



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS

CAROLINA NEIVA DOMINGUES VIEIRA DE REZENDE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma ofensa a direitos humanos ainda não
reconhecida legalmente no Brasil**

Brasília

2014

CAROLINA NEIVA DOMINGUES VIEIRA DE REZENDE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma ofensa a direitos humanos ainda não
reconhecida legalmente no Brasil**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Bacharelado em Direito
pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais
do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof. Ana Flávia Velloso

Brasília

2014

CAROLINA NEIVA DOMINGUES VIEIRA DE REZENDE

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma ofensa a direitos humanos ainda não
reconhecida legalmente no Brasil**

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Bacharelado em
Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas
e Sociais do Centro Universitário de Brasília –
UniCEUB.

Orientadora: Prof. Ana Flávia Velloso

Brasília, 18 de novembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Paulo Afonso Cavichioli Carmona

Prof. René Marc da Costa Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Ana Flávia Velloso, pelo auxílio, atenção e conversas durante todo o processo em que fazia o trabalho, o que tornou possível a conclusão dessa monografia;

Aos meus pais, por toda a preocupação e carinho, fundamentais em todas as etapas da minha vida;

À minha querida amiga Lina Vilela, pela ajuda na execução dessa monografia e em tantos outros importantes momentos da minha vida;

Aos professores Daniel Schroeter Simião, Antonádia Monteiro Borges, Lia Zanotta Machado e Luis Roberto Cardoso de Oliveira, da Universidade de Brasília, pelas excelentes e marcantes aulas, que certamente mudaram a forma como hoje vejo os acontecimento a minha volta.

RESUMO

O trabalho tem por objetivo desenvolver uma reflexão sobre uma forma específica de violência contra as mulheres: a violência obstétrica. Esse tipo de violência se dá quando o processo fisiológico do parto é transformado em um evento medicalizado e institucional, ultrapassando as recomendações científicas para a assistência pré-natal ou ao parto através do uso abusivo da tecnologia em desrespeito ao funcionamento natural do corpo da mulher em trabalho de parto quando este é desejado por ela e possível segundo as evidências científicas a respeito. Ainda que essa prática seja corriqueira e tenha sido já naturalizada pelos profissionais de saúde e por suas pacientes, o trabalho observou a razão de essa prática ser considerada violenta e nas formas como municípios e estados brasileiros têm legislado a respeito com o intuito de coibi-la, bem como no tratamento legal empregado por países vizinhos no tocante à violência obstétrica, problematizado, por fim, acerca da importância de o Brasil se posicionar com uma lei nacionalmente válida a respeito.

Palavras-chave: Direitos humanos. Violência obstétrica. Violência institucional. Importância da lei.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Interesse pessoal no tema.....	2
1 Identificando a violência obstétrica.....	4
1.1 Violência Obstétrica: uma prática recente?	4
1.2 Principais formas de violência obstétrica.....	8
1.3 Privilegiando os interesses dos médicos e hospitais em detrimento dos interesses das mulheres	11
2 Reconhecendo a existência da violência obstétrica.....	16
2.1 Violência como resultado de uma percepção individual	16
2.2 Conscientizando a sociedade acerca da existência da violência obstétrica	16
2.3 Reconhecimento da posição de vítima	18
2.4 Apoderamento do conhecimento da prática e dos direitos de que dispõem	21
3 Enfrentando a violência obstétrica.....	24
3.1 Enfrentamento da violência pelo Estado	24
3.2 Função da norma jurídica	25
3.3 Direito penal como <i>ultima ratio</i>	27
3.4 Tipificação da violência obstétrica na América do Sul.....	31
3.4.1 Argentina	31
3.4.2 Venezuela	33
3.5 Tratamento legal da violência obstétrica do Brasil.....	34

CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO.....	46
APÊNDICES.....	47

INTRODUÇÃO

Desde o momento em que a mulher descobre que vai ser mãe e decide por ter esse filho, ela se prepara para o momento em que ele chegará ao mundo. Ela se depara, com muitas dúvidas, medos e aflições – além, claro, da alegria e emoção. Decide, então, ler sobre tudo o que envolva a gravidez e o parto, a se informar com seu médico a respeito da alimentação, das atividades físicas que pode (ou deve) praticar, quais produtos não poderá mais usar, quês rituais de beleza deverão ser deixados de lado etc.

Quando, depois de 40 semanas, chega o tão esperado momento do parto, em que enfim conhecerá seu filho e poderá começar a exercer o papel de mãe para o qual tanto se preparou, a mulher tem uma série de expectativas a serem satisfeitas. Muitas vezes, porém, a experiência não é vivida da forma como imaginou e as lembranças desse momento se tornam pesadas, difíceis de lidar.

Embora por muitos anos práticas traumatizantes relativas ao pré-parto, parto ou pós-parto tenham sido mantidas no atendimento a essas mulheres, hoje se discute a respeito delas e da real necessidade de alguns procedimentos realizados rotineiramente por médicos e profissionais da saúde e a elas foi dado o nome que verdadeiramente lhe cabe: violência obstétrica.

A partir do entendimento de que a violência no parto é violência contra a mulher e uma violação aos direitos humanos (particularmente ao direito à integridade pessoal, à liberdade pessoal, à proteção da honra e da dignidade), desenvolvo a monografia com o intuito de melhor delimitar essa questão ainda não tipificada no Brasil, mas que, aos poucos, se populariza e caminha para uma resposta legislativa.

Essa monografia está organizada em três partes. Na primeira, abordo o que se entende hoje por violência obstétrica, conceituando-a e explicando porque essa prática pode ser considerada violenta.

Em seguida, discuto a percepção da mulher quanto à existência ou não de violência e a importância dessa compreensão para a eliminação dessa prática. Na terceira parte, examino a função da norma jurídica com base em formulações doutrinárias e examino de que forma, hoje, a violência obstétrica tem sido enfrentada

no Brasil e em países que já reconheceram legalmente essa prática como violenta e merecedora de sanções.

Interesse pessoal no tema

Nos últimos anos me dediquei à dupla tarefa de estudante: sou graduada em Antropologia pela Universidade de Brasília e graduanda de Direito no Centro Universitário de Brasília (CEUB).

Como tenho especial interesse pela área humanitária e internacional, acabei sendo naturalmente direcionada a realizar cursos, participar de grupos que discutissem o tema e a ter conversas a respeito com professores e colegas que atuam na área.

Ganhei maior intimidade com o tema dos Direitos Humanos depois de participar, em julho de 2013, de um Minicurso de Direito Internacional dos Direitos Humanos, o que me levou a três frentes de estudo, com reuniões semanais para discutir o tema. Concorri e fui selecionada para participar da Clínica de Direitos Humanos à Moradia, sob a coordenação de Denise Hauser¹. Ali discutimos o tema, apresentamos notícias e trabalhos, elaboramos artigos referentes ao tema de estudo para serem publicados e organizamos uma Mesa Redonda no Fórum Mundial de Direitos Humanos acerca de Megaeventos e seus impactos no direito à moradia adequada.

Como trabalho de conclusão de curso de Antropologia, apresentei a forma pela qual o descaso com Maria da Penha por parte do Estado brasileiro e o consequente acionamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos levou o tema da violência doméstica para diferentes esferas sociais e transformou o ordenamento jurídico brasileiro então vigente.

Nesse trabalho, abordo outro tipo de violência contra a mulher: a violência obstétrica. Esse tema me chamou especial atenção por ser um assunto atual e de

¹ advogada da Comissão de Direitos Humanos da ONU, doutora em Direito pela Universidade de Valência e professora visitante do UniCEUB.

grande repercussão, inclusive na esfera legislativa e judicial, embora ainda sem previsão legal.

Parte-se do pressuposto, para a elaboração desta monografia, de que a compreensão dos fatos não nasce espontaneamente, mas são construídos socialmente através de nossas crenças, que determinam como devemos agir; de histórias, que nos contam no que acreditar e, inclusive, por elementos jurídicos, que resguardam os valores que a sociedade define como primordiais.

Geertz (1998, p. 259) afirma que o direito é, essencialmente, um processo de representação e este apresenta um mundo no qual suas próprias descrições fazem sentido, acrescentando que

[...] a parte jurídica no mundo não é simplesmente um conjunto de normas, regulamentos, princípios e valores limitados, que geram tudo que tenha a ver com o direito, desde decisões do júri, até eventos destilados, e sim parte de uma maneira específica de imaginar a realidade. Trata-se, basicamente, não do que aconteceu, e sim do que acontece aos olhos do direito; e se o direito difere, de um lugar para o outro, de uma época a outra, então o que seus olhos veem também se modifica.

O Direito é uma expressão da maneira como a sociedade interpreta o mundo. Essa interpretação, contudo, é encontrada mais na prática que nos códigos, nos manuais e nas leis. Isso porque algumas vezes o universo ideal das normas não corresponde à forma como elas são lidas e aplicadas na tradução do “se-então” na do “como-portanto”.

Embora o Direito e as Ciências Sociais encarem as problemáticas jurídicas de maneiras distintas e sob pontos de vista diferentes, essas se complementam, pois, como pontuado por Kantorowicz (*apud* SILVEIRA, 2004), “a Dogmática sem a Sociologia está vazia. A Sociologia sem Dogmática está cega”. Considero, por isso, importante a dupla formação na abordagem do tema aqui proposto.

Por entender ser possível e interessante fazer uma monografia jurídica a partir dos fatos e práticas sociais ainda não reconhecidos em lei, essa monografia fará isso para entender no que consiste a violência obstétrica e como a regulação dela pode favorecer na sua erradicação.

1 Identificando a violência obstétrica

1.1 Violência Obstétrica: uma prática recente?

Embora o termo “violência obstétrica” seja pouco conhecido no Brasil, sua vivência é comum. 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.

Ainda que essa prática violenta seja corriqueira, não há no Brasil, ainda, uma lei que reconheça especificamente a violência obstétrica como uma violação aos direitos das mulheres, ao contrário do que pode ser observado em países próximos, como a Venezuela e a Argentina, que já tipificaram a violência obstétrica (*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, de março de 2007 e Leis Nacionais nº 25.929 e 26.458, respectivamente).

Para melhor compreender tal prática violenta, é importante observar como, ao longo do tempo, o parto se tornou um evento médico.

O momento do parto sofreu uma profunda mudança desde meados do século XIX. É o que afirmam Nari (*apud* BELLI, 2013) e Brenes (*apud* MUNIZ, 2012), que ressaltam que, com a apropriação da defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades pelo campo da obstetrícia (inventadas e expandidas em todo o mundo nesse período – meados do século XIX – e, no Brasil, na segunda metade do século passado), o parto deixa de ser visto como um evento íntimo e familiar para ser um evento público e com a intervenção de outros atores.

Antes, a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina. A presença masculina era considerada incômoda, de forma que os homens não participavam do momento do parto. Quem realizava o parto, aliás, eram as parteiras, que eram conhecidas na sociedade por conta de suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico.

O parto – e todos os assuntos e acontecimentos que o cercavam – se dava na residência da mulher. Contudo, com essa mudança no atendimento ao parto, a hospitalização do parto foi intensificada, fazendo com que se tornasse um evento

medicalizado e praticado em um espaço público (em instituições de saúde), com a presença de diversos atores conduzindo este período.

Com isso, a mulher tem seu papel transformado em coadjuvante e em objeto em oposição à sua posição anterior de protagonista e de sujeito; deixando, em outras palavras, de ocupar lugar central no evento para, em função dos novos processos tecnológicos sofridos pela medicina, ocupar um lugar de subordinação em relação aos profissionais da saúde encarregados, agora, em dirigir esse momento (BRENES, *apud* MUNIZ, 2012).

A mulher passou, então, a ser submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas sem que, contudo, fossem oferecidas a ela informações acerca dos procedimentos adotados e obtido o seu consentimento.

