade e a reprodução de mulheres avaliadas como subordinadas/inferiores, como as negras, as solteiras e as de baixa renda. São mais que frequentes as situações discriminatórias e desrespeitosas para com essas mulheres (WOLFF; WALDOW, 2008).

A negligência, as agressões verbais e/ou físicas e as psicológicas culminam, conforme estudo de Souza (2014), inclusive em problemas como a depressão pós-parto, dificuldades na amamentação, e até mesmo na criação do filho, condições essas associadas à relação entre a equipe de profissionais de saúde e, do outro lado, as mulheres. Ademais, outras restrições, como de acompanhante da mulher no momento do parto, a morosidade no atendimento, o abandono e o desprezo também são consideradas violências na atenção obstétrica.

Da mesma forma, essa violência é individualizada como institucionalizada, incidida nos serviços públicos, em peculiar nos hospitais públicos, configura-se na ação ou omissão e no poder imoderado do Estado nesses espaços de saúde, que, ao invés da garantia do direito à saúde, viram verdadeiros “des”serviços para a população (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Ademais, no ano 2000, o tema ganhou maior atenção, e as resistências contra a violência na atenção obstétrica se fortaleceram. A partir dessa década, os movimentos expandiram sistemas de mobilização e inseriram no cenário mundial a preocupação quanto ao modelo de assistência ao parto utilizado; desse modo, iniciaram as pesquisas sobre o tema, e o governo também tomou algumas iniciativas objetivando desenvolver um trabalho de preparação dos profissionais da área de saúde para que haja uma maior humanização no parto.

Nesse sentido, foi criado, na época, o programa pioneiro de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), espalhando oficialmente o termo de humanização

no cuidado à gestante/parturiente e ao bebê, através da Portaria nº 569/2000 (BRASIL, 2000). Desse momento em diante, foram incorporadas variadas políticas públicas a nível federal. O Ministério da Saúde iniciou a ideia de estimular o parto normal e de forma humanizada e a desincentivar as cirurgias cesarianas consideradas desnecessárias.

Deslandes (2014), em relação ao assunto, afirma que humanizar compreende valorizar o cuidado em atenção à técnica, respeitando os direitos, bem como considerando suas características individualizadoras, como cultura, raça, religião e classe social (DESLANDES, 2014). Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde incentiva o uso de técnicas não invasivas, ou seja, práticas que considerem a assistência de forma humanizada. São recomendadas condutas pautadas em evidências científicas, bem como úteis para proteção da mulher e da criança que está prestes a nascer.

Ademais, o adequado manejo do trabalho de parto, o qual é aconselhado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, deve ser pautado no estímulo a posições verticalizadas para o parto, à liberdade de movimentação; ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado, por exemplo, às massagens, os banhos quentes, entre outros procedimentos. As técnicas ressaltadas, afora não constituírem invasões agressivas, são acessíveis por qualquer profissional e revelam-se de baixo custo, logo, plausíveis de serem disponibilizadas nas unidades de atendimento de saúde (RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO, 2016).

Desse modo, poder-se-á garantir uma proteção adequada à mulher na condição de gestante e parturiente. Necessário também é trazer a campo discussões acerca da temática nas faculdades e nos estabelecimentos de ensino, enfatizando que elas têm direito a um parto seguro e que, a partir dele, não seja violentada, dessa maneira corroborando, inclusive, o mandamento da Declaração Universal dos Direitos Humanos de que:

todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade, tendo ele direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Os avanços já realizados devem ser reconhecidos pelos instrumentos de defesa dos direitos das mulheres. O bom trabalho desenvolvido no pré-natal, com a ampliação das consultas e a realização de exames é o que se pode perceber na

pesquisa aplicada no município de Candelária, visto que 100% (cem por cento) das parturientes entrevistadas responderam assertivamente quanto à realização do acompanhamento da gestação, parto e puerpério realizado. O dado encontrado se aproxima ao relatado na última pesquisa pelo Plano Nacional de Saúde de 2013, conjuntamente com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que apurou que, no Brasil, 97,4% (noventa e sete vírgula quatro por cento) das mulheres fizeram acompanhamento pré-natal (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

O mesmo pode se afirmar quanto aos exames clínicos realizados pelas gestantes, pois todas as entrevistadas no município de Candelária realizaram os exames detalhados no estudo de caso. A pesquisa do Plano Nacional apontou que 97,3% (noventa e sete vírgula três por cento) realizaram exame de sangue, 64,8% (sessenta e quatro vírgula oito por cento), o exame para detectar sífilis, 98,1% (noventa e oito vírgula um por cento), o exame de urina e, ainda 88,8% (oitenta e oito vírgula oito por cento) afirmaram ter realizado o exame de HIV. A ultrassonografia foi registrada por 97,7% (noventa e sete vírgula sete por cento) das mulheres entrevistadas (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

O número de consultas realizadas durante o pré-natal foi outro item satisfatório apurado na pesquisa, pois 96% (noventa e seis por cento) das mulheres entrevistadas responderam que foram realizadas 7 (sete) ou mais consultas. O ponto que referiu na pesquisa a informação antecipada do local onde aconteceu o parto também registrou dados positivos, visto que 88% (oitenta e oito por cento) recebeu tal informação. O tempo de espera para o primeiro atendimento igualmente foi positivo, porque 88% (oitenta e oito por cento) das entrevistadas disseram que aguardaram até 30 minutos no dia do parto para receberem atendimento na unidade de saúde onde realizaram o parto.

Por outro lado, alguns pontos negativos apurados na pesquisa estão relacionados à falta de informações claras por parte dos profissionais da saúde, durante o pré-natal, sobre o tipo de parto que poderia ser realizado, sobre a forma como a mulher seria posicionada na hora do nascimento e ao fato de não ter tido contato imediato com a criança após o nascimento e, finalmente, a não proibição de ter ao seu lado um acompanhante, conforme previsto em lei.

Assim, o índice encontrado de 82% (oitenta e dois por cento) foi em relação às parturientes entrevistadas que relataram não terem participado de nenhuma atividade educativa durante o pré-natal. O dado identifica que elas não receberam

informações importantes acerca da gestação, bem como familiarizar com a equipe de profissionais que a acompanhariam posteriormente.

O tipo de parto realizado pela gestante revelou a preocupação brasileira quanto a esse quesito, uma vez que, na pesquisa nacional, 45,3% (quarenta e cinco vírgula três por cento) tiveram parto normal. A pesquisa também detalhou as regiões onde a incidência da cirurgia cesariana foi mais frequente. A região norte se destacou com 59,8% (cinquenta e nove vírgula oito por cento) e a nordeste com 55,0% (cinquenta e cinco por cento). É relevante destacar que entre as mulheres que fizeram o parto cesáreo, o percentual de 53,5% (cinquenta e três vírgula cinco por cento) tiveram seus partos agendados ainda no pré-natal (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013). No município de Candelária, a cesárea foi realizada em 70% das entrevistadas, o que revela um índice alto dessa prática, que deveria ser utilizada apenas em casos de extrema necessidade.

Ainda em relação ao momento do parto, sobre a posição a que as mulheres são submetidas, foi possível constatar que, em Candelária, o percentual de 100% (cem por cento) delas ficou na posição de litotomia, ou seja, de forma deitada, de modo a servir melhor a equipe médica. Essa prática é rotineiramente utilizada pelos profissionais da saúde; inclusive, foi observado na Recomendação nº 5 do Conselho Nacional dos Direitos Humanos ao Ministério da Saúde, de maio do presente ano, como sendo uma prática de violência obstétrica, e que deve ser enfrentada de tal forma (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, 2019).

O fato de não ter sido possibilitado contato imediato com a criança após o nascimento foi informado por 54% (cinquenta e quatro por cento) das parturientes no município de Candelária. Como já visto anteriormente, a aproximação da mãe e da criança deve-se dar o mais breve possível, após o nascimento, o que é recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que enfatiza que os recém-nascidos, salvo por alguma complicação, façam o contato com a mãe na primeira hora após o nascimento, o que poderá ocasionar a prevenção da hipotermia, bem como estimular o aleitamento materno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Finalmente, o último ponto trazido é a questão do acompanhante durante o pré-natal, parto e pós-parto. Na pesquisa municipal realizada, 58% (cinquenta e oito por cento) das entrevistadas não puderam contar com esse apoio, que é garantido por lei, desde o ano de 2005. A pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela FIOCRUZ,

nos anos de 2011 e 2012, apresentou que, mesmo após tanto tempo de criação da legislação federal, apenas 20% das mulheres têm acompanhamento garantido em todo o período na unidade de saúde. A referida pesquisa destaca que as instituições veem não como um direito da parturiente, mas como um privilégio a presença de um acompanhante antes, durante e após o parto (FIOCRUZ, 2014).

