

Políticas Públicas contra a violência obstétrica no Brasil: o HumanizaSUS

Lucília Mendes de Oliveira e Silva¹

Resumo: Este trabalho tem por objetivo analisar como o programa HumanizaSUS tem influenciado na transformação das políticas públicas de saúde da mulher, principalmente no enfoque da saúde reprodutiva e no parto e puerpério. Ao longo dos últimos séculos a saúde da mulher passa a ser tratada como uma questão de saúde pública, com maior medicalização do corpo da mulher, inclusive na gravidez. Esta maior medicalização teve o efeito de criar importantes políticas públicas voltadas para a prevenção de doenças, controle e prevenção da gravidez indesejada, acompanhamento da gravidez e do parto, assim como o acompanhamento do bebê recém-nascido. No entanto este controle sobre o corpo da mulher teve consequências nem sempre benéficas, como a redução do controle da mulher sobre o próprio corpo, a perda de conhecimentos ancestrais sobre a gravidez e o parto, conhecimentos estes antes reservados ao âmbito feminino e repassado de mãe para filha, de parteira para parturiente. A violência obstétrica também surge como um espectro do machismo da sociedade patriarcal, muitas vezes por falta de informação a mulher leva muito tempo para reconhecer ter sido vítima deste tipo de violência. Sendo assim é importante pensar a violência obstétrica como um tipo de violência de gênero e entender quais são os programas e políticas públicas voltadas para combater esta violência, oferecendo maior informação para garantir maior autonomia e direito de escolha da mulher sobre o seu corpo, em específico no momento do parto. Após a análise histórica das políticas públicas de saúde da mulher no país será feita a definição sobre violência obstétrica para, em seguida, compreender como o HumanizaSUS pode ajudar a combatê-la. Este trabalho é teórico e se baseia na leitura e na análise de conteúdo do programa HumanizaSUS, comparando suas propostas com a aplicação destas propostas demonstrada por outros trabalhos científicos.

¹ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFU. Trabalho realizado através do financiamento da bolsa de mestrado da FAPEMIG e sob a orientação da Professora Doutora Maria Lúcia Vanucchi. Email: lusilva_4@hotmail.com.

Palavras-chaves: Políticas Públicas; Violência Obstétrica; HumanizaSUS.

INTRODUÇÃO

A medicalização do corpo feminino fez parte do processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina, garantindo a obediência às normas sociais, como demonstra Nagahama (2005). A passagem dos cuidados com o parto de um momento feminino, envolvendo a gestante e a parteira, para um momento institucional e hospitalar passou pelo desenvolvimento da obstetrícia, pelas pesquisas sobre o corpo feminino e pela descoberta da ovulação, tornando a gestação um momento de fragilidade da mulher e, sendo perigoso, necessitando da proteção da medicina.

O trabalho se propõe a analisar como as políticas públicas para mulheres vem se desenvolvendo no Brasil e como estas políticas lidam com a garantia dos direitos reprodutivos, dando um enfoque no tratamento da gestação e do parto.

Posteriormente se explicará quais situações são consideradas como violência obstétrica, uma violência muitas vezes invisibilizada, mas que têm crescido cada vez mais no país. Para pensar a humanização no parto é preciso primeiro entender os processos que o fazem ser desumanizado, compreender como os profissionais atuam de forma desrespeitosa e quais seriam algumas das razões para este tratamento.

Por fim se analisará o programa HumanizaSUS e seu volume voltado para a humanização do parto, a partir de uma perspectiva de humanização baseada no respeito e na participação ativa da mulher na tomada de decisões sobre como seu trabalho de parto ocorrerá. Neste contexto é importante avaliar quais são as diretrizes do programa para que o parto seja humanizado, como estas orientações podem transformar a atuação dos profissionais da saúde e se este programa pode, enquanto base para políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, auxiliar na redução da violência obstétrica.

POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Segundo Costa (2010) as primeiras políticas públicas de saúde surgiram no século XVIII na Europa com surgimento da medicina social e com o objetivo de controlar a

sociedade, privilegiando a higiene, a infância e a família. A família começou a se organizar em torno da criança e, por isso, torna-se importante proteger a mulher grávida, garantir um parto saudável e, ao mesmo tempo, controlar a natalidade. Para que este último fosse possível a institucionalização do parto, através do hospital, foi um passo importante.