MUNIZ (2012) ressalta esse ponto ao afirmar que “[...] a medicina se apropriou do processo do parto na medida em que assumiu o controle sobre o corpo das mulheres e as levou para parir nos hospitais, ainda que em condições precárias”.

Como consequência do controle e vigilância da medicina sobre o corpo das mulheres grávidas, avanços foram alcançados a respeito do processo do parto, mas outro efeito decorrente foi o excesso de “intervencionismos” no trabalho de parto e parto que acaba por destituir a mulher de sua autonomia sobre o próprio corpo.

As práticas intervencionistas são revestidas de uma suposta segurança e, por isso, muitos médicos, detentores do saber científico, julgam desnecessária essa prática de informar a mulher e obter seu consentimento. Ocorre que as intervenções desnecessárias são causa da maior parte de infecções, complicações que exigem nova intervenção médica e, até, de morte materna, como demonstra Moura (2007, p. 453):

No ano de 2002, mais de 38.000 recém-nascidos e 2000 mulheres morreram no país por complicações no ciclo gravídico-puerperal e em decorrência de abortos. Nesse sentido, ocorrem mais de 500.000 óbitos maternos no mundo, mais de 50 milhões de mulheres sofrem doenças ou sequelas relacionadas com a gravidez, e pelo menos 1.200.000 recém-nascidos morrem por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal.

Nari (*apud* BELLI, 2013) sustenta que essa cooperativa médica surge como detentora de um novo saber e, ainda, como a detentora hegemônica do saber,

resultando na deslegitimação e rechaço sistemático a todos os saberes que não possam ser acomodados dentro dos paradigmas vigentes.

A hegemonia do saber médico é, ainda, produto da construção da medicina como área de saber científico e, portanto, como saber supremo e inquestionável.

O saber médico visto de forma hegemônica sobre qualquer outro conhecimento e a consequente medicalização do corpo feminino devem ser postos em cheque frente aos mais recentes resultados obtidos de estudos científicos na área (como é o caso de muitas das intervenções desnecessárias, que provocam riscos e danos comprovados por evidências científicas², e continuam sendo utilizadas de forma rotineira e sem critério pelos profissionais de saúde), às políticas de saúde e às práticas de atenção médica, razão pela qual tal mecanismo se torna essencial para enfrentamento dessas práticas rotineiras desnecessárias (MUNIZ, 2012).

Diante do cenário em que o discurso do médico tem muito mais poder frente ao da mulher no atendimento ao parto, os anseios e opiniões dessas não são, na maior parte das ocorrências, reconhecidos ou traduzidos para o discurso dominante (MUNIZ, 2012), o que resulta em um distanciamento acentuado entre os dois principais envolvidos no atendimento.

Faúndes (*apud* MUNIZ, 2012) realizou um estudo em que fez um contraste entre a opinião de médicos e pacientes em relação à preferência da via de parto. Como resultado, percebeu que o que os médicos dizem perceber como sendo a vontade das mulheres e o que elas próprias manifestam como via preferencial de parto, bem como os motivos pela escolha das vias informadas foram distintos:

² As diretrizes da OMS que orientam a atenção à mulher no parto e nascimento têm como pilar a Medicina Baseada em Evidências. Para a elaboração das recomendações ao atendimento no parto considerado de baixo risco, a organização levou em conta as evidências científicas encontradas na avaliação da segurança e eficácia das intervenções comumente utilizadas no parto, ressaltando a valorização e o respeito ao processo fisiológico (MUNIZ, 2012).

O movimento por práticas de saúde baseadas em evidências se pauta na noção de que todo conhecimento é enviesado e, por essa razão, as vieses na produção desse conhecimento deve ser controlado. Assim, deve-se atentar para uma mudança de paradigma, de forma que o cuidado médico deve estar centrado nas necessidades do sujeito – no caso do parto, da parturiente.

É exemplo de intervenção desnecessária não comprovada por evidência científica a episiotomia de rotina, conforme trabalhos de OLIVEIRA e MIQUILINI, 2005; MATTAR et al, 2007; AMORIM et al, 2008; CARVALHO et al, 2010, em que foi constatado que, além de provocar maior perda sangüínea, não previne posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos aumentá-los. Em estudo prospectivo realizado na Suécia encontrou-se taxa de infecção significativamente mais elevada no grupo de mulheres submetidas à episiotomia, comparadas às que tiveram laceração espontânea.

enquanto a maior parte dos médicos relataram que as mulheres têm preferência pelo parto cesáreo, as mulheres, em sua maioria, relataram preferência pelo parto vaginal.

Ainda hoje, são os profissionais da saúde, em especial o médico, que decidem acerca do que deve ou não ser feito no momento do parto, a despeito da vontade e escolha das mulheres, contrariando disposições importantes da bioética, defendidos, inclusive, por instrumentos normativos internacionais, como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos³, segundo a qual deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões quando estes possam ser responsáveis por essas decisões e elas respeitem a autonomia dos demais. A referida Declaração dispõe, ainda, que qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada.

Assim, se a intervenção é desnecessária, deve haver o livre consentimento da mulher e não a mera informação de que o procedimento será realizado.

O parto intervencionista e medicalizado é um dos aspectos da nova concepção biologistica da reprodução humana e da saúde humana em geral, e a obstetrícia o campo no qual se observa de forma evidente a subordinação das mulheres ao saber médico, ou seja, ao conjunto de práticas e saberes tendentes a regular e a controlar a experiência da maternidade e é vista como um tipo de violência específico: violência obstétrica.

Carla Andreucci Polido, obstetra e professora da UFSCar, define a violência obstétrica da seguinte maneira:

É quando você transforma um processo fisiológico do parto em um evento medicalizado, em um evento médico, institucional. É quando você ultrapassa as recomendações científicas para a assistência ao pré-natal e ao parto através do uso abusivo da tecnologia em desrespeito ao processo fisiológico.

3 A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos foi adotada pela UNESCO e trata das questões éticas suscitadas pela medicina, ciências da vida e tecnologias e sua aplicação aos seres humanos. Ela foi adotada por aclamação pela unanimidade dos 191 Estados-membros da Organização em 19 de outubro de 2005, na ocasião de sua 33ª Conferência Geral.

Vislumbra-se a violência obstétrica, ainda, quando se impede que a mulher, assistida pelo médico, opine ou decida sobre os procedimentos a serem adotados sobre seu próprio corpo; quando se impede ou se retarda, desnecessariamente, o contato da mãe com seu filho logo após o parto ou quando se impede ou se dificulta o aleitamento materno logo na primeira hora de vida ou, ainda, quando, por mera conveniência da instituição hospitalar, impede-se o alojamento conjunto de mãe e filho levando o bebê para o berçário sem que haja necessidade médica.

Para Muniz (2012), configura-se como tal a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres no atendimento nas instituições, assim como o desrespeito à autonomia da mulher.

A violência obstétrica, por não ter uma definição precisa, por vezes é relacionada exclusivamente com a experiência do parto. Contudo, é importante notar que ela abrange todos os outros domínios da saúde sexual e reprodutiva, como a anticoncepcional, o planejamento familiar, o aborto e a menopausa. (BELLI, 2013)

Andréa Dip, jornalista e vítima de violência obstétrica, faz um relato da sua experiência no atendimento médico no momento do trabalho de parto e parto de seu filho. Destaco parte desse relato (Anexo 1) por entender ser bem ilustrativo a respeito.

1.2 Principais formas de violência obstétrica

Simone Diniz, formada em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) e participante da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”⁴, ressalta que a situação enfrentada pelas mulheres no setor público é pior, mas que “é preciso levar em conta que no setor privado, 70% das mulheres nem entra em trabalho de parto, vão direto para cesarianas eletivas”.

4 Maior e mais e minucioso panorama realizado no país sobre o tema, feito pela Fiocruz em parceria com o Ministério da Saúde – ainda sem data para lançamento, mas cujo resultado foi adiantado em maio de 2014 em uma coletiva de imprensa no Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 23.894 mil mulheres atendidas em maternidades públicas, privadas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram coletados entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012 em 266 hospitais de 191 municípios. Além das capitais (todas foram incluídas), cidades do interior de todos os Estados participaram da pesquisa.

A pesquisadora explica o motivo pelo qual a imposição de uma cesariana desnecessária também tem sido vista pelos pesquisadores e pelas próprias mulheres como uma forma de violência: é que, além de ser um procedimento invasivo, a cesariana oferece mais riscos a curto e longo prazo para a mãe e o bebê, ao contrário do que popularmente se supõe. Em suas palavras:

“Hoje nós sabemos que existe muito mais segurança nos partos fisiológicos do que nas cesáreas. Não tenha dúvidas de que elas são um recurso importante que salva vidas quando realmente necessárias. Mas no parto fisiológico o bebê tem menor chance de ir para uma UTI neonatal, de ter problemas respiratórios, metabólicos, infecções, tem o melhor prognóstico de todos”. (apud DIP, 2013)

Ela acrescenta:

“O bebê nasce estéril e à medida que ele entra em contato com as bactérias da vagina durante o parto, é colonizado por elas e isso fará com que ele desenvolva um sistema imune muito mais saudável do que se nascer de cesárea e for contaminado por bactérias hospitalares. Esse é conhecimento recente, mas já saíram pesquisas sobre risco diferenciado de asma, diabete, obesidade e uma série de doenças crônicas”. (apud DIP, 2013)

O risco diferenciado de asma em crianças que tiveram nascimento por parto cesáreo, por exemplo, foi apresentado em estudo de Tollånes *et al* (2008), feito a partir de um corte da base populacional de 1.756.700 de nascimentos apontados no Registro Médico de Nascimentos da Noruega entre 1967 e 1998. Foram considerados para o estudo aqueles que, no ano de 2002, tinham 18 anos ou mais e comparados àqueles que tinham registros no Sistema Nacional de Seguros (que oferece benefícios em dinheiro para famílias de crianças com doenças crônicas graves), objetivando observar quais tinham registro de problemas respiratórios e qual foi o tipo de parto em que nasceram, a fim de verificar possível correlação.

O resultado foi a verificação de que as crianças que nasceram por parto cesáreo tiveram um risco 52% maior em relação aos que tiveram parto vaginal de ter asma.

Os pesquisadores justificam essa maior incidência de asma em crianças que nasceram de parto cesáreo de pelo menos duas formas: a primeira hipótese é a de que a criança estéril, ao nascer por cesariana, é colonizada por bactérias do

ambiente hospitalar e da pele, e não por bactérias maternas do canal do parto e do períneo – que seriam vantajosas para ajudar o bebê a produzir os anticorpos necessários nesse primeiro momento. Eles argumentam que a flora intestinal tem um impacto significativo sobre a estimulação da maturação e o sistema imunológico do lactente (Kalliomäki H, Isolauri E., *apud* TOLLÁNES et al, 2012) e que a sua composição varia de acordo com o tipo de parto (Salminen S, Gibson GR, McCartney AL, Isolauri E., *apud* TOLLÁNES et al, 2012) Assim, a colonização inicial com os micróbios "erradas" possivelmente pode ter efeitos nefastos a longo prazo sobre o sistema imunológico, desencadeando doenças de asma e de outras doenças atópicas. A segunda hipótese é a de que o bebê, por não nascer a partir das contrações vaginais da mãe, teria maior dificuldade de respirar. Alguns estudos (Kolås T, Saugstad S, Daltveit A, S Nilsen, Oian P., *apud* TOLLÁNEA et al, 2012) já apontam para uma associação de um risco aumentado de síndrome da angústia respiratória e taquipnéia transitória do recém-nascido em parto cesáreos.

Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2010, 81,83% dos partos que ocorreram via convênios médicos, se deram por cesarianas. Em 2011, o número aumentou para 83,8%. Em alguns casos, como no Santa Joana, hospital particular de São Paulo, 93,18% dos partos no primeiro trimestre de 2009 foram cesarianos, segundo o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC). Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil” (2014) constatou, nos hospitais privados, 88% dos bebês nascem por cirurgia.