A pesquisa *Nascer no Brasil*, igualmente, fez referência aos casos de morbidade grave e mortalidade materna e neonatal, ilustrando que o decréscimo alcançado entre os anos de 1990 e 2011, que perfaz o percentual de 61 por 100 mil, ainda resulta em números elevados de desproteção das mulheres enquadradas nas situações dispostas no presente estudo (FIOCRUZ, 2014).

Ademais, os resultados da pesquisa realizada no município de Candelária somado com os dados da violência contra a mulher, disponibilizados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e pelo Instituto Datafolha, bem como pelo Atlas da Violência 2019, trazidos no primeiro capítulo do trabalho, corroboram o fato de que a violência contra a mulher é crescente. De tal modo, todos os elementos encontrados servem de alarme para a situação violadora a que muitas mulheres se submetem diante da violência doméstica, da violência de gênero e da violência obstétrica (DATAFOLHA, FBSP, 2019).

Para isso, em questão de violência obstétrica, segundo afirmou Diniz (2005), a humanização no tratamento da saúde é indispensável, visto que é parte legítima da medicina, bem como reivindica os direitos das mulheres obstaculizados pelas violações praticadas. A humanização é considerada fundamento igualizador dos papéis do médico e da paciente, garantindo a participação ativa da mulher em toda e qualquer situação, tomando as decisões necessárias para deslinde do acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto.

É imprescindível que ocorram mudanças nessa prática, como forma de garantia da dignidade humana da gestante e de seu filho. O serviço e os profissionais de atendimento à saúde devem melhor acolher as mulheres no pré-natal, no parto e no pós-parto, e cumprir o recomendado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que foi constituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569, do ano 2000.

Além disso, a humanização nos atendimentos de saúde enfatiza o diálogo entre os profissionais ali localizados no espaço de atendimento e as mulheres atendidas, e ainda permite a inclusão do pai do bebê, figura de segurança para a

mulher, bem como de doulas, essas caracterizadas como mulheres que auxiliam afetivamente a gestante. Para Diniz (2005),

o termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. (DINIZ, 2005, p. 635).

Em relação às legislações sobre o tema da violência obstétrica, é necessário que o Brasil acompanhe o exemplo da Venezuela, como revelado anteriormente, que, em 2007, promulgou a Lei Orgânica da Venezuela, abordando os direitos das mulheres a uma vida livre de violência, tipificou dezoito formas de violência contra a mulher, quais sejam: violência psicológica, física, doméstica, sexual, laboral, patrimonial e econômica, obstétrica, midiática, institucional, simbólica, assim como a esterilização forçada, etc. Destaque para a violência obstétrica, a partir de então integrada ao rol de violências contra a mulher (MASCARENHAS; PEREIRA, 2017).

Outrossim, serve de exemplo a vizinha Argentina, que, em 2009, editou a Lei nº 26.485, que dispõe sobre a Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos Ambientes em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, designando a violência contra a mulher, em cinco modalidades diversas, sendo elas: física, psicológica, sexual, simbólica, econômica e patrimonial. Entre os tipos de violência, a obstétrica é concebida na lei como provável de ser identificada a partir de todas as outras definidas na legislação, ou seja, visualizando o grande alcance dessa cruel violação de direitos das mulheres (MASCARENHAS; PEREIRA, 2017).

Nesse caminho, em 2011, no Brasil, foi instituída a Portaria nº 1.459, denominada como Rede Cegonha, programa do Governo Federal voltado ao atendimento de gestantes e parturientes no Sistema Único de Saúde, a fim de alterar a situação de violações até então encontradas, cuja forma de atuação se deu através de ações capazes de garantir um atendimento de qualidade, seguro, bem como humanizado para todas as mulheres nas condições de gestantes e parturientes (BRASIL, 2011), que vem correspondendo a algumas mudanças no

cenário sobre o tema. Ademais, em relação às legislações estaduais e programas federais, não há, no Brasil, nenhuma lei penal que retrate a violência obstétrica como um tipo penal.

Por sua vez, o Código Penal Brasileiro, de 1940, ainda vigente, apresenta penas revertidas em sanções, oriundas de algumas tipificações que se enquadram como violências existentes no parto, mas não existe o conceito legal dessa violência em uma legislação punitiva. Por outro lado, a Constituição Federal de 1988 previu, nos artigos 196 a 200, um tanto quanto de forma ampla, os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado brasileiro em relação à saúde. Os artigos já citados em outro ponto do estudo observam a relevância de ações e de serviços de saúde, bem como consideram as responsabilidades do Poder Público de regular, de fiscalizar e de controlar tais ações, as quais pode-se concluir, ainda carecem de maior efetividade.

Assim, a Constituinte de 1988 foi vista como marco histórico de proteção à saúde, uma vez que, até então, os serviços de saúde eram destinados a alguns grupos especiais, como aqueles que podiam contribuir diminuindo as chances de atendimento à saúde daqueles que não tinham condições de pagar pelo benefício.

O artigo 227, do mesmo diploma legal, apresenta o dever da família, da sociedade e do Estado, em garantir à criança, ao adolescente e ao jovem, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Ainda, colocando-se essa proteção contra toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade (BRASIL, 1988).

Com base nos preceitos constitucionais do direito à saúde, foi criada a Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei do Sistema Único de Saúde, que organiza de forma mínima as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, trazendo importantes avanços na regulamentação dos processos, dos serviços e de amparo à saúde. Logo, o impulso inicial foi realizado, mas, para ser concretizado, ainda faltam muitas mudanças (BRASIL, 1990).

Ademais, outras orientações sobre a melhoria na assistência ao parto são necessárias, pois só a partir dessas reflexões a situação da mulher no parto poderá ser reformada. Ressalta-se que esse e outros tantos estudos e questionamentos devem ser realizados para o aprofundamento dessa questão em todos os níveis, para se garantir a proteção da mulher.

O debate acerca da violência obstétrica deve ser encarado com seriedade, e a sociedade também deve participar do diálogo, para que, a partir de então, práticas consideradas um “des” cuidado sejam abolidas e recriminadas pelo ordenamento jurídico. Ao passo que as boas práticas recebam espaço em uma legislação específica sobre a temática, para que se punam os abusos que a violência obstétrica ainda ocasiona em muitas mulheres brasileiras.

Os profissionais de saúde têm papel primordial nessa mudança. Eles devem encontrar maneiras de restabelecer a saúde das mulheres violentadas física e psiquicamente, bem como garantir a sua proteção através de um trabalho prestado de forma humanizada. É através de circunstâncias e técnicas que precisam ser transformadas que a realidade da violência obstétrica vivenciada pelas mulheres será erradicada. O passo inicial já foi dado, mas o desafio ainda é apontado, conforme demonstraram as pesquisas.

Portanto, a violência obstétrica é um tema de importância para a política pública de atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil, igualmente para a formação dos profissionais de saúde que devem acompanhar casos desse tipo, desde o período da faculdade e, em outros cursos, para que os mesmos não sejam reproduzidos futuramente. Nesse sentido, o projeto de humanização do parto ainda é a principal estratégia assinalada para a superação da violência obstétrica, que mobiliza, além dos profissionais da saúde, o poder público e a sociedade. Todos esses atores combinados buscarão a garantia de preservação dos direitos das mulheres.

Ao final, percebe-se a importância do investimento em métodos educativos de capacitação para os profissionais de atendimento à gestante e à parturiente. Salienta-se aqui a exigência de cursos de aperfeiçoamento na área de humanização no pré-natal, no parto e no pós-parto, visando uma melhor preparação de médicos e de enfermeiros obstetras para lidar com um momento tão delicado na vida da gestante e de seu filho. É importante que esses profissionais sejam conhecedores, inclusive dos direitos e garantias constitucionais dessas mulheres que são ou serão suas pacientes numa determinada unidade de saúde.