Na década de 1980, em meio à ênfase da ‘superpopulação’ e da ideia de que as mulheres têm muitos filhos surge, como nos mostra Qadeer (2000), a defesa pelo fortalecimento de programas de saúde e planejamento familiar com enfoque na saúde reprodutiva da mulher. O objetivo é que os programas voltados para a saúde reprodutiva abrangessem mulheres de todas as idades e que a mulher pudesse administrar sua vida sexual e sua saúde reprodutiva. O problema é que a saúde reprodutiva foi construída enquanto conceito médico baseada mais na ‘vulnerabilidade biológica’ e no conceito de ‘ciclo vital’ da mulher do que no empoderamento da mulher com o autocontrole da sua sexualidade.

Isso produziu um sutil deslocamento que transforma o processo social de ter e criar filhos em um evento essencialmente biológico. A noção de ‘ciclo vital’ compartimentiza a vida da mulher, cria uma desarticulação de classe e gênero sobre a saúde. Além disso, incute na imagem da mulher a existência instintiva e sem pensamento dos vertebrados, desenfazando sua capacidade de atuar inteligentemente sobre seu meio ambiente e de transformá-lo (QADEER, 2000, p. 32).

De acordo com Batista (2000) o movimento feminista utilizou o conceito de direitos reprodutivos para dar “visibilidade a questões relacionadas ao aborto, à contracepção, à assistência à saúde e ao incremento das novas tecnologias conceptivas” (BATISTA, 2000, p. 51). Porém o conceito passou a ser utilizado pelos órgãos estatais de forma descaracterizada, com o objetivo de controlar a concepção (seja através da esterilização ou das novas tecnologias conceptivas).

Lucila Scavone (2004) aponta para o fato de que as mulheres são frequentemente objeto de pesquisas médicas, inclusive por isto os contraceptivos tiveram um avanço tão grande e tão rápido, apesar das ressalvas quanto a seus efeitos colaterais. Outros tratamentos médicos apontados por Eliane Bio (2015) são: a interrupção da menstruação, as cirurgias plásticas radicais do corpo, a reprodução assistida que segue um planejamento racional, a escolha do parto cesáreo com a promessa de menos riscos e menos dor, o excesso de medicalização do parto induzida pela insegurança em relação ao corpo.

As políticas de controle de natalidade, em geral, não consideram o aspecto subjetivo presente na escolha da mulher de ter ou não um filho. Porém muitas mulheres, com consciência sobre o próprio corpo, desejando vivenciar uma sexualidade independente da reprodução, escolhem se desejam a maternidade ou não. No caso de escolherem pela

maternidade estas mulheres começam a pensar sobre qual parto desejam, como querem vivenciar a maternidade e a cobrar uma participação maior do homem na gestação e criação dos filhos.

No Brasil a proteção à maternidade e à infância enquanto assunto de saúde pública surge no Estado Novo como uma política voltada para a garantia do aumento de mão de obra para o país. A partir de 1964 institui-se o modelo de atendimento privado, focado em uma relação de cuidado médico individualizado. E na década de 1970 o interesse do Estado se volta para a prevenção de gravidez de risco, para promover o aumento de tempo entre as gravidezes e fornecer anticoncepcional para que a mulher possa decidir pela maternidade ou não.

Neste contexto surge nos anos 80 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a pretensão de acompanhar a mulher da adolescência à terceira idade, sendo uma política pública voltada para as conquistas dos direitos da mulher-mãe e para o planejamento familiar. O PAISM, conforme o resgate histórico de Batista (2000), propõe uma visão integral da mulher, considerando todas as fases de sua vida, suas especificidades e necessidades biológicas, psicológicas e de saúde. A integralidade pressupõe também um atendimento integrado dos profissionais, atendendo às queixas das mulheres, além do repasse de informações para o melhor conhecimento das mulheres sobre a sua sexualidade. O programa forneceria informações sobre sexualidade mas não interferiria na fecundidade das mulheres, seja para reduzi-la ou aumentá-la.