As opiniões quanto ao grande número de partos cesarianos são diversas entre os profissionais da saúde. Silvana Morandini, médica obstetra representante do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), credita o grande número de cesarianas à conduta defensiva dos médicos, que optam por essa modalidade por “medo de dar errado”. Para Silvana, “a medicina defensiva está indicando mais a cesárea. Se o bebê tem circular de cordão no pescoço, se é um feto muito grande, se tem placenta marginal, qualquer diagnóstico que possa dar problema, aumenta a prescrição”.

Ela acredita, ainda, que o grande número de cesáreas é cultural, já que “a mulher brasileira tem a ideia de que com o parto vaginal vai ficar com o períneo mais flácido”.

Esse medo de ter a vagina “alargada” e de não poder dar satisfação sexual a seu companheiro, aliás, faz com que muitos médicos, após o corte da episiotomia, façam um ponto extra, o que se chama de “ponto do marido”, que, como explica a Hotimsky (CORREIOWEB, 2013),

[...] significa um ponto que é dado durante a episiorrafia (costura da episiotomia) para “apertar” a abertura da vagina um pouco mais do que estava antes de fazer o corte. É assim chamado, pois se baseia na crença, sem qualquer fundamentação científica, que a vagina se alargaria com a gestação e o parto e que, deixando-a mais apertada com este ponto, a vida sexual seria mais satisfatória para os homens.

Diniz (*apud* MUNIZ, 2012) acrescenta, a esse respeito:

Crenças da cultura sexual não raro são tidas como explicações “científicas” sobre o corpo, a parturição e a sexualidade, e se refletem na imposição de sofrimentos e riscos desnecessários, nas intervenções danosas à integridade genital.

A respeito dos partos cesarianos, o obstetra especialista em parto humanizado Jorge Kuhn (*apud* DIP, 2013) argumenta que

“a grande culpada pelo boom de cesarianas foi a mudança do modelo obstétrico. Antigamente o modelo era centrado na obstetriz. O médico era chamado nos casos de complicação. A transformação do parto domiciliar em hospitalar, na década de 1970, aumentou a incidência de cesarianas. É lógico que esse índice também cresceu por outras razões, como gravidez múltipla, idade avançada e riscos reais”.

1.3 Privilegiando os interesses dos médicos e hospitais em detrimento dos interesses das mulheres

Kuhn (*apud* DIP, 2013) explica que outro fator importante foi a entrada dos convênios médicos nos planos de parto. Diz ele:

“Eles perceberam que para vender planos de saúde, um bom argumento era o de que a mulher faria o pré-natal com o mesmo médico que faria o parto, e isso é a maior cilada. Porque o médico prefere ficar no consultório a sair para ganhar tão pouco. Dizem que a mulher escolhe a cesariana, mas o parto normal é desconstruído no consultório consulta a consulta. Frases como ‘nossa, mas esse bebê está crescendo muito’ dão a conotação subliminar de que a mulher não poderá ter parto normal. Circular de cordão, bacia estreita, feto grande, feto pequeno, pouco líquido, muito líquido, pressão arterial alta, diabetes, nada disso

é indicação de cesariana. Foi se criando o conceito de que o corpo da mulher é defeituoso e requer assistência. Que ela precisa ser cortada em cima ou embaixo para poder parir”.

Outro profissional da área (um médico obstetra com 15 anos de formação, que atende a convênios e preferiu ter sua identidade preservada) explica que o valor pago pelos convênios é irrisório e que não é atrativo para o profissional, já que recebe cerca de 300 reais por parto, tendo de largar o consultório cheio ou sair de casa de madrugada para passar uma dezena de horas acompanhando um parto normal. Diz ele:

“Eu digo para as minhas pacientes logo nas primeiras consultas que se elas optarem por marcar uma cesariana eu farei, mas se optarem por um parto normal, vão ter com plantonista”. (DIP, 2013)

Complementa, ainda, narrando o procedimento adotado pelo profissional na hora do parto:

“No hospital particular, eu acho que acontece o real parto humanizado. Porque tem uma assistência muito maior. Com 5 para 6 cm de dilatação a gente instala a anestesia, aí a paciente já não sente dor, faz a tricotomia (raspagem dos pêlos), porque é mais higiênico, rompe a bolsa, acelera o trabalho de parto.” (DIP, 2013)

O médico Jorge Kuhn menciona, ademais, que, para o hospital, também é mais lucrativo e conveniente que sejam realizadas cesarianas, pois, dessa forma, eles conseguem se programar antecipadamente, sabem quais são os recursos humanos e materiais que devem dispor em cada dia, inclusive em feriados. Além disso, fazer uma cesariana quando a mulher já está em trabalho de parto resulta em um custo maior para o hospital. Kuhn comenta a resposta obtida ao perguntar a um gestor quanto custava ao hospital os partos normais que ali realizava: “Ele disse que o problema é quando meus partos normais viravam cesáreas, porque já tinha gasto tempo e material naquele parto e gastava com a cirurgia”. (*apud* DIP, 2013)

É importante notar, assim, que o parto cesáreo é uma opção não apenas dos médicos, mas, também, dos hospitais, especialmente os particulares. Isso porque, além da comodidade, o lucro ao realizar esse procedimento é maior, pois, quanto mais complicado for o parto, mais recursos o hospital terá e mais poderá repassar

esses custos à mulher, aumentando, com isso, seu lucro. Afinal, em um parto cesáreo se gasta com anestesia, cirurgia, drogas, antibióticos, compressas, equipamento, equipe de enfermagem.

Apesar de o governo federal ter lançado, em 2011, a Rede Cegonha (que tem como objetivo humanizar o parto e criar casas de parto normal integradas ao SUS), ainda são poucas as opções. Com pouca ou nenhuma divulgação, em muitas dessas unidades sobram leitos.

Simone Diniz comenta:

“As pesquisas indicam que entrar em trabalho de parto aumenta muito o risco de você sofrer violência. É muito interessante o grau de hostilização da mulher em trabalho de parto. No setor privado, acham o fim da picada que aquela mulher queira dar trabalho para eles. Uma mulher contou que, como insistiu muito com o médico que queria parto normal, ele indicou um psicólogo dizendo que ela tinha traços masoquistas!”. (DIP, 2013)

Para Maria do Carmo Leal, coordenadora do estudo Nascer no Brasil, “não há justificativas clínicas para um percentual tão elevado no Brasil. [...]. Essas cirurgias expõem as mulheres e os bebês a riscos desnecessários e aumentam os gastos com saúde”.

A pesquisa mostrou que, embora quase 70% das entrevistadas desejassem ter um parto vaginal no início da gravidez, poucas tiveram apoio à decisão no decorrer da gestação. A mudança, contudo, não se deu pelo surgimento de problemas ou complicações – ao menos não na maior parte dos casos.

O principal motivo apontado pelas entrevistadas que escolheram a cesariana desde o início foi o medo da dor. Para Maria do Carmo, “Isso ocorre porque o parto normal oferecido no Brasil ainda é muito ruim”.

Como contraste à forma em que o parto normal se dá no Brasil, podemos observar como o mesmo ocorre no Reino Unido, país reconhecido pelo incentivo ao parto normal: lá, as mulheres ficam livres durante o trabalho de parto, são estimuladas a andar, se quiserem e se sentirem confortáveis para isso, podem subir e descer escadas, recebem massagens e entram numa banheira. A pesquisadora e coordenadora do estudo “Nascer no Brasil” Maria do Carmo Leal comenta como ocorre no Brasil esse parto: “[...] colocam um cateter na veia com oxitocina

(hormônio que acelera o nascimento) e deixam a pessoa deitada” (SEGATTO, 2013).

O agendamento do parto para que ele se dê antes do trabalho de parto, procedimento, como visto, muito comum nos hospitais privados, leva, ainda, à elevada proporção de bebês no limite da prematuridade. O estudo feito pela Fiocruz (2014) mostra que 35% das crianças nasceram com 37 ou 38 semanas de gestação. Embora não sejam mais consideradas prematuras pela OMS, reconhece-se que poderiam ganhar mais peso e maturidade caso chegassem a 39 semanas ou mais de gestação, já que as últimas semanas da vida intrauterina são dedicadas ao trabalho de acabamento mais fino. Ou seja, é quanto a pele é preparada para se adaptar à pressão atmosférica, os pulmões adquirem a capacidade de abrir e a tolerância ao barulho e à luz se desenvolve.

Como na maior parte das vezes esses bebês nascem sem nenhuma complicação grave aparente, têm-se a falsa impressão de que nascer antes de 39 semanas não traz nenhum impacto negativo à criança. Contudo, alguns estudos (PENALVA, SCHWARTZMAN, 2006) demonstram que, nos primeiros dias de vida, é mais frequente que essas crianças sejam internadas em UTIs, levando à conclusão de que essa prática eleva o risco de complicações e morte.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), órgão fomentador e agregador de pesquisas em âmbito mundial, desaconselha que sejam feitas intervenções obstétricas desnecessárias por considerá-las um fator de risco tanto para a mãe como para o bebê, embora sejam, ainda, praticadas de forma rotineira no momento do parto, como é observável a partir da pesquisa de Gomes (2008), em que muitas mulheres vivenciam seus partos com estas intervenções, com ofensas, dor e humilhação.

Diante de um contexto de desatenção à saúde materno-infantil no país e apesar das dificuldades encontradas em sua efetivação, o Programa de Humanização do Sistema Único de Saúde (2000), que trata do Pré-natal e Nascimento e apresenta políticas baseadas nas diretrizes da OMS de reconhecimento da autonomia e dos direitos humanos, deve ser considerado como uma conquista.

O atual modelo de assistência obstétrica no Brasil é caracterizado por excesso de intervenção do parto (MOURA, 2007), que é facilmente perceptível diante dos altos índices de cesariana no Brasil e das intervenções desnecessárias em partos ditos “normais” – intervenções que, inclusive, carecem de evidências científicas e que são desaconselhadas pela OMS por causarem iatrogenias graves⁵ (DINIZ, *apud* MUNIZ, 2012).

As diretrizes expedidas pela OMS com o intuito de orientar os profissionais da saúde quanto à atenção à mulher no trabalho de parto e parto tem como sustentáculo a Medicina Baseada em Evidências, que é a avaliação da segurança e eficácia das intervenções comumente utilizadas no parto. Foi, a partir dessa Medicina, em que é ressaltada a valorização e o respeito ao processo fisiológico que foi produzido o documento Maternidade Segura (1996), onde constam recomendações ao atendimento no parto de baixo risco. O movimento por práticas de saúde baseadas em evidências teve início na noção de que todo conhecimento, inclusive aquele que se sustenta pela alcunha de científico, é enviesado e, por isso, deve-se controlar os vieses na sua produção (DINIZ, *apud* MUNIZ, 2012).

Assim, segundo as orientações da OMS (*op. cit.*), para que haja uma intervenção no corpo da mulher do momento do parto é necessário que esteja presente motivo relevante⁶, que esteja ligado a complicações futuras na saúde da mulher ou do bebê. As diretrizes da OMS defendem que deve ser respeitado o processo natural-fisiológico do parto.

Embora seja essencial reconhecer os benefícios e avanços que a medicina obstetrícia conquistou, é igualmente essencial questionar a respeito da necessidade de uso recorrente de práticas tidas como facilitadoras (para o médico) e às práticas de rotina adotadas no momento do parto que, aplicadas de forma sistemática, mecanicista e medicalizada, adquirem um caráter negativo, sendo interpretados pelas mulheres, muitas vezes, como uma situação de violência.

5 Iatrogenias são doenças, efeitos adversos ou complicações causadas em decorrência de tratamento médico

6 São indicações absolutas de cesáreas os seguintes casos: bebê transverso durante o trabalho de parto, ruptura de vasa praevia, prolapso de cordão com dilatação não completa, placenta prévia, herpes genital com lesão ativa no trabalho de parto e descolamento de placenta.