De tal modo, devem ser oferecidos cursos com uma abordagem esclarecedora sobre o papel da humanização no tratamento das mulheres e dos bebês, que se encontram vulneráveis na condição de pacientes.

Outro método interessante que deverá ser investido nas unidades de saúde de acompanhamento de gestantes e parturientes é o trabalho das Doulas, nas maternidades e hospitais, conforme pretende regulamentar o Projeto de Lei 8.363/2017, ainda em tramitação na Câmara dos Deputados (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018). O trabalho de suporte e de acompanhamento que elas vêm disponibilizando às mulheres, em algumas partes do país onde ganham espaço, conforme referido no capítulo anterior, e o apoio emocional oferecido às parturientes é importante no sentido de encorajar a mulher em suas aflições, bem como desmitificar vários aspectos oriundos do período da gestação, do nascimento do bebê e do puerpério.

Por fim, os dois pontos sugeridos - cursos de capacitação dos profissionais envolvidos com gestantes e parturientes e o acompanhamento de Doulas - servem para melhorar e incentivar a humanização como elemento de garantia da segurança das mulheres nos momentos que envolvem o parto, bem como de inibição das recorrentes violências, as quais devem ser combatidas com maior empenho.

5 CONCLUSÃO

Com a presente dissertação, pretendeu-se responder se as políticas públicas de atenção à saúde da mulher na condição de gestante e/ou parturiente existentes no município de Candelária atendem de forma efetiva à proteção do direito à integridade física e psíquica para o enfrentamento da violência obstétrica. Para isso, o trabalho foi dividido em três capítulos que satisfazem os objetivos específicos da presente pesquisa.

Desse modo, inicialmente, buscou-se compreender a evolução histórica dos direitos humanos das mulheres. A princípio, pelos organismos internacionais de reconhecimento dos direitos humanos, a restrição dos direitos para as mulheres, tendo em vista que esses eram restritos a certos privilegiados, como os homens de posses, até a chegada da Declaração Universal de Direitos Humanos, no ano de 1948, que adotou uma espécie de ética universal, na qual se consagravam valores que necessariamente deveriam ser seguidos pelos Estados-parte.

No entanto, as mulheres continuaram desencorajadas e reféns do reconhecimento de seus direitos, os quais vieram somente com a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (1979). Esse documento foi caracterizado como marco histórico, estabelecendo normas acerca da não discriminação, bem como do respeito à igualdade dos sexos. A partir de 1993, com a Declaração de Direitos Humanos de Viena, os direitos humanos das mulheres foram reconhecidos como parte indivisível dos direitos. Assim, admite-se o grande percurso histórico que os direitos humanos das mulheres precisaram percorrer até sua concretização em nível internacional.

Em âmbito nacional, a Constituição Federal de 1988 foi o pilar do desenvolvimento dos direitos humanos das mulheres. Ela trouxe expressa em seu texto o princípio da igualdade, bem como a proteção de todos os integrantes da família. Ademais, a Lei Maria da Penha foi importante em virtude das violações de direitos, e mais especificamente em relação à violência contra a mulher, que se arrasta culturalmente há anos, agredindo, violando e matando mulheres, não só no Brasil, mas em todos os lugares do mundo.

Essas violências são justificadas pela maioria dos agressores em razão da desigualdade entre os gêneros ainda existente, em que pesa o reconhecimento de direitos pelos organismos internacionais e nacionais. Dessa forma, as mulheres, por

representarem o sexo frágil e não possuem a força física que os homens supostamente gozam, foram inferiorizadas e diminuídas em suas residências aos afazeres domésticos e aos cuidados com os filhos, por eles, que, por outro lado, dominam o espaço público, onde se ocupam de trabalhos reservados a eles.

Não obstante muitas conquistas tenham ocorrido após a Constituição Federal (1988) e a Lei Maria da Penha (2006), a mulher sofre com a desigualdade de gênero, uma vez que ignorar as demandas e as particularidades da mulher é resultado do sistema patriarcal ainda existente na sociedade. O subjugamento da capacidade das mulheres, as quais restam caladas por violências cruéis que ferem não só fisicamente, mas psicologicamente de forma severa, ocasiona o total desrespeito aos direitos fundamentais e humanos delas, como visto no decorrer do trabalho.

Isso posto, analisou-se o cenário brasileiro da violência contra a mulher, que continua crescendo a passos largos, sem qualquer medida de contramão. Constatou-se que tamanha é a violência que hoje também é considerada um problema social, reflexo de uma preconceituosa inferiorização da mulher, em seus locais de trabalho, de estudo e de convivência com outras pessoas. Por outro lado, é dentro do próprio lar que ocorrem as agressões que a fazem desacreditar em uma alteração da situação violadora e, mais ainda, é nesse ambiente que ocorre a culpabilização dela pela ocorrência da agressão, com o conseqüente silenciamento pelo medo de denunciar alguém do convívio próximo da vítima, que pode ser o namorado, o companheiro, o marido, o filho, o pai, o padrasto etc.. Muitas mulheres julgam-se culpadas pelas violências que as acometem.

Por conseguinte, elucidou-se duas pesquisas nacionais. A primeira, realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) conjuntamente com o Instituto de Pesquisa Datafolha, que registrou dados alarmantes de crescimento da violência contra a mulher, a começar por situações de insinuação desrespeitosas na rua (42,6%), homens humilhando, xingando ou ameaçando namoradas, mulheres companheiras, atuais e de relacionamentos anteriores (36,6%), homens brigando, se agredindo (33,75), mulheres sendo ameaçadas por seus companheiros, maridos, namorados, atuais ou antigos (28,7%), mulheres sendo agredidas por maridos, companheiros, namorados (27,7%), meninas, moças ou mulheres sendo agredidas por parentes como pai, padrasto, irmão, tio, etc.. (20,3%) (FBSP; DATAFOLHA, 2019).

Na mesma pesquisa, ressaltou-se que o principal agressor da mulher é uma pessoa conhecida da vítima. O dado encontrado na pesquisa demonstrou que 76,4% dos agressores são conhecidos da mulher e apenas 28,2% dos agressores foram constados como desconhecidos, ou seja, não faziam parte do ciclo familiar e de amigos das vítimas. O estudo foi além, e sinalizou que 23,8% dos agressores são os maridos, os companheiros e/ou namorados. A segunda figura que apareceu na pesquisa foi o vizinho, em 21,1% dos casos. O ex-cônjuge, o ex-companheiro e o ex-namorado apareceram em 15,2%. Portanto, o maior agressor da mulher/moça/menina é uma pessoa próxima e em quem a vítima deposita confiança, afetuosidade e outros sentimentos (FBSP; DATAFOLHA, 2019).

A segunda pesquisa trazida foi realizada pelo Instituto de Pesquisa Aplicada e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, divulgada no Atlas da Violência 2019. Nela, restou considerado um aumento de 30,7% dos homicídios de mulheres durante os anos 2007 e 2017. Ademais, o Estado que registrou o maior aumento em separado foi o Rio Grande do Norte, onde esse percentual chegou a crescer 214,4%, seguido do Estado do Ceará em que o aumento foi de 176,9%. Os dados revelam números preocupantes do crescente aumento da violência contra a mulher, que, necessariamente, deve ser atendida pelos órgãos de proteção à mulher, como uma situação calamitosa que precisa ser modificada com urgência (IPEA, 2019).

Diante desse contexto, a sociedade deve se atentar às condições de violência que as mulheres vêm enfrentando, eis que ela própria é assombrada pelo mal da violência contra a mulher. Trata-se a mulher com preconceito mediante discriminação de todas as espécies, que ferem seus direitos fundamentais e humanos, assim reserva prerrogativas a metade da população, que é composta por homens, desigualando condições que, necessariamente, deveriam ser iguais.

Até aqui, pode-se perceber que a violência contra a mulher tem um enorme potencial prejudicial para elas, visto que, além de agressões físicas e psíquicas, elas são desconsideradas como sujeito de direitos e inferiorizadas perante o homem pelas condições que esses impõem. O desrespeito à dignidade humana delas é visível, condição essa essencial para todas as pessoas, tendo em vista que perfaz princípio norteador do Estado Democrático de Direito almejado pela norma constitucional.