Alejandra Rotania (2000) entende o corpo “como o território material da constituição do ser integral, enquanto tal, uma dimensão estrutural do ser” (ROTANIA, 2000, p.13). É uma integralidade físico-biológica-psíquica construída como projeto, construção está que é simbólico-cultural. O novo é a transformação, manipulação e mercantilização da vida em função de valores e verdades considerados únicos, certos e claros. Sendo assim ele se torna um sujeito, com base na materialidade, na identidade e na permanência. O corpo feminino está em constantes transformações (gravidez, menstruação, menopausa) e por isso é visto como mais vulnerável e com melhores possibilidades de ser controlado.

O ciclo tecnológico da saúde reprodutiva é formado pela: contracepção medicalizada, pelo parto cirúrgico, pela esterilização e pela reprodução assistida. Percebe-se um interesse pelo corpo da mulher através da obstetrícia, é também através desta área que a medicina e as políticas públicas de saúde conseguem o acesso aos corpos destas mulheres.

As políticas de planejamento familiar, nem sempre bem-sucedidas quando se trata de classes mais baixas, são voltadas para a saúde reprodutiva, com o enfoque da reprodução como um acontecimento puramente biológico e sem influências sociais, e deixando de lado a saúde da mulher como algo mais global.

Lima Schraiber (2012) aponta que a área da medicina é entendida, no pensamento hegemônico, como distanciada das questões sociais, econômicas, políticas ou culturais. Apenas a técnica e a qualificação dos profissionais eram consideradas importantes. Por isso um movimento importante é o que tenta politizar a área da saúde, entendida como saúde pública, planejada para uma determinada sociedade com características próprias. Desta forma pode-se entender que, para além das técnicas, as práticas médicas são práticas sociais.

Este processo politizador começou com a demonstração de que a saúde faz parte de processos sociais como a desigualdade socioeconômica e os jogos de poder. O paciente não deve ser entendido apenas como sinônimo da sua patologia, e da forma de tratamento desta, mas também como um indivíduo formado por um todo bio-psico-social que pode interferir na contração da doença ou no seu tratamento.

A política é uma esfera fundamental quando pensamos em saúde pública, pois é ela que coordena, cria projetos, remaneja verbas, abre vagas para contratação de profissionais. No entanto a esfera política e sua gestão de serviços faz parte de uma dimensão diferente da dimensão das práticas profissionais na saúde. A política pode propor ações, mas são os profissionais que executarão estas ações com base nos conhecimentos adquiridos e tecnologias disponíveis. Neste sentido os profissionais possuem uma certa autonomia em relação à política e, desta forma podem alcançar uma visão crítica do Estado, através da saúde, e repensar as condições de acesso da população a esta saúde, alcançando a esfera do planejamento público crítico.

Segundo Leticia Visbal (2002) para que as políticas públicas sejam planejadas de forma a garantir os direitos dos cidadãos é importante levar-se em conta as necessidades da população e a desigualdade social. Segundo a autora a importância do enfoque de gênero nas políticas públicas de saúde, entendendo a saúde como um bem público e um direito de cidadania, é que homens e mulheres estão expostos a condições e riscos diferentes, principalmente no que diz respeito à reprodução (gravidez, parto).

De acordo com Visbal a igualdade de gênero será alcançada mediante o processo de compreender “os processos que constroem a desigualdade entre homens e mulheres, seja no nível simbólico, normativo, institucional e subjetivo” (VISBAL, 2002, p.128) É preciso que

os sujeitos entendam as diferentes condições entre homens e mulheres e incorporem este entendimento no cotidiano, de forma a mudar a identificação da sociedade e melhorar a elaboração e execução de políticas públicas voltadas para a igualdade de gênero.