2 Reconhecendo a existência da violência obstétrica

2.1 Violência como resultado de uma percepção individual

A violência obstétrica não é, com frequência, vista como tal, seja em razão de sua camuflagem de “normalidade”, seja pelo fato de ela estar já banalizada.

Em pesquisa recente realizada em maternidades públicas no município de São Paulo acerca da violência institucional/obstétrica e sob o ponto de vista das usuárias do serviço de saúde, Aguiar e D'Oliveira (*apud* MUNIZ, 2012) constataram que a maior parte das mulheres pacientes já tinha vivenciado alguma experiência de descaso e desrespeito e que algumas já esperavam sofrer algum tipo de maltrato antes mesmo de ter sido realizado o atendimento.

Diante da trivialidade da violência no atendimento à mulher no trabalho de parto ou parto, é fundamental que o assunto seja abordado e que a discussão chegue às mulheres que têm seus direitos violados a fim de que elas próprias tenham condições de identificar a ocorrência da violência obstétrica e impedi-la ou denunciá-la, evitando, assim, que essa ocorra futuramente com outras usuárias do sistema.

É necessário, porém, que as discussões que são feitas nos ambientes acadêmicos (como na presente monografia) ou no âmbito jurídico sejam estendidas e traduzidas para as mulheres que vivenciam a desigualdade em sua vida cotidiana e se encontram, quase sempre, distantes da produção desse discurso. Com isso, o conhecimento produzido não seria destinado apenas à elite acadêmica, mas incluiria, também, as próprias mulheres, contribuindo, então, para que ocorresse a transformação social.

Para isso, é essencial que elas tenham a chance de se expressar e de falar e serem ouvidas nos seus próprios termos acerca de suas experiências.

2.2 Conscientizando a sociedade acerca da existência da violência obstétrica

O Ministério Público e a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, ao distribuir cartilhas e promover atividades de orientação jurídica e debates sobre o tema da violência obstétrica⁷, buscaram conscientizar a sociedade quanto à existência de uma nova forma de violência, a fim de que as vítimas pudessem identificar caso essas fossem cometidas contra elas e tivessem conhecimento, também, de seus direitos, de forma a poder reivindicá-los quando ameaçados.

No estado de São Paulo as denúncias a esse tipo de violência começaram a surgir recentemente. Em 2013 o Ministério Público Federal (MPF) não recebeu nenhuma queixa. Em 2014, até o mês de abril foram registradas 15.

Assim como outras formas de violência – entre as quais a violência contra a mulher (REZENDE, 2013; SIMIÃO, 2005) –, essa forma de violência permaneceu, por muito tempo, invisível.

Segundo relatos do MPF, são comuns casos de gestantes que foram amarradas e obrigadas a permanecer deitadas, sem o mínimo de liberdade para se movimentar a fim de encontrar a posição mais confortável para dar à luz seu filho, o que amplia o desconforto advindo das contrações, embora seja cientificamente comprovado que, para minimizar os incômodos das contrações, a mulher deve se movimentar e ficar na posição que se sinta mais confortável para parir. Ademais, as mulheres atendidas durante o trabalho de parto não são, muitas vezes, hidratadas ou alimentadas.

Há diversas causas a serem apontadas, preliminarmente, que justificam o silêncio das mulheres que sofrem esse tipo de violência. A primeira delas, e a que parece explicar de forma mais eficaz o aumento vertiginoso do número de denúncias ao Ministério Público do estado de São Paulo apresentado anteriormente, é a falta de informação e de percepção do seu direito. Assim, é recorrente⁸ a fala de mulheres agredidas de que, apesar de ter se sentido de alguma forma diminuída e

7 Esses eventos foram organizados pelo Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e pela Ong Artemis e realizados como uma celebração ao Dia da Mulher no dia 10 de março de 2014 em locais de grande circulação, como no Centro da cidade, na Av. Liberdade e na Linha 2 do Metrô, entre outros locais – inclusive no interior do estado.

8 “Embora reconhecessem que se sentiam mal e humilhadas, consideravam que isso era habitual e que não podiam decidir nada, nem se queixar porque depois teriam que retornar ao mesmo local e se encontrar com o mesma equipe” (BELLI, 2013, p. 32);

tenha sofrido um mal estar durante o trabalho de parto, o parto ou o pós-parto, elas entendem que os comportamentos adotados estão dentro da normalidade.

2.3 Reconhecimento da posição de vítima

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) demonstrou que 12% das mulheres entrevistadas percebiam terem sido vítimas de violência obstétrica (quando indagadas diretamente se teriam sofrido maus tratos no atendimento ao parto), embora um número maior de mulheres tenha respondido afirmativamente (25%) quando estas mesmas mulheres tiveram de responder a perguntas detalhadas, com a descrição de formas de abuso sofrido.

Ana Paula Meirelles, coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, da Defensoria Pública do estado de São Paulo, ressalta a problemática da situação brasileira, ao afirmar que “o Brasil é o país que mais faz cesáreas. Nos outros países existem as casas de parto porque o nascimento não é algo que tenha que ser medicado a não ser que a mulher tenha algum problema, ou uma gravidez de risco”. Ana Paula afirma, ainda, que as casas de parto não são oferecidas no país, o que geraria problemas, desgastando a mulher em um processo de parto em hospitais, com profissionais despreparados para um atendimento humanizado.

Ana Paula afirma que a intenção da Defensoria Pública do estado de São Paulo não é de processar ninguém, mas de incentivar a mulher a fornecer informações acerca da violência sofrida, de forma que seja possível sensibilizar, a partir das informações coletadas, a sociedade como um todo e, em especial, a mulher e os profissionais atuantes no parto.

Foi a partir da divulgação do material distribuído pelo MPF (em forma de cartilhas em que expunham os direitos que as mulheres possuem durante sua gestação, no trabalho de parto e no parto) que muitas mulheres tiveram contato com seus direitos e, a partir daí, passaram a fazer denúncias quanto às práticas violadoras desses direitos.

Essas questões, que antes eram invisíveis aos olhos das mulheres, dos médicos e dos envolvidos em geral, uma vez desveladas, demonstram uma

realidade cotidiana que fere princípios dos direitos das mulheres e dos direitos humanos.

As mortes maternas, ocorridas, na maior parte das vezes, por causas evitáveis (LEAL, *apud* MUNIZ, 2012) surgem como uma marca extrema da violência.

Outro fator que se soma ao silêncio das pacientes violentadas é que grande parte das mulheres vítimas fazem uso de serviços de saúde públicos e gratuitos e consideram que serem submetidas a tratamentos pouco amáveis é parte inerente a fazer uso desse sistema. Assim, esses tratamentos, já naturalizados, dificultam que as mulheres façam denúncias e reclamem por seus direitos, quando os conhecem (BELLI, 2013).

O desconhecimento quanto aos direitos das gestantes e parturientes, ressalte-se, se dá também em relação aos profissionais da saúde, que, com frequência, sequer se questionam acerca da legitimidade de suas práticas. (INSGENAR, *apud* BELLI, 2013).

Quando se fala em violência, supõe-se, com frequência, que deve estar presente a agressão física. Contudo, esse não é um elemento imprescindível para sua caracterização. A violência obstétrica, por exemplo, compõe-se de elementos prejudiciais mais à estabilidade emocional da gestante. São exemplos desse tipo de violência o ato de pressionar a gestante a se submeter ao parto cesariano, de submeter a gestante a uma aceleração do parto sem necessidade, de negar acompanhante à gestante na hora do parto, de separar por horas a mãe do bebê recém-nascido, entre outros.

O apoio emocional de um acompanhante de confiança da parturiente – e feito à sua escolha – é importante para que a mulher possa suportar a dor e tensão. Por essa razão, é importante que os médicos e demais profissionais da saúde estejam sensibilizados quanto à relevância da presença do acompanhante no decorrer do trabalho de parto, assim como precisam ter preparação suficiente para que consigam executar suas tarefas na presença do acompanhante, informando-o – assim como à parturiente – acerca da evolução do nascimento e das condutas que vierem a realizar. Parecem atitudes simples, e de fato o são, mas as consequências são enormes, e se mostram bastantes eficazes, na medida em que podem influenciar positivamente a realidade da assistência da mãe e seu conceito, já que

as mulheres atendidas teriam um auxílio emocional frente à dificuldade de estarem, em um momento de nervosismo, separadas da família, em um ambiente estranho e na companhia de pessoas estressadas, tudo isso somado, ainda, ao uso de procedimentos invasivos que causam dor, desconforto e solidão.

Em outro trabalho (REZENDE, 2013) foi observado que “a violência não é [...] um conceito auto-evidente, mas depende do sentido atribuído pelas partes, que está em profunda relação com a expectativa de tratamento devido”.

Esta perspectiva permite identificar transformações na forma como o sentido partilhado da dor pode produzir maior ou menor indignação social. Assim, embora o ato não seja diverso, o sentido dado a ele, sim, o que fez com que também suas consequências sejam diferentes.

Esse é um importante aspecto discutido por L. Cardoso de Oliveira (2005), que argumenta não ser adequado classificar como violência atos de agressão que não contenham um componente moral. Para tanto, Cardoso de Oliveira argumenta que, embora a agressão moral tenha um caráter eminentemente simbólico, sendo uma agressão objetiva a direitos que não pode ser adequadamente traduzida em evidências materiais, teria uma efetividade enquanto expressão de violência muito mais palpável do que uma agressão física em sentido estrito. Isso porque o insulto implicaria sempre em uma desvalorização ou negação da identidade do interlocutor.

Cardoso de Oliveira (2005) acrescenta que a dimensão moral está, sempre, associada a sentimentos, cuja expressão desempenha um papel importante em sua visibilidade. Assim, a atitude percebida como um ato de desconsideração provoca o ressentimento ou a indignação do interlocutor, essenciais para que haja a percepção do insulto.

Diante dessa problemática, Cardoso de Oliveira (2011) se preocupa com as concepções de igualdade, demonstrando como as agressões se dão em função da negação radical da dignidade dos agredidos. Ele também nos demonstra como, no plano da cidadania, qualquer ameaça ao status igualitário do ator pode ser vivida como uma ofensa.

Para que a mulher agredida entenda a sanção como importante é necessário que o caráter normativamente incorreto e merecedor de sanção social negativa seja internalizado por ela, além de que sua identidade de pessoa moral, digna de estima

e consideração, seja resgatada, vez que as agressões arbitrárias vivenciadas por ela produziram um campo de significação que impuseram uma negação do “eu” ou da *persona* da vítima.

Cardoso de Oliveira (2011) acentua a importância da dimensão moral quando caracteriza a consideração e o reconhecimento como direitos humanos que não podem, muitas vezes, ser adequadamente contemplados pela via judicial.

Aquilo que aparece sob o rótulo de violência, portanto, não pode ser entendido como tal quando não é combinado com o componente moral, vez que as próprias vítimas não enxergam como agressão o ato que, ainda que deixe marcas físicas, não sejam intencionais ou que não tenham a intenção de desvalorizá-las enquanto sujeito.

A noção de violência, assim como os mais variados aspectos da vida em sociedade, é construída, significada e constantemente reinventada conforme as relações sociais se constroem. Há, em uma mesma sociedade, diferentes maneiras de se resolver um conflito, de se relacionar diante de um atrito, de sentir a justiça, de significar direitos individuais e coletivos, de entender o papel dos indivíduos, do Estado e de suas instituições.

Assim é que a violência obstétrica, entendida como um ato violento, e não como uma medida necessária – ato tido como normal e tolerável –, passa, obrigatoriamente, por um filtro social. Por essa razão é que entendemos que aquilo que é identificado como violência obstétrica deve ser verificado a partir do ponto de vista dos envolvidos, a fim de observar o aspecto moral e, portanto, a existência, ou não, da violência, ainda que presentes marcas físicas de agressões.