Diante disso, no segundo capítulo, observou-se o direito à saúde da mulher e sua relação com o princípio da dignidade humana, bem como com o direito à

integridade física e psíquica. Foi considerado que, uma vez não garantido o direito à saúde para a mulher, ela não terá respeitada a sua dignidade humana e, ainda, será obstaculizada a sua integridade física e psíquica diante de violações e agressões que partem de profissionais de atenção à saúde, que, na verdade, deveriam é proteger a saúde das mulheres.

Colocou-se também o tema principal da presente dissertação, que é a violência obstétrica, perpetrada por profissionais de saúde que deveriam zelar pela saúde de seus pacientes, mas que, pelo contrário, e seguindo a cultura discriminatória do patriarcado, impõem o poder/saber médico e discriminam e violentam mulheres de todas as formas possíveis, com agressões físicas, psíquicas, morais, sexuais, econômicas, durante os períodos do pré-natal, do parto e do puerpério.

Foi ponderado que essa violência acomete mulheres em todas as partes do Brasil, conforme demonstrado pelas pesquisas colacionadas ao longo do capítulo. A Fundação Perseu Abramo (2010) asseverou que uma em cada quatro mulheres sofre essa violência em algum momento da gestação ou parto, bem como o anunciado no Inquérito Nacional sobre o Parto e o Nascimento, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (2011-2012), no qual restou divulgado que grande parte das mulheres é submetida a intervenções excessivas no parto. A pesquisa da FIOCRUZ anunciou, inclusive, que dar à luz sem intervenções no trabalho de parto é uma espécie de “sorte”, pois apenas 5% das mulheres têm essa chance (FIOCRUZ, 2013).

Ademais, confirmou-se que o tempo da gestação e o momento do parto devem ser vistos como ocasiões especiais em relação à saúde da mulher, todavia assim não são tratados pelos profissionais da saúde, pois, ao invés do acolhimento e do encorajamento, o contraponto médico vem com o exercício de um poder discriminador e violento. Por isso, a importância de práticas humanizadas no tratamento obstétrico incentivando a mulher e lhe garantindo a autonomia e a liberalidade, já garantidas constitucionalmente.

Igualmente, observou-se que a assistência médica proporcionada ao parto, ao longo do tempo, desenvolveu suas técnicas de trabalho, porém o corpo da mulher foi e ainda é visto como um objeto pelos profissionais de saúde, no qual são usadas ferramentas medicinalizadas para o trato da mulher e do bebê. Além disso, essa mecanização do atendimento ao parto ainda repercute como uma violação que

perfaz a cruel violência obstétrica. Essa violência, que, na maioria das vezes, é calada e pouco conhecida, provoca um grande sofrimento em suas vítimas, e é assinalada como uma ação institucional ocorrida rotineiramente dentro dos hospitais e maternidades.

Em relação aos profissionais da saúde, e no alto dessa categoria os médicos, considerou-se que eles exercem o poder de autoridade que se fundamenta na experiência cultural e moral que a profissão médica atingiu com o passar do tempo na sociedade. Essa autoridade dos profissionais de saúde foi regulada e regulamentada não somente pelos conhecimentos científicos e em tecnologias, mas também em crenças e valores que são partilhados como verdadeiros a partir de suas decisões médicas. Assim, o principal motivo de muitas mulheres permanecerem vulneráveis a tantas violências médicas está na autoridade que os médicos possuem, bem como pelo temor que possam sofrer implicações mais gravosas, se não obedecerem aos mandamentos dos médicos.

Desse modo, a violência obstétrica acontece em atos praticados contra o corpo da mulher e do neonato sem o devido consentimento, que causam lesões físicas, psicológicas, morais, sexuais, sendo praticada por profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, porteiros e recepcionistas, que deveriam ser responsáveis pelos cuidados das parturientes e de seus bebês. Nesse sentido, foi a pesquisa do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz que entrevistou 103.905 mulheres, entre os anos de 2011 e 2013, sobre a violência obstétrica no Brasil.

Esses dados foram evidenciados no decorrer no segundo capítulo, e informaram que: 18.759 mulheres expuseram ter vivido algum tipo de violência no parto, dessas, 50% relataram o mau atendimento, 25% expuseram relatos de que as mulheres não eram sequer ouvidas. Quanto à agressão física, verbal e/ou psicológica, 12% das mulheres disseram ter sofrido agressão verbal, 2,4% assinalaram terem sido agredidas fisicamente. Ainda, 65% foram atendidas sem o direito a um acompanhante, 39% não foram informadas previamente sobre o local do parto, e 46% partos foram cirurgias cesarianas (FIOCRUZ, 2018).

Ademais, no mesmo capítulo, foram tratadas as políticas públicas de atenção à saúde da mulher, que podem ser utilizadas como medidas para proteger as mulheres da violência obstétrica. Foi anunciado o início da previsão da saúde pública em 1928, por Charles-Edward Winslow, o seu desenvolvimento com George Rosen, em 1958.

Na sequência, foi esclarecido o surgimento das políticas públicas de saúde, que advieram justamente do trabalho das mulheres, especificamente com os cuidados que desenvolviam dentro da família. As primeiras políticas públicas de saúde, na década de 60, eram voltadas e submetidas aos mandos dos empresários, ou seja, que vieram para atender aos interesses de alguns em detrimento de outros. Perfaziam-se as preferências de alguns empresários preocupados com o retorno financeiro de seus negócios relacionados à saúde, e não com a saúde dos clientes propriamente.

Nesse sentido, a história da saúde pública foi formulada como uma narrativa de poder, já que o Direito Sanitário precisou surgir para regular tais demandas, bem como carece de entendimento profundo, sob pena de relativização do termo. A saúde pública deve ser considerada como um poder voltado especialmente à saúde das pessoas, o qual também deve ser sopesado conforme um poder capaz de conferir a dignidade humana.

A Constituição Federal de 1988 apresentou um importante papel, pois conseguiu dissipar um pouco a visão negativa da saúde pública, relativizada a alguns, visto que houve a chamada universalização da saúde, ou seja, ela foi compreendida e oferecida a todos. As melhorias ocorridas após a Constituinte no sistema de saúde pública resultaram na criação do Sistema Único de Saúde para salvaguardar a saúde de todos os cidadãos brasileiros. Apesar disso, o antigo modelo assistencialista da década de 60 ainda perdura na atualidade, ou ainda melhor exemplificado, o modelo atual é uma continuidade daquele, visto que as alterações foram substanciais, mas não significaram considerar na mesma proporção a saúde pública e a saúde privada.

Ainda, com o nascimento do Sistema Único de Saúde e de seus princípios norteadores previu-se a universalidade e a integralidade na contramão do modelo anterior, que preferia a saúde privada, bem como no modelo hospitalocêntrico, que se centrava nos procedimentos médicos e hospitalares. A saúde passou a ser vista, então, como um serviço público que desempenha um papel de relevância no ordenamento jurídico brasileiro, resultando em um direito fundamental social, como exibido nos artigos 6 e 196 da Constituição Federal (1988), do qual pode se exigir o dever do Estado de prestá-lo e protegê-lo, inclusive, de modo coletivo.

Com o objetivo de promover a proteção e a recuperação da saúde familiar, o Programa Saúde da Família foi criado em 1994, pelo Ministério da Saúde,

solicitando aos profissionais da área com conhecimentos técnicos que atuassem designadamente sobre os problemas de saúde da família. De acordo com a Portaria nº 985, do ano de 1999, o Ministério da Saúde propõe a criação dos Centros de Parto Normal, unidades de saúde que possibilitavam a assistência ao parto fora dos hospitais, incentivando as práticas humanizadas. No ano de 2000, uma nova política é adotada, a humanização do parto é referida como objetivo para a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Além disso, em 2011, o Ministério da Saúde principiou a implementação da Rede Materno-Infantil, chamada de Rede Cegonha, para os fins específicos de cuidados às gestantes, bem como proporcionando às crianças o nascimento seguro.