Em relação à saúde a mulher está em uma condição desigual por ser mais exposta a riscos devido à sua condição de reprodutora (gravidez, parto e puerpério). As jornadas duplas, triplas, na sociedade também fazem as mulheres desenvolverem mais doenças como depressão, ansiedade, distúrbios alimentares. Considerando todas estas questões as mulheres acabam tendo uma alta demanda nos serviços de saúde e se torna fundamental a perspectiva de gênero no processo de planejamento das políticas públicas, de forma a garantir a diversidade e equidade.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica pode ser considerada uma violência de gênero por ser praticada contra a mulher, no exercício de sua saúde sexual ou reprodutora pelos profissionais da saúde, do setor público ou privado ou por civis. A violência obstétrica pode ter caráter físico, psicológico, sexual, institucional e reduz a autonomia das mulheres por passarem a depender de uma intervenção técnica (médico) para lidarem com sua vida sexual e reprodutiva (Gomes, 2015). Este tipo de violência pode ocorrer no pré-natal, durante o parto, nos primeiros meses de vida do bebê ou após um abortamento.

Algumas formas de violência durante o pré-natal são: negar atendimento ou impor dificuldades a este atendimento nos postos de saúde onde se realiza o pré-natal; ofender ou humilhar a mulher e sua família; negligenciar atendimento de qualidade; agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas; fazer comentários constrangedores à mulher por sua etnia, idade, escolaridade, sexualidade, condição socioeconômica, número de filhos, dentre outros.

Outras formas comuns de violência obstétrica durante o parto e pós-parto são: humilhar, xingar, coagir, constranger, fazer piadas ou comentários desrespeitosos sobre seu corpo, sua raça ou situação econômica; utilizar de forma inadequada de procedimentos para acelerar o parto; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; violar direitos da mulher garantidos por lei; não oferecer condições de amamentação e do contato do bebê sadio com a mãe, entre outros.

A violência obstétrica também é uma violência institucional quando praticada pelos funcionários dos serviços públicos de saúde. De acordo com Botti (2010) esta violência é exercida pelos próprios serviços públicos (sistema de saúde, polícia, órgãos públicos) por ação ou omissão. Sendo assim podemos incluir a peregrinação da gestante por diversos serviços até conseguir o atendimento necessário como uma forma de violência. A mulher não só perderia poder durante a gestação e o parto peça sua condição subalterna na sociedade machista mas também seria apropriada pelo projeto científico da obstetrícia.

A Rede Parto do Princípio é uma das redes mais antigas e conhecidas, principalmente por sua atuação na luta por uma legislação que garanta os direitos das mulheres no parto e pela redução na taxa de operações cesarianas. O site oferece também uma aba para relatos de parto onde se pode encontrar vários relatos de violência obstétrica vivenciada por estas mulheres, muitas delas que nem sabiam estarem sendo vítimas de violência no momento.

Em uma busca breve é possível encontrar vários sites com a proposta de discutir sobre temas como maternidade, cuidados com o bebê e apresentar relatos de parto. Alguns que podemos citar aqui, e que possuem relatos parto de mulheres vítimas de violência obstétrica, são: Estação Materna, Tão Feminino, Indiretas Maternas e Comparto. Estes sites são fundamentais ao denunciarem a realidade da violência obstétrica no país, além de trazer informações sobre o assunto, pois muitas mulheres são vítimas deste tipo de violência e só vem a descobrir depois do ocorrido.

Apesar de ser perceptível a alta taxa de violência obstétrica² no país ainda não existe uma legislação nacional específica para punir os profissionais que praticam a violência. Alguns estados, como o de Santa Catarina³, possuem legislações próprias contra a violência obstétrica e tramita na Câmara dos Deputados três projetos de lei⁴ sobre o tema. A mulher também pode fazer uma denúncia à defensoria pública tendo como apoio legislações como: A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Constituição Federal (1988); Convenção de Belém do Pará (1994); Atenção ao parto e nascimento da OMS (1985/1996); Ministério da

² Segundo a pesquisa Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. A pesquisa Nascer no Brasil, da Fundação Oswaldo Cruz, constatou o uso de ocitocina em 60% dos partos, manobra de Kristeller em 56% dos partos e episiotomia em 86% dos partos.

³ Lei nº de 17.097 de 17 de janeiro de 2017.

⁴ São eles: PL 8219/17, do deputado Francisco Floriano; PL 7867/17, da deputada Jô Moraes; e 7633/14, do deputado Jean Wyllys que definem que tipo de atitude pode ser considerada violência obstétrica e as punições previstas, que vão de multa a dois anos de prisão.