Uma lei que se proponha a resolver as violências sofridas pelas mulheres no ambiente hospitalar no (pré/pós) parto auxiliaria a dar maior visibilidade à violência obstétrica, gerando maiores questionamentos acerca dela e, com isso, favorecendo seu reconhecimento tanto pelas vítimas quanto pelos praticantes e favorecendo o seu enfrentamento.

2.4 Apoderamento do conhecimento da prática e dos direitos de que dispõem

Embora não haja uma diferença significativa no número de percepções entre a violência percebida na rede pública e na particular⁹ (PERSEU ABRAMO, 2010), verificou-se que há diferença expressiva em relação às percepções de negligência de acordo com a escolaridade das mulheres, o que pode ser explicado em função da maior expectativa quanto a informações de seus médicos e profissionais da saúde em relação aos procedimentos que serão realizados em mulheres cujo grau de instrução escolar é maior (VENTURINI *et al.* 2010).

A violência obstétrica que ocorre nos hospitais públicos se dá, principalmente, pelo fato de os profissionais terem uma demanda maior de atendimentos por dia e uma contraprestação financeira não tão vantajosa quanto aqueles que atendem de forma particular (VENTURINI *et al.*, 2010). Assim, é essencial que haja a superação da pobreza e a tomada de consciência das mulheres, em especial das atendidas pelo SUS, a fim de aumentar seu poder social, político e psicológico.

Caso as mulheres se apoderarem do conhecimento acerca da problemática que as envolve e dos direitos que elas possuem, é que elas terão condições de conquistar sua cidadania e de exercê-la plenamente, além de conquistar capacidade de usar seus recursos econômicos, sociais, políticos e culturais de forma a garantir que atuem com responsabilidade no espaço público em defesa de seus direitos, influenciando as ações dos governos na distribuição dos serviços e recursos (LISBOA, *apud* PASCHOAL, 2008).

Mendoza-Sassi (*apud* PASCHOAL, 2008) sustenta que há evidências quanto à necessidade de intensificar o processo educativo entre as gestantes, permitindo que o atendimento no pré-natal e no parto seja mais adequado e difundido. O autor acrescenta que essas ações tendem a diminuir a assimetria na relação gestante-serviço de saúde e que, com isso, a qualidade da atenção melhoraria e causaria, conseqüentemente, impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil, em especial no período perinatal.

Moura (2007, p. 455) ressalta que:

[...] nas últimas décadas, tem emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma

⁹ Pois, como já desenvolvido, a imposição de um parto vaginal sem grandes complicações em um cesáreo é também uma forma de violência obstétrica e, nos hospitais particulares, o índice é de 88%.

assistência humanizada e holística em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento.

Contudo, é fundamental que a equipe médica, visando adequada atenção obstétrica, seja capacitada e sensibilizada a fim de que consigam trabalhar em conjunto e superar conflitos. Assim, os desejos das mulheres acolhidas no serviço poderão ser adequadamente respeitados.

Cabe aos gestores, profissionais de saúde e comunidade reivindicarem a implantação das políticas públicas destinadas ao adequado atendimento à mulher, garantindo que este ocorra de forma mais humanizada nesse momento que é um dos quais ela se encontra mais vulnerável e carente de apoio emocional.

3 Enfrentando a violência obstétrica

3.1 Enfrentamento da violência pelo Estado

No campo da violência são perceptíveis tensões em, pelo menos, três planos de análise social, quais sejam: nas relações entre indivíduos, grupos e instituições sociais; nas relações entre sociedade civil, poder político e estado; nas relações entre processos sociais, estilos de vida e o mundo das representações simbólicas (ADORNO, 2014). Para compreender a violência – qualquer que seja ela –, deve-se entender suas conexões com direitos, justiça, cidadania, estado de direito, direitos humanos e, com isso, colocar em evidência sua presença e efeitos, bem como seus desafios.

A sociedade moderna e o Estado democrático são resultados da transição do feudalismo para o capitalismo, ocorrida entre os séculos XV e XVIII na Europa Ocidental e, especialmente, no final do século XVIII, quando a dissolução do mundo social e intelectual da Idade Média se acelerou no que ficou conhecido como a “Era das Revoluções” (Hobsbawn, 1977; NISBET, 1977, *apud* ADORNO, 2014).

Foi nesse contexto que o Estado de Direito passou a cumprir papel decisivo na pacificação da sociedade, já que

*o Estado moderno constituiu-se como centro que detém o monopólio quer da soberania jurídico-política quer da violência física legítima, processo que resultou na progressiva extinção dos diversos núcleos beligerantes que caracterizavam a fragmentação do poder na Idade Média (Weber, 1970; Bobbio, 1984, *apud* ADORNO).*

Contudo, o fato de os meios de realização da violência física considerada legítima estarem concentrados nas mãos do Estado não foi, por si só, condição bastante para assegurar a pacificação dos costumes e hábitos enraizados na sociedade há séculos. Surgiu a necessidade, portanto, de um direito positivo voltado a restringir e regular o uso da força e da violência legítima pelo Estado, bem como para mediar os contenciosos dos indivíduos entre si.

A eficácia dessa pacificação está relacionada ao grau de auto-contenção dos indivíduos, ou seja, à obediência voluntária dos indivíduos às normas de convivência

impostas e à capacidade coatora do Estado em relação àqueles que descumprem o direito (Elias, *apud* ADORNO, 2014).

Weber, a partir da concepção kantiana de Estado¹⁰, identifica o Estado com o monopólio da violência. A violência por parte do Estado é legítima, então, porque é autorizada pela lei. Dessa forma, a violência – entendida, segundo a concepção Ocidental, como aquilo que pode constranger ou restringir a absoluta autonomia do indivíduo –, quando praticada por qualquer outro grupo ou indivíduo, tende a não ser reconhecida como legítima, a não ser nos casos em que o Estado a tolere. O Estado, portanto, não é apenas o único com direito ao recurso à violência (destaque-se, contudo, que o monopólio estatal da violência não significa seu uso irrestrito), mas é, também, a única fonte do “direito à violência”, ou seja, o único que detém o poder de prescrever e interditar a violência (ADORNO, 2014).

Há basicamente duas formas de lidar com a temática de violência praticada por indivíduos ou grupos não legitimados para tal: a primeira, com enfoque em representações religiosas e morais, propõe um endurecimento na aplicação de leis já existentes ou na confecção de leis mais duras, com penas mais severas. Essas medidas, contudo, têm demonstrado não serem estáveis e eficientes, além de tenderem a deixar de lado os direitos humanos. A segunda forma de lidar com a violência tem sido considerá-la como um produto de problemas e construções sociais que, se não forem resolvidos em sua estrutura, não terão efeitos duradouros.

Esse trabalho segue a segunda vertente, embora com a percepção de que essa mudança de concepção da violência somente pode mostrar resultados a médio ou longo prazo, o que, por vezes, impossibilita a sua implementação – a dificuldade advém, especialmente, de setores conservadores, que reagem às políticas públicas identificadas com a proteção dos direitos humanos e que clamam por mais e maior punição.

3.2 Função da norma jurídica

10 O Estado, para Kant, é a unificação e submissão dos homens a leis jurídicas.

Para Hans Kelsen, os atos humanos e os fatos naturais não têm sentido jurídico em si mesmos se não qualificados por uma norma, que os interpreta dando a eles um significado na esfera do Direito. A norma jurídica seria para ele, “[...] o sentido de um ato através do qual uma conduta é prescrita, permitida ou, especialmente facultada, no sentido de adjudicada à competência de alguém.” (*apud* LEITE, 2013). Nesse sentido:

Um psicopata sente sua conduta tão “confirmada” pelo mundo quanto uma pessoa sã e só um observador externo conseguiria separá-los. E essa “normalidade” do observador externo só se constitui com o acordo de um grande número de outros indivíduos, pois uma loucura que a maioria das pessoas considera sanidade não pode ser encarada como loucura. (ADEODATO, 2011)

Kelsen argumenta que a dinâmica do Direito está sempre em formação e, nela, o processo de criação tem uma característica dúbia, pois é, também, um processo de aplicação de normas. Assim, o ato jurídico é, além da aplicação de uma norma superior, a produção de uma norma inferior (regulada pela norma superior) (*apud* LEITE, 2013).

Por essa característica é que a sanção penal que se discute deve ser sempre situada em seu contexto histórico, de forma a poder extrair da norma quais são seus fins e funções (BITENCOURT, 1999).

Assim, as normas (que podem ser jurídicas – “quando vem acompanhada de promessas de coercitividade, alteridade, heteronomia, bilateralidade etc. e assim é entendida pelos circunstantes” (ADEODATO, 2011) – ou morais, religiosas, políticas, de etiqueta, quando for de outra forma entendida) têm o condão de estabelecer o que é considerado, em certa época e contexto social, como adequado e inadequado.

Para Kelsen, o Direito, com seu sistema de normas, tem a função de regular o comportamento humano. Ao se referir à justiça, Kelsen afirma que esta é um ideal irracional, já que não pode ser apreendida com a razão e nem ser evidenciada de forma absoluta; ela residiria na intersubjetividade, e não na criação e aplicação do Direito, em função do envolvimento dos relacionamentos humanos na apreensão do que seria justo. Assim, para valorar a ação humana e normatizá-la, fazendo com que esta conduta seja inserida no domínio do Direito, os valores que a sociedade em questão quer proteger e almeja assegurar devem ser levados em conta na hora da

elaboração da norma. Nesse mesmo diapasão está Weber (*apud* SILVEIRA, 2004), que afirmava que uma norma é válida quando as ações sociais são orientadas em função da norma ou de um conjunto de normas jurídicas.

Adeodato (2011) acrescenta, nesse sentido, que

*[...] ao disciplinarem como deve ser o futuro, as normas selecionam possibilidades com o objetivo de reduzir a complexidade e a incerteza dela decorrente, formando um **repertório de condutas futuras desejáveis** diante das expectativas atuais e excluindo as que lhe são contrárias, muito embora sejam todas possíveis de ocorrer. Essas condutas que devem se transformar em eventos (acontecer) são, por sua vez, garantidas por normas que apontam consequências positivas para seu cumprimento, como recompensas, e consequências negativas para seu descumprimento, como sanções.*

[...]

No sentido que se procura expor aqui, então, a sociedade consiste num sistema para redução da complexidade e controle das contingências (ou incertezas do ambiente) e o sistema social comunica-se por meio de normas.

Nesse sentido está também Carvalho (2011), ao discorrer acerca da norma jurídica: esta, a seu ver, pode ser considerada como um princípio estruturante do ordenamento jurídico, sedimentado nos modelos culturais, econômicos e políticos de cada época e em cada sociedade. Assim, ela rege as relações sociais, disciplinando-as de acordo com o fim almejado pela norma.

3.3 Direito penal como *ultima ratio*

O esquema retribucionista, segundo o qual o transgressor da norma tem como punição seu encarceramento, e que ainda hoje tem sido aplicado, é duramente criticado por Bitencourt (1999), que acredita que este pode ser, hoje, considerado como um fracasso. Ele explica:

Quando a prisão se converteu na principal resposta penológica, especialmente a partir do século XIX, acreditou-se que poderia ser um meio adequado para conseguir a reforma do delinquente. Durante muitos anos, imperou um ambiente otimista, predominando a firme convicção de que a prisão poderia ser um meio idôneo para realizar todas as finalidades da pena e que, dentro de certas condições, seria possível reabilitar o delinquente. Esse otimismo inicial desapareceu e, atualmente, predomina uma certa atitude pessimista, não há muitas esperanças sobre os resultados que se possa conseguir com a prisão tradicional. A crítica tem sido tão persistente que se pode

afirmar, sem exagero, que a prisão está em crise. Essa crise abrange também o objetivo ressocializador da pena privativa de liberdade, visto que grande parte das críticas e questionamentos que se fazem à prisão referem-se à impossibilidade – absoluta ou relativa – de obter algum efeito positivo sobre o apenado.