A partir de então, começaram a entrar no cenário médico outros atores preocupados com o acompanhamento da gestante/parturiente. Passou-se a utilizar do trabalho das profissionais chamadas doulas, que proporcionam, antes de tudo, apoio emocional à mulher. Essa atuação equivale a treinamentos sobre fisiologia do parto, tecnologias não farmacológicas para a dor, cuidados pós-natais e amamentação, entre outras. O trabalho dessas profissionais ainda não é regulamentado por lei federal; no entanto, vários Estados e Municípios principiam nesse sentido, por exemplo, nos Estados do Rio de Janeiro, da Paraíba, de Santa Catarina e de Rondônia, e nas cidades de Rio Grande (RS) e de Gravataí (RS).

Por fim, no terceiro capítulo, averiguou-se a (in) efetividade das políticas públicas no município de Candelária, Rio Grande do Sul, com vistas a ampliar o sistema de proteção deste tipo de agressão que vitimiza a parturiente e seu filho, considerando que uma mãe com dores pelo sofrimento físico e/ou psíquico de que foi vítima, não estará completa para dedicar-se integralmente ao seu bebê.

Para isso, iniciou-se com a aplicação do questionário com perguntas semiestruturadas junto as parturientes residentes na cidade de Candelária, mais especificamente aplicado no centro, na Vila Marilene e na Rua Amândio Silva, zonas periféricas da cidade. Não foram envolvidas no estudo mulheres residentes na zona rural. Ademais, foram fixados os pontos da pesquisa referentes ao grupo que foi entrevistado, especificando que o questionário contendo 32 (trinta e duas) perguntas não foi aplicado em parturientes menores de 18 anos, que necessitariam da autorização dos pais para responder ao instrumento de pesquisa, e apenas foi aplicado em mulheres residentes no município de Candelária, Rio Grande do Sul.

Além disso, foram separadas mulheres que passaram pelos períodos de pré-natal, parto e pós-parto entre os anos de 2017 e 2018, ou seja, a pesquisa visou a rigorosidade dos dados colhidos, por se tratarem de fatos recentemente ocorridos com as mulheres entrevistadas. Entre elas, foram especificamente escolhidas 25 (vinte e cinco) parturientes do ano de 2017 e 25 (vinte e cinco) parturientes de 2018.

As entrevistas foram realizadas entre o período de 09 de fevereiro de 2019 e 04 de março do mesmo ano. As primeiras perguntas construíram o perfil das mulheres entrevistadas, o qual restou estruturado da seguinte forma: mulheres na faixa etária de 19 (dezenove) aos 30 (trinta) anos, de estado civil solteira, com nível médio completo de escolaridade e de renda familiar entre 1 (um) e 2 (dois) salários mínimos federais.

No ponto seguinte do capítulo, foram abordados os aspectos positivos e negativos relatados pelas parturientes que responderam à pesquisa, bem como se aplicou a regra da porcentagem para verificação dos números propostos para finalização dos 9 (nove) gráficos elaborados pela autora da dissertação. Os dados encontrados refletiram uma situação razoável no município em estudo, em relação aos serviços prestados às parturientes e aos seus bebês.

Nesse sentido, o acompanhamento pré-natal foi realizado em todas as entrevistadas, o número de consultas desse acompanhamento e os exames clínicos de saúde foram realizados de modo satisfatório, eis que perfizeram níveis favoráveis que praticamente igualaram-se a 100% (cem por cento). O problema foi identificado na participação em reuniões/palestras educativas, bem como na visitação prévia ao local do parto, que registraram percentuais negativos, carecendo tal aspecto ser modificado no município. As políticas públicas mostraram-se, portanto, inefetivas em relação a esses fatos.

No decorrer do parto, elucidou-se, a exemplo das pesquisas nacionais, que o tipo de parto realizado, a posição a que a mulher foi submetida durante o trabalho de parto e o acompanhamento de uma pessoa de livre escolha durante todos os procedimentos da gestante e da parturiente resultam em violações para essas mulheres. Assim, tais situações, conseqüentemente, derivam da violência obstétrica, e o registro de qualquer uma dessas situações ocasiona mais uma vez a inefetividade das políticas públicas de atenção à saúde da mulher.

No andamento do pós-parto, o tratamento dispensado às entrevistadas, os cuidados de saúde prestados à mulher e ao bebê foram considerados estados não

embaraçosos para as parturientes, tendo em vista que os serviços foram proporcionados de maneira satisfatória pela maioria das pesquisadas.

Portanto, ao final, e como resposta ao questionamento norteador da presente dissertação, considera-se que a hipótese de inefetividade das políticas públicas existentes no município de Candelária, Rio Grande do Sul, foi confirmada, tendo em vista que, conforme pesquisa aplicada, situações violadoras foram registradas pelas mulheres entrevistadas durante os períodos que antecederam e durante o parto, as quais se configuram como violência obstétrica.

Por fim, iniciativas para prevenção e proteção dessa violência rotineira nas unidades de saúde brasileira devem ser fomentadas e adotadas - a exemplo de cursos de capacitação para os profissionais de atenção à medicina obstétrica, e à regulação profissional das doulas no cenário obstétrico -, a fim de contribuir para o conhecimento e a divulgação desse problema, bem como apoiar a disseminação das práticas humanizadas na assistência ao parto e ao nascimento. Essas ações diminuiriam as intervenções médicas dispensáveis, bem como o excesso de cirurgias cesarianas e, ainda, cumpririam a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005). Dessa forma, melhorando a experiência das mulheres no parto.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. de; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>. Acesso em 01 out. 2019.
- AITH, Fernando. *Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- ARENDDT, Hanna. *A condição humana*; tradução Roberto Raposo. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- AQUINO, Q. B.; COSTA, M. M. M. A violência contra a mulher: breve abordagem sobre a Lei Maria da Penha. *Revista do Curso de Direito da FGS, Caxias do Sul*, n. 4, p. 121-136, jan/jun 2011.
- BARBOSA, M. B.; BRILHANTE, M. A. A.; HERCULANO, T. B.; SAMPAIO, J. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n117/0103-1104-sdeb-42-117-0420.pdf>. Acesso em 01 jul. 2019.
- BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador*. 2016, p. 119-129. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303357836_VIOLENCIA_OBSTETRICA_VIVENCIAS_DE_SOFRIMENTO_ENTRE_GESTANTE_S_DO_BRASIL. Acesso em: 01 jul. 2019.
- BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. *História e legislação do SUS e saúde pública da família problematizando a realidade da saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora Agbook, 2011.
- BARROSO, Luís Roberto. *Interpretação e aplicação da constituição*. 6 ed. São Paulo: Saraiva, 2004.
- BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BEAUVOIR, Simone de. *Segundo sexo*; tradução Sérgio Milliet. Vol. 1: Fatos e Mitos. Nova Fronteira, 2016
- BIBLIOTECA VIRTUAL DE DIREITOS HUMANOS DA USP. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-dos-direitos-da-mulher-e-da-cidada-1791.html>. Acesso em 01.mai. 2019.
- BOFF. Salete Oro. O gênero no tempo: reflexões a respeito da inserção e da igualdade da mulher na sociedade brasileira. In: _____. *Gênero, discriminação e reconhecimento*. Passo Fundo: Imed Editora, 2011. p. 11-32.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 05 out. 2018.

_____. Decreto-Lei nº 4.377 de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília, DF, 13 set. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm>. Acesso em 05 out. 2018.

_____. Lei 3.071/1916. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 jan. 1916. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm>. Acesso em: 07 out. 2018.

_____. Lei 11.340/2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 07 out. 2018.

_____. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Brasília: UNICEF, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em 07 out. 2018.

_____. Lei 8.080/1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 10 mai. 2019.

_____. OMS, Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/. Acesso em 12 out. 2018.

_____. Portaria 569 de 1º de junho de 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 01 out. 2019.

BIROLI, Flávia. *Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil*. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

BRENES, Anayansi Correa, História da parturição no Brasil, século XIX, 1991, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002. Acesso em: 20 jan. 2019.

CADERNO HUMANIZASUS. Humanização do parto ao nascimento. Volume 4. 2014. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/>

default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

CALAZANS, M.; CORTES, I. O processo de criação, aprovação e implementação da Lei Maria da Penha. In: CAMPOS, Carmen Hein de (Org.). *Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>. Acesso em: 10 out. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 7.633, de 25 de maio de 2014. Disponível: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 04 jan. 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 8.363. 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2148936>. Acesso em: 10 out. 2019.