Saúde: Política de Humanização Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005) Rede Cegonha (2011); dentre outras.

A humanização no tratamento realizado por profissionais da saúde vem como uma solução para acabar com a violência obstétrica, e outros tipos de violência hospitalar, vivenciada por tantas mulheres no país. De acordo com a OMS outras formas de diminuir os casos de violência são: o governo dar maior apoio a pesquisas e ações contra o desrespeito e os maus tratos à gestantes e parturientes; criar e manter programas para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materna; maior ênfase nos direitos das mulheres a uma assistência respeitosa; produzir dados sobre os índices de violência; e envolver a mulher no processo de melhoria do atendimento nos serviços de saúde.

HUMANIZASUS E A HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O Ministério da Saúde constituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Portaria 569/2000 e outras) com os objetivos de ampliar o direito da mulher ao acesso à saúde; garantir a qualidade do tratamento à mulher, desde o pré-natal até o puerpério; reduzir altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; tudo isso na perspectiva dos direitos e da cidadania. No entanto, a ampliação do acesso não veio em conjunto com a melhoria da qualidade do atendimento.

Em 2016 a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) lançou a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Este documento é voltado, principalmente, para os profissionais da saúde que atuam na assistência ao parto, mas pode ser utilizado como referência para as gestantes do que pode ou não ser realizado no trabalho de parto, segundo as necessidades. O documento trata, de forma bem completa, das orientações para manejo da dor no trabalho de parto, sobre os períodos do parto, da alimentação, do apoio físico e emocional e sobre os cuidados após o parto com a mãe e com o recém-nascido.

A humanização proposta pelo movimento de ‘humanização do parto’ entende a gestação e o parto como eventos fisiológicos perfeitos (onde apenas 15 a 20% das gestantes apresentam adoecimento neste período necessitando cuidados especiais), cabendo a obstetrícia apenas acompanhar o processo e não interferir buscando ‘aperfeiçoá-lo’. Humanizar é acreditar na fisiologia da gestação e do parto. É respeitar esta fisiologia, e apenas acompanhá-la. É perceber, refletir e respeitar os diversos aspectos culturais, individuais,

psíquicos e emocionais da mulher e de sua família. É devolver o protagonismo do parto à mulher. É garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha. O parto humanizado, cujo movimento surgiu na década de 80, pressupõe uma relação com o corpo baseada em conceitos modernos como autonomia e individualidade. Por isso percebe-se a importância do protagonismo feminino no parto. Desta forma, dentro da concepção do parto humanizado, o corpo é entendido não somente como pertencente a um sistema de ação simbólico e social, mas também de um sistema de ação fisiológico.

Em 2014 surge o programa HumanizaSUS com o volume 4 todo dedicado à Humanização do Parto e do Nascimento. Neste volume o enfoque é o protagonismo da mulher neste momento, de forma a rever o modelo obstétrico atual. Inclui também relatos jornalísticos e de experiência sobre como o parto acontece no país. Encontra-se também diretrizes do governo sobre o parto normal, os casos em que a cesariana é indicada, o papel da doula no trabalho de parto, dentre outras.

De acordo com as diretrizes do programa a humanização do parto é um direito da mãe e do bebê, para além de uma escolha. Este momento deve ser pleno de respeito, cuidado e acolhimento para os dois. Para garantir um tratamento humanizado é necessário garantir a autonomia e liberdade de escolha a mulher, promover um ambiente acolhedor, oferecer à mulher as melhores condições e recursos disponíveis para que ela se sinta segura neste momento, prestar assistência ao parto baseada em evidências científicas.

Entendemos como aspecto principal da diretriz para humanização do parto o incentivo à autonomia da mulher. Através de um pré-natal com orientações, informações, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, do planejamento do parto através de ferramentas como o plano de parto, as mulheres podem ter maior segurança para tomar decisões sobre quais procedimentos serão realizados no parto. Para tomar decisões estas mulheres precisam repensar e conhecer mais o seu próprio corpo, tornando-se um sujeito de direitos com força para exigir estes direitos na prática.