Para Bitencourt (1999), a prisão tal qual conhecemos acaba por reforçar os valores negativos do condenado, de forma que a aplicação da pena privativa de liberdade de curta duração ao sujeito considerado culpado, não previne delitos, mas os promove.

Para Antonio García-Pablos y Molina (*apud* BITENCOURT)

[...] a pena não ressocializa, mas estigmatiza, não limpa, mas macula, como tantas vezes se tem lembrado aos expiacionistas; que é mais difícil ressocializar uma pessoa que sofreu uma pena do que outra que não teve essa amarga experiência; que a sociedade não pergunta por que uma pessoa esteve em uma prisão, mas tão somente se lá esteve.

Michel Foucault, por sua vez, acredita que a pena privativa de liberdade não pode ser considerada como um fracasso, pois cumpriu o objetivo a que se propunha: estigmatizar, segregar e separar os transgressores da norma da sociedade que o circunda (*apud* BITENCOURT, 1999). Assim, não é plausível pretender que o interno seja reincorporado à sociedade após sua passagem pela prisão se o encarceramento é a própria exclusão do indivíduo da sociedade.

Partindo desse ponto de vista, Bitencourt (1999) propõe que haja um aperfeiçoamento da pena privativa de liberdade nos casos em que ela seja necessária (limitando-a aos casos em que a pena seja de longa duração e aos condenados perigosos e de difícil recuperação), mas, principalmente, que ela seja substituída nos demais casos, de forma a reeducar o apenado, possibilitando, de fato, sua reintegração social. O que o autor propõe é que o sistema penal abranja a pena pecuniária, a privativa de liberdade e a restritiva de direitos.

Ressalte-se que a criminalização de uma conduta apenas se justifica como *ultima ratio*, ou seja, nas situações em que as outras esferas do Direito não conseguiram responder adequadamente à ação do indivíduo transgressor e à sociedade.

Maihofer (*apud* DAHRENDORF, 1987), ao adentrar nas punições para um transgressor, defende que

o comportamento socialmente inadequado de uma pessoa não pode ter por única razão o fato desta pessoa haver cometido um erro, embora tendo tido a capacidade de comportar-se 'corretamente' (adequadamente), mas a razão também deve ser atribuída igualmente de forma mais ou menos exclusiva à sociedade: 'os outros'.

Para Maihofer, portanto, é necessário constatar se os infratores alguma vez estiveram em condições de absorver comportamentos vistos como “socialmente adequados” e, em caso negativo, estes não deveriam ser responsabilizados pelos atos aos quais tenham sido compelidos por força das circunstâncias.

O que se propõe, a partir dessa visão (polêmica), não é que não haja punição para aqueles que cometem atos violentos cujas consequências são sentidas pelas vítimas (no caso aqui, da violência obstétrica), mas que a sanção seja dada de acordo com sua reprovabilidade, e esta é maior quando o sujeito age deliberadamente contra o que lhe foi ensinado ou ao que conhece como sendo a forma menos adequada.

Para Alderson (*apud* DAHRENDORF, 1987),

“uma sociedade que transforma em deuses a economia, a produção, a concorrência e o produto nacional bruto, sem dar atenção suficiente à criação de valores humanos que representem a qualidade da ordem social, irá sempre exigir mais policiais, prisões cada vez maiores, e irá gerar uma explosão de vendas de cadeados, travas e grades”.

Maihofer (*apud* DAHRENDORF), ademais, argumenta que o infrator precisa de cuidados, e não de punições, sendo esta (a punição) a última alternativa. Assim, a detenção seria a exceção, mais do que a regra.

Habermas argumenta que:

“Somente a ética comunicativa garante a generalidade das normas admissíveis e a autonomia dos agentes, pela possibilidade da efetivação discursiva de reivindicações de validade com a qual as normas aparecem, isto é, apenas e somente pelas normas que sejam capazes de reivindicar validade sobre a qual todas as partes afetadas concordem, ou concordariam (sem força) como participantes de um discurso, uma vez que ingressem, ou ingressariam, num processo discursivo de formação de uma vontade”.

[...]

“O modelo apropriado é a comunidade da comunicação de todas as partes afetadas que, na qualidade de participantes num discurso prático, examinem a reivindicação de validade para as normas e, na medida em que a aceitem com razões, atingir a convicção que sob determinadas circunstâncias as normas são ‘corretas’”. Em outras palavras, a validade das normas não repousa em sanções e poder, mas no consenso das partes afetadas, o qual é alcançado através de debate racional e com a força de razões plausíveis. (DAHRENDORF, 1987)

Para que a elaboração das normas se dê de forma plena, contudo, alcançando ambos os envolvidos (vítima e transgressor) da forma que se pretende, deve-se buscar, através de debates em que suas vozes são amplificadas e consideradas, relacionar o dano causado pela ação praticada às necessidades específicas de cada um dos interessados, preferencialmente fazendo uso das possibilidades restaurativas¹¹, quando estas se mostrarem capazes de atender às necessidades assinaladas pelos afetados de forma mais direta pelo ato. Como aqueles que possuem vínculos e relações emocionais com os atores aqui em cena também são afetados pelo delito, devem participar, também, do processo restaurativo (LEITE, 2013).

Como bem coloca Silberman (*apud* DAHRENDORF, 1987), “em qualquer sociedade, algumas pessoas somente obedecerão às leis sob a ameaça de coerção e punição”. Contudo, os que assim agirão devem ser considerados como uma minoria, já que uma sociedade não pode funcionar adequadamente e se sustentar apenas com base na obediência formal. Por essa razão, Silberman acrescenta que, no tocante à justiça criminal, a fonte da ordem (desde tempos passados e ainda hoje) são os hábitos e costumes, e não a coerção. Assim, embora esses (hábitos e costumes) não possam substituir as leis, devem ser considerados como complementares e essenciais, pois quanto mais sólidos forem estes, mais eficientes serão as leis.

¹¹ A justiça restaurativa diz respeito à colaboração das principais partes interessadas em um conflito (aquelas envolvidas diretamente nele) visando reduzir ao mínimo o dano que fora causado às vítimas do delito, buscando a melhor maneira de repará-la. Ao dar espaço àqueles que foram afetados pelo delito para que possam dialogar a respeito e buscar, conjuntamente, a efetiva solução para o conflito, as necessidades emocionais são preenchidas (em especial as da vítima). A justiça restaurativa procura evitar que sejam aplicadas penas retributivas ou punitivas, vez que estas teriam como consequência a estigmatização negativa das pessoas que a elas fossem submetidas. Ela busca, ao contrário, explicar de que forma o conflito pode ser resignificado, transformado e evitado.

3.4 Tipificação da violência obstétrica na América do Sul

3.4.1 Argentina

A primeira lei latino-americana a tratar da violência obstétrica apareceu na Argentina, em 2004. Trata-se da *Ley 25.929*, conhecida também como *Ley de Parto Humanizado*. Embora ela tenha tratado da temática da violência obstétrica, ainda não oferecia uma definição para ela. Essa lei foi importante porque garantiu diversos direitos às mulheres grávidas, em trabalho de parto, no momento do parto e no pós-parto, tais como: direito a estar acompanhada por uma pessoa de confiança que escolha para estar presente durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto e a ter o seu filho a seu lado durante a estada no hospital com exceção, apenas, dos casos em que o recém-nascido requeira cuidados especiais que impossibilite tal prática; direito a ser informada acerca das distintas intervenções médicas que possam ocorrer durante a gestação ou no momento do parto, de forma que possa optar livremente dentre as diferentes alternativas; direito a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado e que garanta a ela intimidade durante todo o processo assistencial e que leve em conta, ainda, seus anseios culturais – ou seja, sem padronização, sem intervenções de rotina, mas apenas e estritamente quando necessárias.

Com o intuito de evitar os abusos quanto à medicalização no processo de parto, a lei estipula que a mulher tem direito a um parto que respeite seus tempos biológicos e psicológicos, evitando-se ao máximo qualquer tipo de prática invasiva e de fornecimento de medicação desnecessária, ou seja, que não seja justificável diante do estado de saúde da paciente ou do bebê que irá nascer.

A mulher deve ser considerada, segundo a lei em comento, como pessoa sã e, portanto, deve ser respeitada sua opção no processo de nascimento, de modo a facilitar sua participação como protagonista de seu próprio parto.

É direito da paciente, ainda, ser informada sobre a evolução de seu parto, o estado de seu filho e garantida, ainda, que seja partícipe de todas as atuações dos profissionais.

Por fim, a lei argentina garante que a mulher não poderá ser submetida a nenhum exame ou intervenção cujo propósito seja de investigação, salvo se manifestamente consentido pela gestante de forma escrita em protocolo aprovado pelo Comitê de Bioética. Quanto a esse aspecto, é importante notar o caso descrito por Carvalho (2012) em que uma paciente em de um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil foi tocada por dez pessoas (alunos e preceptores) durante o trabalho de parto, fato que seria coibido com leis pátrias nesse sentido.

Essa lei, além de estipular quais são os direitos das mulheres grávidas, em trabalho de parto ou no pós parto, solicita ao Poder Executivo, em seu preâmbulo, que inicie uma atividade de campanha para conscientizar a sociedade acerca da importância da garantia desses direitos, cumprindo a função da norma, que, como dito anteriormente, deve preservar os valores da sociedade e guiá-la para a plena garantia dos direitos abarcados.

A norma ainda prevê que o descumprimento do prescrito nessa lei acarretará em falta grave, além de poder ser responsabilizado civil ou penalmente de acordo com o ato praticado.

Em 2009 foi sancionada e promulgada na Argentina a Ley 26.485, conhecida como “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. Essa lei trouxe a definição de violência obstétrica como “aquela em que o profissional de saúde exerce sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressas em um trato desumano, em abuso de medicação e patologização dos processos naturais, em conformidade com a Ley 25.929”^{12 13}.

Essa definição inclui todos os profissionais que, de alguma forma, tiveram contato com a mulher grávida no serviço de saúde, não se restringindo aos atuantes no momento do parto. O dispositivo aponta, ainda, que a violência obstétrica se dá quando há violência física ou psíquica.

12 Ley 26.485/2009, art. 6º, e: Violencia obstétrica: aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929

13 A Ley 25.929 é a que fora anteriormente comentada, a primeira sobre o assunto na Argentina.

Além de determinar que os três poderes do Estado argentino, em âmbito nacional e provincial, adotem medidas com o fim de sensibilizar a sociedade acerca dessa violência contra as mulheres – incluindo aí a participação das esferas universitárias, sindicais, empresariais, religiosas, médico-hospitalares e das organizações de defesa dos direitos das mulheres –, determina que seja convocado e constituído um Conselho Consultivo *as honorem* integrado por representantes da sociedade civil e do âmbito acadêmico especializado que terá como função assessorar e discutir acerca das ações e estratégias adequadas para enfrentar essa violência.

Essa lei inova, ainda, por incentivar que sejam desenvolvidos programas de assistência técnica destinados à prevenção, reeducação e erradicação da violência; definir que serão analisados e difundidos, periodicamente, dados estatísticos e resultados de pesquisas que tratem do tema, a fim de monitorar e adequar as políticas públicas; promover campanhas de sensibilização e conscientização sobre a violência, informando a sociedade dos direitos que possuem e dos recursos e serviços que o Estado disponibiliza às mulheres.

Quanto aos procedimentos judiciais, a lei garante que a vítima seja ouvida pessoalmente pelo juiz e que este leve em consideração sua opinião no momento em que tiver de tomar uma decisão a respeito.

Essa lei foi criada com o intuito de informar a sociedade acerca das práticas violentas praticadas contra as mulheres e de aumentar o rol de direitos das mulheres; contudo, dispõe, expressamente, que em nenhum caso as condutas, atos ou omissões previstas na lei importarão na criação de novos tipos penais, tampouco na modificação ou derrogação dos tipos vigentes.