CAMPOS, E. C. H.; SARLET, I. W. O princípio da dignidade da pessoa humana como argumento para a tutela do direito fundamental à saúde pelo Poder Judiciário Brasileiro. 2011. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/SIC/XII/XII/7/6/3/2/7.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

CAMPOS, A. H.; CORRÊA, L. R. *Direitos humanos das mulheres*. 1 ed. 2 reimpressão. Curitiba: Juruá, 2007.

CIELLO, Cariny et al. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Parto do Princípio. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 13 out. 2018.

COMPARATO, Fábio Conder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 6 ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

COHN, A.; JACOBI, P.; KARSCH; NUNES, E. *A saúde como direito e como serviço*. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. Recomendação nº 5. 2019. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/recomendacao-n-5-de-9-de-maio-de-2019-149878165>. Acesso em 16 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 564. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso 10 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL MEDICINA. A crise na assistência obstétrica no Brasil. 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article

&id=28404:2019-08-21-19-00-35&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em 10 out. 2019.

CUNHA, R. S.; PINTO, R. B. *Violência doméstica: Lei Maria da Penha comentada artigo por artigo*. 3. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *O que são direitos da pessoa?*. 3ª ed. Editora brasiliense s.a: São Paulo, 1983.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito á saúde*. Editora de humanismo, ciência e tecnologia: São Paulo, 1995.

DATAFOLHA; FBSP. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil 2ª edição. 2019. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/visivel-e-invisivel-a-vitimizacao-de-mulheres-no-brasil-2-edicao/>. Acesso em: 12 set. 2019.

DECLARAÇÃO DE DIREITOS DA MULHER E DA CIDADÃ. 1791. Disponível em: (<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-sociedade-das-na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-dos-direitos-da-mulher-e-da-cidada-1791.html>). Acesso em: 01 mai.2019

DECLARAÇÃO DE DIREITOS DO BOM POVO DA VIRGÍNIA <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-bom-povo-de-virginia-1776.html>.

DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA. 1993. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20so-bre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

DECLARAÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. 1993. Disponível em : https://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_sobre_a_Elimina%C3%A7%C3%A3o_da_Viol%C3%Aancia_contra_as_Mulheres. Acesso em: 10 mai. 2019.

DEL PRIORI, Mary. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio; Brasília, DF: Edunb, 1993.

_____. *Conversas e histórias de mulher*. São Paulo: Planeta, 2013.

DESLANDES, F. Suely. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-1232004000100002&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 01 out. 2019.

DIAS, Maria Berenice. *A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

_____. *A lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da Lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher*. 2ª tiragem. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em 01 out. 2019.

DOULAS DO BRASIL. O que é doula?. 2018. Disponível em: <https://www.doulas.com.br/oque.php>. Acesso em 04 jul. 2019.

DUARTE, Constância Lima. *Nísia Floresta / Constância Lima Duarte*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco. Editora Massangana, 2010.

FIOCRUZ. Casos de Violência Obstétrica no Brasil foram evidenciados pela Pesquisa da Rede Cegonha. 05 jul.2018. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/radarods/?p=3210>. Acesso em 13 out. 2018.

_____. Vídeo: nascer no Brasil. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video-nascer-no-brasil>. Acesso em: 08 jun. 2018.

FORNA, Aminatta. *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FRANCO, Adriana Cristina. Saúde materna. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (Org). *Saúde da família na atenção primária*. Curitiba: Ibpex, 2007, p. 182-201.

FRAIZ, Ipojucan Calixto. Saúde e sociedade. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (Org). *Saúde da família na atenção primária*. Curitiba: Ibpex, 2007, p. 49-74.

FRIEDAN, Betty. *Mística feminina*. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada, 1971.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados. São Paulo, 2011. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf Acesso em: 08 jun. 2018.

GORCZEVSKI, Clovis. *Direitos humanos, educação e cidadania: conhecer, educar, praticar*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2009.

_____. Prefácio. In: REIS, Suzéte da Silva; COSTA, Marlene Moraes da. Trabalho, educação & gênero: desafios e perspectivas da inserção da mulher no mercado de trabalho no século XXI. Curitiba: Multideia, 2014 [recurso eletrônico].

_____.; MARTÍN, Núria Belloso. Movimiento feminista e igualdad de derechos. Uma luta inacabada. Revista do Direito, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 54, p. 40-58, June 2018. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/11838>. Acesso em: 14 nov. 2019.

GRAVATAÍ. Lei nº 3.670, de 3 setembro de 2015. Disponível em: <http://www.cmgravatai.rs.gov.br/documento/lei-ordinaria-no-3670-2015-246266>. Acesso em: 04 jan. 2019.

HARARI, Yuval. *Sapiens: uma breve história da humanidade*; tradução Janaína Marcantonio 32 ed. Porto Alegre. L&PM, 2018

HUNT, Lynn. *A invenção dos direitos humanos: uma história*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

IPEA. Atlas da violência 2019. Brasília. Rio de Janeiro. São Paulo. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em 12 set. 2019.

JUÁREZ, DIANA Y OTRAS. Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios / Diana Juárez y otras.; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. -1a ed. - Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 6 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LUCHESE, Patrícia. *Introdução: políticas públicas em saúde*. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf. Acesso em 01 out. 2019.

MARCARENHAS, A. C. S. S.; PEREIRA, G. R. A. Violência Obstétrica Frente Aos Direitos Sociais Da Mulher. Disponível em: https://www.unifeg.edu.br/revista/artigos-docentes/2017/A_Violencia_Obstetrica.pdf. Acesso em 14 out. 2018.

MARTIN, Emilly. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*; tradução Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Wal. *Direito à saúde: compêndio*. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2008.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MILL, John Stuart. *A sujeição das mulheres*; tradução Benedita Bettencourt. Coimbra: Edições Almedina S.A., 2006.

MINAS GERAIS. Lei nº 23.175, de 21 de dezembro de 2018. Disponível em: https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2018/12/26_sancao_lei_combate_violencia_obstetrica.html. Acesso em: 01 jul. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Panorama Rede Cegonha. 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/panorama>. Acesso em 10 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569, de 01 de junho de 200. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 04 de jul. 2019.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L. A. B. (Org). Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 51-66.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. ONU e as mulheres. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/mulheres/>. Acesso em 10 mai. 2019.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros et al. *Direitos humanos e saúde: construído caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Cebes, 2017.

OLIVEIRA, M. M.; PIO D. A. M. Saúde Sociedade. São Paulo, v.23, n.1, p.313-324, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00313.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2019.

ONU MULHERES. Conferências Mundiais da mulher. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>. Acesso em 10 mai. 2019.

ORDACGY, André da Silva. A tutela de direito de saúde como um direito fundamental do cidadão. 2010. Disponível em http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf. Acesso em 01 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=86F0DB66A5297661998AC9F5C3110C2A?sequence=3. Acesso em: 12 set. 2019.

PARÁIBA. Lei nº 10.648, de 19 de março de 2016. Disponível em: <https://sogi8.sogi.com.br/Arquivo/Modulo113.MRID109/Registro1238970/lei%20n%C2%BA%2010.648%20de%2018%20de%20marco%20de%202016.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2019.

PATEMAN, Carole. *O contrato sexual*; tradução Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*; tradução Angela M. S. Côrrea. São Paulo: Contexto, 2007.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. Ciclos da vida. Brasil e grande regiões. 2013. IBGE, Fiocruz. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97329.pdf>. Acesso em: 01 out. 2019.

PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. *Nova história das mulheres no Brasil*. 1 ed. São Paulo: Contexto, 2013.

PIOVESAN, F.; PIMENTEL, S. A Lei Maria da Penha na perspectiva da responsabilidade internacional do Brasil. 2011. p. 101-118. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2014/02/1_6_responsabilidade-internacional.Pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

PIOVESAN, Flávia. A universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos: desafios e perspectivas. In: BALDI, César Augusto (Org.). *Direitos humanos na sociedade cosmopolita*. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

_____. *Temas de direitos humanos*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

_____. *Código de direito internacional dos direitos humanos: anotado*. São Paulo: DPJ Editora, 2008.

PORTO, Rui da Fontoura. *Violência doméstica e familiar contra a mulher: lei 11.340/06 análise crítica e sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

PORTUGAL, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2018.

PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, 2004).

PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2012. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 01 jul. 2019.

RAMOS, André de Carvalho. *Curso de direitos humanos*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 10 out. 2019.

RIO GRANDE. Lei nº 8.279, de 24 de outubro de 2018. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/r/rio-grande/lei-ordinaria/2018/828/8279/lei-organica-rio-grande-rs>. Acesso em: 04 jan. 2019.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 8.307, de 28 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/682804854/lei-8307-19-rio-de-janeiro-rj>. Acesso em 01 jul. 2019.

RONDÔNIA. Lei nº 3.657, de 9 de novembro de 2015. Disponível em: <http://www.partoemrondonia.com.br/2015/11/doulas-rondonia-agora-tem-lei-das-doulas.html>. Acesso em 04 jan. 2019.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1995.

_____. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

_____. *A mulher na sociedade de classes*. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SANTA CATARINA. Lei nº 16.869, de 15 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-16869-2016-santa-catarina-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-e-estabelece-outras-providencias>. Acesso em: 03 jan. 2019.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 03 jan. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia, e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Eletrônica sobre Reforma do Estado (RERE)*. 2007. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br>. Acesso em 08 jul. 2019.

SCAVONE, Lucila. *Dar e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. *Revista do Direito*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, jan. 2019. ISSN 1982-9957. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/12688>>. Acesso em: 10 mar. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rdunisc.v3i56.12688>.

SCHWARTZ, Germano André Doeber. *Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SLIAR, Moacir. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1995.

SENADO FEDERAL. Projetos buscam tornar lei a humanização do atendimento. 15 mar. 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/cidadania/edicoes/547/projetos-buscam-tornar-lei-a-humanizacao-do-atendimento>>. Acesso em: 15 out. 2018.

SENADO FEDERAL. Projeto de Lei do Senado nº 8 /2013. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/110487>. Acesso em 04 jan. 2019.

SOUZA, T. G, GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento:

percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 32, n.3, p.479-86, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17497>. Acesso em: 01 out. 2019.

SOUSA, Simone Letícia Severo e. *Direito à saúde e políticas públicas: do ressarcimento entre os gestores públicos e privados da saúde*. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

STORTI, Juliana de Paula Louro. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Deontologia e assistência materno-infantil. In: SCHRAMM, F.R.; BRAZ, M. (Org). *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TRAD, Leny A. Bomfim. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: _____. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 27-50.

WOLF, Naomi. *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulher em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 17, nº 3, p. 138-151, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 out. 2018.

WOLLSTONECRAFT, Mary. *Reivindicação dos direitos das mulheres*; tradução e notas Andreia Reis do Carmo. São Paulo: Edipro, 2015.

APÊNDICE A - Questionário de pesquisa

Questionário da Pesquisa

Dados da entrevistada

Nome:

Data do Parto:

Perfil da entrevistada

Idade: _____

Estado Civil:

- Casada
- Solteira
- Viúva
- Divorciada
- Separada
- União Estável
- Não Informado

Escolaridade:

- Não sabe ler/escrever
- Alfabetizado
- Nível Fundamental Incompleto
- Nível Fundamental Completo
- Nível Médio Incompleto
- Nível Médio Completo
- Nível Superior Incompleto
- Nível Superior Completo
- Não Informado

Renda familiar:

- Não tem renda
- Menos de 1 Salário Mínimo
- Entre 1 e 2 Salários Mínimos
- Mais de 2 até 5 Salários Mínimos
- Mais de 5 até 10 Salários Mínimos
- Mais de 10 Salários Mínimos
- Não Informado

Perguntas

1. Sua gravidez foi planejada?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

2. Você fez pré-natal durante esta gravidez?

- Sim, pelo SUS
- Sim, particular ou plano de saúde
- Não
- Não sabe/Não respondeu

3. Por que você não fez o pré-natal?

- Não recebeu informação
- Não conseguiu consulta
- Não achou importante
- Não sabia que precisava
- Era longe
- Não quis
- Outro Motivo Qual? _____
- Não sabe/Não respondeu
- Não se aplica

4. Ao iniciar o pré-natal você recebeu a Caderneta ou Cartão da Gestante?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu
- Não se aplica

5. Quantas consultas de pré-natal você realizou pelo SUS?

- 1 a 2
- 3 a 4
- 5 a 6
- 7 ou mais
- Não se aplica

6. Durante o pré-natal você participou de atividades educativas em grupo?

- Sim
- Não

Não sabe/Não respondeu

Não se aplica

7. Durante o pré-natal você foi informada sobre os benefícios do parto normal?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

Não se aplica

8. Quais exames você realizou durante o pré-natal? (pode marcar mais de uma opção).

Sífilis

HIV/Aids

Hepatites

Exame de sangue para detectar anemia

Exame de urina

Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)

Ecografia

Outros

Não se aplica

9. De quais exames você recebeu os resultados? (pode marcar mais de uma opção).

Sífilis

HIV/Aids

Hepatites

Exame de sangue para detectar anemia

Exame de urina

Exame de sangue para verificar a glicose (açúcar no sangue)

Ecografia

Não se aplica

10. De 0 a 10, que nota você daria para unidade de saúde/hospital onde você realizou o pré-natal?

ruim () 0 () 1 () 2 () 3 razoável () 4 () 5 () 6 bom () 7 () 8 ótimo () 9 () 10

Não sabe/Não respondeu

Não se aplica

11. Durante esta gravidez você foi internada por alguma complicação?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

12.1 Qual o principal motivo da internação?

Hipertensão

Diabetes

Infecção Urinária

Sangramento

Ameaça de parto prematuro

Aborto (Responder as perguntas 12.2, 13 e encerrar a pesquisa).

Não sei

Outros. Qual? _____

Não sabe/Não respondeu

Não se aplica

12.2 Se a entrevistada teve um aborto: Durante sua internação por abortamento você se sentiu:

Bem acolhida/bem atendida

Agredida verbalmente

Agredida fisicamente

Mal acolhida/mal atendida

Dividiu o espaço com outras mulheres que tiveram seus bebês

Não sabe/Não respondeu

Não se aplica

13. Devido à complicação você foi internada na UTI?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

14. No pré-natal você foi informada do local que deveria fazer o parto?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

Não se aplica

15. Você visitou o local onde deveria ter o parto durante a gravidez?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

16. Qual o meio de transporte utilizado por você para chegar à unidade onde realizou o parto?

SAMU

Bombeiros

Ambulância

Carro próprio

Carro de terceiros

Moto

Ônibus

Táxi

A pé

Outros

Não sabe/Não respondeu

17. Ao chegar à Unidade de Saúde do SUS para realizar o parto, que nota você daria para a forma como foi recebida, de 0 a 10?

ruim 0 1 2 3 razoável 4 5 6 bom 7 8 ótimo 9 10

Não sabe/Não respondeu

18. Quanto tempo (aproximadamente) você esperou para ser atendida

Até 30 minutos

30 minutos a 1 hora

De 1 a 2 horas

De 2 a 4 horas

Mais de 4 horas

Não sabe/Não respondeu

19. De 0 a 10, que nota você daria às instalações, ou seja, ao espaço físico e aos equipamentos da unidade do SUS onde teve o parto?

ruim 0 1 2 3 razoável 4 5 6 bom 7 8 ótimo 9 10

Não sabe/Não respondeu

20. Você teve acompanhante de sua escolha durante o procedimento do parto?

Sim

Não

Não sabe/Não respondeu

20.1 Por quem você foi acompanhada?

- Pelo pai do bebê
- Pela sua mãe
- Pelo seu pai
- Por um(a) amigo(a)
- Pelo seu companheiro (a)
- Pelo (a) irmão (ã) Outros. Qual? _____
- Não se aplica

20.2 Por que não teve acompanhante?

- O serviço não permitiu
- Não sabia que podia ter acompanhante
- Não quis acompanhante
- Não deu tempo
- Não tinha acompanhante
- Outros
- Não sabe/Não respondeu

21. Qual foi o tipo de parto?

- Normal
- Normal a ferro (fórceps)
- Cesária
- Não sabe/Não respondeu

22. Em que posição você teve o parto?

- Deitada
- Sentada
- Agachada (cócoras)
- Outros
- Não sabe/Não respondeu

23. De 0 a 10, que nota daria ao hospital em relação ao serviço prestado a você?

ruim 0 1 2 3 razoável 4 5 6 bom 7 8 ótimo 9 10

24. Durante o procedimento do parto, você passou por alguma dessas situações:

(pode marcar mais de uma opção).