Não podemos negar a importância do desenvolvimento da obstetrícia para salvar vidas, principalmente através da cirurgia cesárea, e é preciso reconhecer que a medicina atual está bem menos mecanicista e unilateral do que no início do processo de institucionalização do parto. No entanto ainda é predominante o paradigma da técnica e da medicalização, como vemos em Belli (2013), e a atenção ao parto ainda vê a mulher como um objeto de intervenção e não um sujeito de direitos. A tecnologia deve estar à serviço do parto e não o

parto à serviço de tecnologias que, por muitas vezes, são usadas de formas desnecessárias atrapalhando o desenvolvimento do trabalho de parto.

A medicina baseada em evidências⁵ faz parte de um movimento na linha contrária à lógica produtivista e colonial na assistência à saúde, inclusive no parto e na gestação. Através dela é possível conhecer quais são as reais necessidades de intervenção no trabalho de parto, sem gerar mais complicações ou riscos devido a intervenções desnecessárias. Para Pimentel (2014):

Se no modelo biomédico, a gestação é entendida como uma patologia, a noção de risco é mobilizada para corroborar a intervenção do médico, como forma de salvação e cura de possíveis danos inerentes à gestação e ao parto. Já na proposta de humanização, que entende a gravidez de forma integralizada em seus aspectos bio-psíquico-sociais, o conhecimento dos riscos inerentes às escolhas participa do planejamento esclarecido da experiência subjetiva de parturição. (PIMENTEL, 2014, p. 169)

Enquanto o modelo biomédico é focado na intervenção e na tecnologia o modelo da humanização questiona a onipotência dos médicos e enfermeiros, adota uma equipe interdisciplinar (com fisioterapeutas, doulas), respeita as diferenças, fortalece a relação entre a mulher e o seu potencial de conduzir o parto e estabelece um cuidado baseado nas necessidades da parturiente.

As principais práticas de humanização do parto vigentes são: a privacidade para a mãe e o acompanhante, possibilidade da mulher se movimentar, possibilidade de se alimentar com líquidos e alimentos leves, acesso à métodos de alívio de dor (desde massagem, banho até analgesia), ouvir os batimentos cardíacos do bebê e controle dos sinais vitais da mãe, escolher a melhor posição para o parto, contato imediato do bebê com a pele da mãe, corte do cordão umbilical após o fim das pulsações, estímulo da amamentação na primeira hora de vida e realizar procedimentos de rotina no recém-nascido após a primeira hora de vida.

É fundamental que a mulher receba informações sobre o trabalho de parto, sobre como o corpo feminino se prepara e age neste momento e sobre procedimentos rotineiros, mas comprovadamente desnecessários, muitas vezes sendo inclusive prejudiciais. Alguns destes procedimentos são: episiotomia (corte no períneo), tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), enema (lavagem intestinal), proibição de ingerir líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto, soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, ficar deitada em macas durante o trabalho de parto, dentre outros.

A humanização do parto, passa pelo processo de humanização no tratamento do profissional da saúde com a parturiente. Para que esta humanização ocorra é preciso pensar

⁵ Esta concepção se baseia na ideia de que todo conhecimento é enviesado, sendo preciso controlar estes vieses na sua produção. Ao se falar de evidências científicas se considera também a humanização das práticas, a participação da paciente e o direito à escolha informada.

uma assistência centrada na mulher e na família, um atendimento com acolhimento, fortalecer a participação da mulher na tomada de decisões, promover a gravidez e o parto como processos saudáveis e fisiológicos.