3.4.2 Venezuela

Outro país que já tem uma lei que trate do assunto é a Venezuela, que foi, inclusive, o primeiro país a definir legalmente a violência obstétrica e a tipificá-la como delito ao sancionar, em 2007, a *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*.

A lei em comento determina como violência obstétrica: o não atendimento adequado às emergências obstétricas; a imposição à mulher de parir deitada, com

as pernas levantadas quando tiver os meios necessários para a realização do parto vertical, se esse for preferível à mulher; o impedimento ao contato precoce do filho com a mãe sem que haja causa médica justificada, negando a possibilidade de amamentar ou segurar o filho imediatamente após o nascimento; a alteração do processo natural do parto de baixo risco mediante o uso de técnicas de aceleração, sem que haja consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.

A ocorrência de qualquer das práticas discriminadas no parágrafo anterior e entendidas como violência obstétrica importarão em um pagamento a título de indenização às mulheres que tenham sido vítimas dessa violência ou aos seus herdeiros, no caso de falecimento decorrente do delito em questão, além da obrigação de custear tratamento médico ou psicológico, quando a vítima necessitar.

Serão aplicadas as disposições do Código Penal e Processual Penal nos casos de violência obstétrica observados, sendo considerado como circunstância agravante o fato de violência ter sido praticada contra uma mulher grávida (art. 65, 4) ou especialmente vulnerável (art. 65, 7).

A sentença condenatória poderá, segundo essa lei, aplicar pena acessória de suspensão temporária do cargo ou do exercício profissional da profissão quando o delito tiver sido cometido no exercício de suas funções ou por ocasião dessas.

Aqueles que forem considerados culpados deverão participar, obrigatoriamente, de programas de orientação, atenção e prevenção dirigidos a modificar suas condutas violentas e a evitar a reincidência, na modalidade e duração que forem previstos na sentença condenatória.

3.5 Tratamento legal da violência obstétrica do Brasil

O Brasil ainda não tem uma lei específica que proteja as mulheres em relação à violência obstétrica, contudo o primeiro passo rumo a uma mudança no âmbito jurídico no tocante à violência obstétrica foi o reconhecimento por parte do Estado brasileiro de sua responsabilidade na morte de Alyne Pimentel – que morreu grávida em 2002, vítima de atendimento precário na rede de Saúde do Rio de Janeiro – após se comprometer, como cumprimento da recomendação do Comitê de Acompanhamento da Implementação da Convenção sobre a Eliminação de Todas

as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) contida no Comunicado nº 17/2008 de 10 de agosto de 2011, a reconhecer que a morte de Alyne era evitável e se deu em função de violações a direitos humanos recorrentes em se tratando de gestantes. O caso de Alyne foi o primeiro caso de mortalidade materna analisado internacionalmente, fato que é destacado em nota de reconhecimento da ONU Brasil à reparação feita pelo Governo Brasileiro ao “caso Alyne Pimentel”:

Esta é a primeira decisão CEDAW sobre violações de direitos humanos em um caso de morte materna, e que o Estado Brasileiro acate esta decisão representa um passo inédito e importante para o avanço em relação ao 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio e para a garantia de direitos e de acesso à saúde sexual e reprodutiva de qualidade a todas as mulheres [...]. (ONUBR, 2014)

Outro fato recente que motivou profissionais, sociedade e parlamentares a discutir o assunto em diferentes esferas e localidades brasileiras foi a pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010), que observou que uma a cada quatro mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência – física ou verbal – na hora do parto (Apêndice A).

É perceptível que, a partir de denúncias de mulheres que sofreram violência obstétrica (e tiveram conhecimento de que aquilo era uma violência e não mero procedimento incômodo, conforme já discutido), o assunto começa a chamar a atenção e a ser discutido no Poder Público e no Judiciário (Apêndice B).

Embora alguns municípios e estados tenham adotado leis que reconhecem a prática da violência obstétrica e a coíbem (conforme Apêndice B), ainda não há no Brasil legislação federal sobre o tema. Entretanto, é certo que o sistema legal vigente permite que os responsáveis pela prática da violência obstétrica sejam criminal e civilmente responsabilizados pelo exercício de tal prática. Para isso, faz-se uso, de forma subsidiária, de artigos que tratam da violência de forma genérica.

São exemplos de garantias à não submissão à violência obstétrica:

a) direito à integridade pessoal (art. 5º da Convenção Interamericana de Direitos Humanos), segundo o qual é direito de todos a proteção e respeito a sua integridade física, psíquica e moral. Dentro do campo da violência obstétrica, esse direito se vê violentado a partir de práticas invasivas e desnecessárias (como ocorre

no caso de episiotomia¹⁴ e cesáreas que não sejam indicadas diante do estado de saúde da mãe ou de seu filho);

b) respeito à autonomia e responsabilidade individual (art. 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos)¹⁵, que determina que deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por elas e desde que essas respeitem a autonomia dos demais;

c) direito à informação e à tomada de decisões livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada (art. 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos)¹⁶;

d) garantia à igualdade e inviolabilidade do direito à vida e à liberdade, bem como à não obrigatoriedade a fazer alguma coisa senão prevista em lei e de que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante (art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil – doravante CR/88);

e) art. 196, CF/88, que determina que medidas sociais e econômicas devem ser empreendidas pelo Estado a fim de reduzir o risco de doença e de outros agravos no acesso à saúde (na qual inclui-se a proteção em face de tudo que cause danos à saúde da mulher no atendimento obstétrico);

f) arts. 129, (lesão corporal), art. 140 (injúria) e art. 146 (constrangimento ilegal) do Código Penal;

g) Lei 11.108/2005, que assegura a presença de acompanhante durante o parto;

h) Estatuto da Criança e do Adolescente, que dispõe acerca da obrigatoriedade do menor internado em hospital estar acompanhado pelo responsável;

14 Apesar de a OMS determinar critérios e cautela para que a episiotomia seja adotada, parte dos médicos brasileiros defende sua realização, além de praticá-la de maneira indiscriminada.

15 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, art. 5º: Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.

16 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, art. 6º, a: Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.

i) Resolução CFM nº 1.897/2009 (Código de Ética Médica), que dispõe que o médico deve aceitar as escolhas de seus pacientes quando estas forem cientificamente reconhecidas.

Alguns avanços em relação ao tema vêm ocorrendo na esfera legislativa (Apêndice C). No âmbito jurídico o tema também é recente (Apêndice D).

CONCLUSÃO

A equipe médica, acostumada com a atenção institucionalizada do parto, vê a parturiente como um objeto de intervenção e não como um sujeito de direito.

A assimetria verificada na relação médico-paciente revela uma desigualdade simbólica (em função do status carregado pelos profissionais de saúde e o reconhecimento de que eles são, ao menos a princípio, os detentores do conhecimento da forma mais adequada de tratar seus pacientes) e real (já que as mulheres estão sob os cuidados desses mesmos profissionais de saúde supracitados, que têm o poder de decidir quando e como agir sobre seu corpo) que dificulta o exercício dos direitos básicos das mulheres. É importante notar, a esse respeito, que a patologização do parto de baixo risco constitui, por si só, um processo pelo qual se exerce violência simbólica.

É necessário, então, que haja uma mudança de paradigma, de forma a garantir que o cuidado esteja centrado nas necessidades da parturiente. Essa mudança, contudo, apesar dos esforços da OMS, da Secretaria de Saúde e dos organismos internacionais, ainda não ocorreu na maior parte das instituições brasileiras que fazem atendimento às mulheres em trabalho de parto, uma vez que são priorizadas as necessidades dos profissionais e as da instituição em detrimento das necessidades das pacientes.

Para que ocorra uma mudança quanto ao uso de procedimentos obstétricos invasivos, é necessário que ocorra, antes, uma mudança na compreensão do corpo da mulher, bem como na dinâmica das relações ocorridas no ambiente hospitalar, onde o médico é detentor de toda autoridade e o único que deve opinar acerca dos procedimentos a serem realizados.

É preciso que haja uma percepção da mulher, vítima desse tipo de violência, de que aquilo que está sofrendo não é um incômodo inerente ao processo de ser mãe, mas uma violência praticada pelos médicos e demais profissionais de saúde contra ela. Para isso, é necessário que as políticas de conscientização presentes hoje sejam amplificadas, a ponto de esse conhecimento fazer parte da noção de direitos de cada parturiente. A esse respeito:

Sendo essa violência comum no cotidiano do atendimento à mulher no parto, torna-se fundamental que se fale sobre isso, que se esclareça as condições de possibilidade deste fenômeno,

com o objetivo de que as próprias mulheres encontrem meios de identificá-lo e impedi-lo, podendo transformar este quadro (MUNIZ, 2012).

A Psicologia Pré e Perinatal afirma que o momento do parto é decisivo em diversos aspectos da vida da mãe do bebê assim como para a saúde física e mental de ambos (LUZES, *apud* MUNIZ, 2012). Isso porque o momento do parto é um momento muito aguardado pela mãe e de grande expectativa também para todos a seu redor, sendo uma marca não só de mudança corporal na mulher, mas, principalmente, de reconfiguração de todos os papéis e relações exercidos até então, já que ela passa, nesse momento, a desempenhar o papel também de mãe. Assim, a psicologia considera esse evento como um momento de crise, no sentido de que esse momento é, potencialmente, de muitas transformações (Maldonado, *apud* MUNIZ, 2012).

Existem, portanto, fatores fundamentais a serem considerados que transcendem à preocupação unicamente quanto à saúde e integridade física da mãe e do bebê. É evidente que tal deve ser considerado, mas há, também, outros fatores que devem ser levados em consideração a fim de garantir também aspectos fisiológicos e emocionais da mãe e, em um sentido mais amplo, do bebê, já que o estado emocional dela influirá no dele. A união desses fatores é fundamental e compõe o quadro do que se pode chamar de saúde materno-infantil.

Nos dizeres de Muniz (2012):

*A atual conjuntura do atendimento ao parto, no Brasil, como em outros países, transforma as intervenções obstétricas que **deveriam ser usadas com indicações precisas em intervenções rotineiras**. Assim, o parto é transformado em um evento muitas vezes traumático, física e psicologicamente, para a mãe e para o bebê. Esse excesso de intervenções consideradas danosas à integridade física e psíquica contribuiu para a estigmatização do parto como um símbolo de sofrimento e opressão das mulheres (grifo nosso).*

Para que o trabalho de parto se desenvolva de forma satisfatória, é primordial que sejam resguardados o bem estar físico e emocional da mulher, favorecendo, assim, a redução de riscos e complicações resultantes de intervenções desnecessárias no parto. Assim, o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança e ao conforto, juntamente com uma assistência humana e de qualidade e

ao apoio familiar durante a parturição, são essenciais para que o nascimento seja transformado, enfim, em um momento único e especial.

Paschoal (2013) nos conta sobre o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê criado em 2011 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde. Esse guia

apresenta as políticas públicas de saúde voltadas para a efetivação dos direitos da gestante e do bebê. Assim, a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher desenvolve ações que promovem atendimento clínico-ginecológico, planejamento reprodutivo, acompanhamento do pré-natal e atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Essa política assegura à gestante o direito à saúde na gravidez com a realização de pré-natal, parto e pós-parto de qualidade. É garantido às mulheres grávidas, ainda, o Cartão da Gestante, onde todas as informações acerca do estado de saúde da mulher durante o pré-natal, o desenvolvimento da gestação e os resultados dos exames são registrados.

Em 2011 o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e fundamentada nos princípios de humanização da assistência às gestantes. Seu principal objetivo é propor um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança, de forma a dar atenção a eles de maneira satisfatória e a garantir-lhes o acesso, acolhimento, resolutividade e, ainda, reduzir a mortalidade materna e neonatal.