- Agressão verbal
- Agressão física
- Não foi ouvida/atendida nas suas necessidades

- Foi mal atendida
- Outros. Qual: _____
- Não sabe/Não respondeu
- Não se aplica

25. A criança teve alguma complicação após o parto?

- Não
- O bebê faleceu após o parto (encerrar a pesquisa
- O bebê teve complicações
- O bebê nasceu prematuro
- Outros. Qual? _____
- Não sabe/Não respondeu

26. A criança foi colocada em seu colo ou no peito para mamar imediatamente após o parto?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não respondeu

27. De 0 a 10, que nota você daria ao hospital em relação ao serviço prestado ao bebê?

- ruim () 0 () 1 () 2 () 3 razoável () 4 () 5 () 6 bom () 7 () 8 ótimo () 9 () 10
- Não sabe/Não respondeu

28. Quais testes foram realizados em seu bebê (pode marcar mais de uma opção):

- Teste do pezinho
- Teste da orelhinha
- Teste do olhinho
- Outros. Qual? _____

29. Quais vacinas o seu bebê já tomou?

- BCG
- Hepatite B – 1ª dose
- Hepatite B – 2ª dose
- Outros. Quais? _____

30. Você recebeu a Caderneta da Criança?

- Sim, no hospital onde foi realizado o parto
- Sim, na unidade básica de saúde
- Não

Não sabe/Não respondeu

31. Depois do nascimento do bebê, você recebeu visita na sua casa de algum agente comunitário de saúde?

Sim, até o primeiro mês

Sim, depois do primeiro mês

Não

Não sabe/Não respondeu

32. Que nota você daria para a atuação desse profissional, de 0 a 10?

ruim 0 1 2 3 razoável 4 5 6 bom 7 8 ótimo 9 10

Não sabe/Não respondeu

ANEXO A – Carta de Aceite

Candelária, 03 de dezembro de 2018.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, CEP-UNISC

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: “**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA - RS**”, desenvolvido pela mestrandia **Aneline Kappaun** do Curso de Pós Graduação em Direito Mestrado e Doutorado, na Linha de Pesquisa de Políticas Públicas de Inclusão Social, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a **orientação da professora Marli Marlene Moraes da Costa**, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento no município de Candelária - RS, na sua respectiva rede de serviços de saúde.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,



Sandra Liane Candido

Secretária Municipal da Saúde de Candelária - RS

SANDRA LIANE CANDIDO
SECRETÁRIA
DE SAÚDE

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA - RS

Prezada senhora

A senhora está sendo convidada para participar como voluntária do projeto de pesquisa intitulado **A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA - RS**. Esse projeto é desenvolvido pela mestranda Aneline Kappaun e pela professora Marli Marlene Moraes da Costa, do Programa de Pós Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado-, na Linha de Pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social, da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende analisar a violência obstétrica sob o prisma da violação do direito à integridade física e psíquica, objetivando considerar o estudo de caso em relação à (in) existência de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica envolvendo as parturientes do município de Candelária - RS. Para que isso se concretize, a senhora será contatada pelos pesquisadores para averiguar a (in) existência de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica em Candelária, RS, devendo assim responder a um questionário com alternativas de respostas, relativas ao período pré-natal, parto e puerpério, principalmente quanto ao tratamento dispensado pelos profissionais da saúde, o que terá de duração não mais do que 01 hora. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo, de alguns constrangimentos, tendo em vista o assunto delicado e íntimo que será objeto da investigação. Por outro lado, se a senhora aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da saúde da mulher no pré-parto, parto, e puerpério, poderão acontecer, tais como: incremento de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica, projetos educativos, e de amparo para a mulher na condição de gestante que visem seu bem-estar, e que garantam a preservação de seus direitos fundamentais. Para participar dessa pesquisa a senhora não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informada:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é **Aneline Kappaun (Fone: (51) 99889-2005), com a orientação de Marli Marlene Moraes da Costa (Fone (51) 99810-7274).**

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data __ / __ / ____

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Unisc



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A VIOLAÇÃO DO DIREITO À INTEGRIDADE FÍSICA E PSÍQUICA DA PARTURIENTE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO EXISTENTES NO MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA - RS

Pesquisador: ANELINE KAPPAUN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04257018.3.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.078.397

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado – da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, orientado pela Profa. Dra. Marti M. Moraes da Costa e a ser desenvolvido pela acadêmica Aneline kappaun.

Objetivo da Pesquisa:

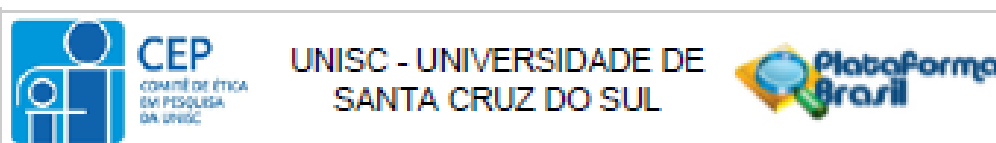
Presentes, claros e exequíveis. Quais sejam:

Objetivo Primário: analisar a violência obstétrica sob o prisma da violação do direito à integridade física e psíquica, objetivando considerar o estudo de caso em relação à (in) existência de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica envolvendo as parturientes do município de Candelária – RS.

Objetivos Secundários:

- Observar evolução dos direitos humanos e fundamentais das mulheres; Identificar a violação do direito à integridade física e psíquica da mulher em condição de parturiente;
- Realizar estudo de caso para averiguar a (in) existência de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica no município de Candelária – RS

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.397

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Presentes e claros.

Riscos: É possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo, de alguns constrangimentos, tendo em vista o assunto delicado e íntimo que será objeto da investigação.

Benefícios: Benefícios futuros para a área da saúde da mulher no pré-parto, parto, e puerpério, poderão acontecer, tais como: incremento de políticas públicas de prevenção à violência obstétrica, projetos educativos, e de amparo para a mulher na condição de gestante que visem seu bem-estar, e que garantam a preservação de seus direitos fundamentais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O procedimento será o estudo de caso, eis que se considerará a aplicação de um questionário nas parturientes do município de Candelária, RS, com alternativas de respostas, relativas ao pré-natal, parto e puerpério, o pesquisador se deslocará até a residência das parturientes para colheita dos dados, que serão interpretados e comparados em momento posterior, para se chegar ao resultado da (in) existência de violência obstétrica, e se for o caso sugerir a implementação de políticas públicas de prevenção da mesma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e corretos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

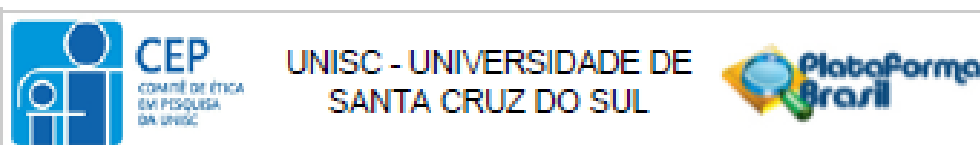
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1270683.pdf	10/12/2018 09:28:34		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/12/2018 09:28:00	ANELINE KAPPAUN	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2203 - Bloco 5, sala 603
 Bairro: Universitário CEP: 96.915-900
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.078.267

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento.pdf	10/12/2018 09:20:42	ANELINE KAPPAUN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_aceite.pdf	06/12/2018 22:18:47	ANELINE KAPPAUN	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/12/2018 22:14:58	ANELINE KAPPAUN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao.pdf	06/12/2018 22:05:51	ANELINE KAPPAUN	Aceito
Outros	carta_apresentacao.pdf	06/12/2018 22:01:09	ANELINE KAPPAUN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/12/2018 21:23:53	ANELINE KAPPAUN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2203 - Bloco B, sala 603
Bairro: Universitário CEP: 96.815-000
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br