O local onde a mulher é cuidada não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde ela não possa expressar livremente seus sentimentos e suas necessidades. Deve receber cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas. É necessário que se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam. (BRASIL, 2014, p. 28)

O programa de humanização do parto acerta ao ser focado nas mudanças de modelo obstétrico no tratamento ao parto, pois é a partir da mudança na preparação e prática dos profissionais da saúde que a humanização se tornará efetiva e aplicável. A divulgação das orientações para o parto também é um meio importante de informar e orientar as gestantes para saberem seus direitos, os estágios do parto e em quais situações as intervenções realmente são necessárias. Apenas com conhecimento é possível para a mulher cobrar seus direitos, distinguir uma atuação médica baseada em evidências de uma tecnocrata e perceber quando sofre uma violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das análises realizadas no trabalho foi possível perceber que as diretrizes para a humanização propostas pelo Ministério da Saúde têm como principais objetivos a redução da taxa de cesáreas e a formação humanizada dos profissionais da saúde para garantir a redução, se não o fim, da violência obstétrica. Por mais que não seja efetivamente uma lei ainda assim o programa tem um papel importante ao expor como os partos vem sendo realizados no Brasil e orientar quais as mudanças necessárias para se obter tratamento humanizado e respeitoso nesse momento delicado para a gestante a sua família.

O programa de humanização do parto vem sendo bem-sucedido na sua implementação nos hospitais públicos, principalmente por ter um enfoque de aumento de informação para as mulheres, durante o pré-natal, e formação mais humanizada para os profissionais da saúde. Muitos hospitais municipais e estaduais têm entrado para o programa e oferecendo treinamentos para seus funcionários baseadas nas diretrizes do programa. Infelizmente esta realidade não se repete nos hospitais particulares, responsáveis ainda por taxas de mais de 80% de cesáreas.

Mesmo com a implementação do cartão da gestante, da cobrança da divulgação das taxas de partos normal e cesárea por hospital, da exigência do governo sobre os hospitais para

explicarem os motivos das altas taxas de cesáreas, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

A legislação e as políticas públicas precisarão se voltar para o setor privado, de forma a reduzir a taxa de cesáreas desnecessárias, reduzindo assim os riscos de vida da mãe e do bebê, garantindo um nascimento mais respeitoso e mais saudável para os dois. Para garantir que a legislação de fato seja melhorada e aplicada é necessário a sua melhor divulgação e aumentar a pressão, por parte das gestantes e da sociedade civil, de forma a garantir cada vez mais um tratamento com mais respeito e liberdade de decisão.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Luís Eduardo. Alguns aspectos das políticas de saúde da mulher no Brasil – o PAISM: um estudo de caso. In: BATISTA, Luís Eduardo; SCAVONE, Lucila. *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. Araraquara: Gráfica UNESP, 2000, p. 49-67.

BIO, Eliane. *O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do nascimento*. São Paulo: Summus, 2015.

Botti ML. Violência institucional e a assistência às mulheres no parto. In: Anais do Colóquio Nacional de Estudos de Gênero e História: contribuições de enfermagem. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. v. 4.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria I.; MONTICELLI, Marisa; RAMOS, Flavia R. de S.; BORENSTEIN, Miriam S. *Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal*. *História da enfermagem Revista eletrônica*, v.1, n.1, p. 55-68, abr. 2010.

NAGAHAMA, Elizabeth E. I.; SANTIAGO, Silvia M. *A institucionalização médica do parto no Brasil*. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 23 junho 2016.

PIMENTEL, Camila; RODRIGUES, Laís; MÜLLER, Elaine; PORTELLA, Mariana. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. In: *REALIS*, v.4, p. 166-185, 2014.

PRINCÍPIO, Parto do (org). *Episiotomia 'é só um cortezinho': violência obstétrica é violência contra a mulher*. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2014.

QADEER, Imrana. Saúde Reprodutiva: uma perspectiva de saúde pública. In: FARIA, Nalu. *Mulheres, corpo e saúde*. São Paulo: SOF, 2000, p. 25-43.

V SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS
Universidade Estadual de Londrina
13 a 15 de junho de 2018
ISSN 2177-8248

ROTANIA, Alejandra. Formas atuais de intervenção no corpo das mulheres. In: FARIA, Nalu. *Mulheres, corpo e saúde*. São Paulo: SOF, 2000, p.11-24.

SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora UNESP, 2004, p. 141-169.

SCHRAIBER, Lima B. *Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.10, p.2635-2644, 2012.

VISBAL, Leticia A. *Importancia de la consciencia de género para las políticas públicas em salud y los derechos ciudadanos*. *Revista de Ciencias Sociales*, v. III, n. 97, p. 127-135, 2002.