Embora as mulheres tenham, a partir de lutas de movimentos sociais feministas e da conscientização do tema antes desconhecido, ganhado maior espaço e liberdade no acesso à saúde à gestante e tenham, ainda, garantido direitos importantes no tema, o desconhecimento quanto aos seus direitos – constitucionais e infraconstitucionais – e a desatualização dos profissionais de saúde que prestam os serviços de atenção à gestante, bem como as políticas de cada instituição, por vezes, limitam de forma pungente o acesso a direitos garantidos em lei.

É importante, portanto, que o Brasil, a exemplo do que fez Argentina e Venezuela – e também alguns estados e municípios brasileiros –, reconheça a existência dessa prática violenta por meio de uma lei federal, visando, através de programas de conscientização, reeducação e sensibilização da sociedade em geral

e, mais especificamente, dos profissionais de saúde, evitar que essas formas de violências persistam presente em nossa sociedade e prevendo que, quando necessário, sanções mais severas, de natureza penal, sejam aplicadas

REFERÊNCIAS

ADEODATO, João Maurício. *Conceito e função da norma jurídica segundo uma concepção retórica*, 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/85422261/FICHA-2-Adeodato-Conceito-e-Funcao-da-Norma-Juridica>>. Acesso em: 20 set. 2014.

ADORNO, Sérgio. *O monopólio estatal da violência na sociedade brasileira contemporânea*, 2002. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down078.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

BELLI, Laura. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética*, [S.l.], ano 4, v. 1, n.7, jan.-jun. 2013.

BITENCOURT, Cezar R. *Pena de prisão perpétua*. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL “O TRIBUNAL PENAL INTERNACIONAL E A CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA”, 1999, Brasília. Anais eletrônicos... local: CJF, 1999. Disponível em: <<http://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewArticle/345/547>>. Acesso em: 23 set. 2014.

BUSANELLO, Josefina. *As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil*, 2010. Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, 2010.

OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. Concepções de igualdade e cidadania. Contemporânea, *Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, n. 1, p. 35-48, 2011.

OLIVEIRA, Luis Roberto Cardoso de. *Existe violência sem agressão moral?* 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092008000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov 2013.

CARVALHO, Francisco José. *A função social do Direito e a efetividade das Normas Jurídicas*, 2011. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/a-funcao-social-do-direito-e-a-efetividade-das-normas-juridicas/7940>>. Acesso em: 23 set 2014.

CARVALHO, Vanessa, et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46,, n. 1, p. 30-37, 2012.

CORREIOWEB, *Grávidas precisam se informar para evitar episiotomia desnecessária e 'ponto do marido' no parto vaginal*, 2013. Disponível em: <http://sites.correioweb.com.br/app/50,114/2014/08/21/noticia_saudeplena,149957/gravidas-precisam-se-informar-para-evitar-episiotomia-desnecessaria-e.shtml>. Acesso em: 29 set. 2014.

DAHRENDORF, R. Buscando Rousseau, encontrando Hobbes. In: ____ *A Lei e a Ordem*. Brasília, DF: Instituto Tancredo Neves, 1987, p. 47-81.

DAVIS-FLOYD, Robbie et al. *A iniciativa internacional pelo nascimento MãeBebê: uma abordagem de um atendimento materno eficiente à luz dos direitos humanos*. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 93-103, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/837/800>>. Acesso em: 21 abr. 2014.

DIP, Andrea. *Na hora de fazer não gritou*, 2013. Disponível em: <<http://www.carta-capital.com.br/autores/sociedade/na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em: 20 maio 2014.

FIOCRUZ, *Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento*, 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 15 jun. 2014.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set.-out. 2002.

LEITE, Gisele. *A tese de Hans Kelsen, a norma fundamental e o conceito de justiça*, 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/25714/a-tese-de-hans-kelsen-a-norma-fundamental-e-o-conceito-de-justica/>>. Visualizado em: 24 set 2014.

MACEDO, Juliana; ARRAES, Roosevelt. *Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira*. In: JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE, 7., Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura, 2013.

MEDINA, Ana Beatriz; PENNA, Lucia Helena Garcia. A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 466-473, jul.-set. 2008.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista brasileira de enfermagem*, v. 60, . 4, p. 452-455, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jun. 2014.

MUNIZ, Beatriz Maia de Vasconcelos; BARBOSA, Ruth Machado. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? *Memorias Convención Internacional de Salud Pública*, Cuba, Havana, 2012.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. *Freqüência e critérios para indicar a episiotomia*. v. 39, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lng=e&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL, Nota de reconhecimento da ONU Brasil à reparação feita pelo Governo Brasileiro ao 'caso Alyne Pimentel'. 4 abr 2014. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/nota-de-reconhecimento-da-onu-brasil-a-reparacao-feita-pelo-governo-brasileiro-ao-caso-alyne-pimentel/>>. Acesso em: 17 set. 2014.

PARTO DO PRINCÍPIO: MULHERES EM REDE PELA MATERNIDADE ATIVA. *Violência Obstétrica: "Parirás com dor"*. 2012. Disponível em: < <http://www.sena.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

PASCHOAL, Aline et al. Direitos no período gravídico-puerperal: conhecimento das gestantes. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 113, jun 2013. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13325>. Acesso em 21 abr. 2014.

PATAH, Luciano; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

PEREIRA, Priscila Krauss. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 5, p. 216-222, 2010.

POLJAK, Asia Villegas. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de estudios de La mujer*, Caracas. V. 14, n. 32, jan.-jun. 2009.

PULHEZ, Mariana Marques. Parem a violência obstétrica! *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*. v. 12, n. 35, p. 522-537, ago. 2013.

REZENDE, Carolina. *O respeito a direitos fundamentais a partir de ferramentas internacionais: Como o descaso com Maria da Penha transformou o ordenamento jurídico brasileiro*. Monografia (Bacharelado), 2013, 70f., Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SÁNCHEZ R, Williams. Actitud del ginecólogo ante las disfunciones sexuales femeninas. *Revista de Obstetricia e Ginecologia Venezuelana*, v. 72, n. 1, 2012.

SEGATTO, Cristiane. *O delírio da cesariana*. 2013. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/colunas-e-blogs/cristiane-segatto/noticia/2014/05/o-delirio-da-bcesarianab.html>>. Acesso em: 12 maio 2014.

SILVEIRA, Daniel. Max Weber e Hans Kelsen: a Sociologia e a Dogmática Jurídicas. *Revista Urutágua*, n. 05 – dez/jan/fev/mar 2004. Maringá, Paraná, dez 2003/jan.-mar. 2004.

STRUJAK, Lais. Situações de violência institucional vivenciadas por mulheres em processo de parto. Monografia (Bacharelado), 2012, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2012.

TOLLÀNES, Mette; MOSTER, Dag; DALTVET, Anne; IRGENS, Lorentz. Cesarean Section and Risk of Severe Childhood Asthma: A Population-Based Cohort Study. *The Journal of Pediatrics*, Jul. 2008. p. 112-118. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S002234760800070X/1-s2.0-S002234760800070X-main.pdf?_tid=15af71f8-3768-11e4-9125-00000aacb35d&acdnat=1410188270_a7f5c8d5d37e59b47a7b7562958f1bc7>. Acesso em: 14 set. 2014.

VENTURINI, Gustavo; AGUIAR, Janaina; HOTIMSKY, Sonia. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. 2010. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/13_02.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

ANEXO A - RELATO DA JORNALISTA E VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, ANDRÉA DIP A RESPEITO DO MOMENTO DO PARTO DE SEU FILHO.

[...] minhas contrações aumentavam. Antes de ser finalmente internada, passei por um exame de toque coletivo, feito por um médico e seus estudantes, para verificar minha dilatação. ‘Já dá para ver o cabelo do bebê, quer ver pai?’ mostrava o médico para seus alunos e para o pai do meu filho. Consigo me lembrar de poucas situações em que fiquei tão constrangida na vida. Cerca de uma hora depois, me colocaram em uma sala com várias mulheres.

[...]

Não tive direito a acompanhante. O pai do meu filho entrava na sala de vez em quando, mas não podia ficar muito para preservar a privacidade das outras mulheres. [...] Quando eu estava quase dando a luz [a enfermeira] me levou para o centro cirúrgico. Lá me deram uma combinação de anestesia peridural com raquidiana, sem me perguntar se eu precisava ou gostaria de ser anestesiada, me deitaram, fizeram uma episiotomia (corte na vagina) sem meu consentimento – procedimento desnecessário na grande maioria dos casos, segundo pesquisas da medicina moderna – empurraram a minha barriga e puxaram meu bebê em um parto “normal”. Achei que teria meu filho nos braços, queria ver a carinha dele, mas me mostraram de longe e antes que eu pudesse esticar a mão para tocá-lo, levaram-no para longe de mim. [...] O fotógrafo do hospital (que eu nem sabia que estava no meu parto) veio nos vender a primeira imagem do bebê, já limpo, vestido e penteado. Foi assim que eu vi pela primeira vez o rostinho dele, que só chegou para mamar cerca de 4 horas depois.

Faz exatamente nove anos que tudo isso aconteceu e hoje é ainda mais doloroso lembrar porque descobri que o que vivi não foi uma fatalidade, ou um pesadelo: eu, como uma a cada quatro mulheres brasileiras, fui vítima de violência obstétrica.

APÊNDICE A - RESULTADOS DA PESQUISA “NASCER NO BRASIL” REALIZADA PELA FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO.

As formas de violência mais constatadas na pesquisa são: gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência.

O resultado dessa pesquisa, embora alarmante, pode não refletir a realidade, já que muitas mulheres, por falta de informação, não entendem terem sido violentadas, aceitando a condição vivenciada como algo natural, que supostamente faria parte do processo gestacional.

A própria pesquisa demonstra esse fato ao apresentar a aparente contradição entre respostas obtidas a diferentes perguntas, mas tratando da mesma problemática: violência obstétrica. Ao responder ao item que perguntava se tinham sofrido “algum desrespeito ou maltrato ao procurar assistência em maternidades ou em atendimento pré-natal”, 15% das mulheres responderam afirmativamente. Quando indagadas acerca das diferentes formas de violência institucional, no entanto, 25% delas relataram terem sofrido, na hora do parto, ao menos uma entre 10 modalidades de violência sugeridas – destaque-se, aqui, o alto índice presente nas seguintes formas de violência: exame de toque doloroso (10%), negativa para alívio da dor (10%), não explicação para procedimentos adotados (9%), gritos de profissionais ao ser atendida (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%). Das entrevistadas, 23% ouviu, ainda, de algum profissional algo como: “não chora que ano eu vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%).

Ao analisar estes dados, Venturini et al (2010) afirmam que

O fato de se reconhecer mais frequentemente os maus tratos sofridos quando estes são especificados e menos quando estes se enquadram em uma categoria e recebem uma denominação geral – “maus tratos” - sugere uma aproximação com pesquisas sobre violência doméstica nas quais o reconhecimento de uma

série de abusos sofridos não implica no reconhecimento de se ter sofrido “violência”. Indicar agressões sofridas é aparentemente menos complicado do que reconhecer essas formas de agressão como “violência” ou “maltrato”.

Diante do agrupamento das formas específicas de abuso abordadas na pesquisa segundo os tipos de violência obstétrica enfocados por D’Oliveira, Diniz Schraiber (*apud* VENTURINI *et al*), quais sejam, negligência; violência verbal (entre os quais estão inclusos o tratamento grosseiro, as ameaças, as reprimendas, os gritos e a humilhação intencional); violência física (inserindo aqui os casos em que não foi utilizada medicação analgésica mesmo esta sendo tecnicamente indicada); e abuso sexual. O tipo de violência vivenciada com maior frequência dentre estes foi a física (17%), o que chama bastante atenção, especialmente porque uma gama significativa de estudos anteriores no tema apontava para os problemas de comunicação com os profissionais (violência verbal) e o sentimento de abandono e a negligência como os problemas mais frequentemente observados pelas mulheres no tocante à violência obstétrica.

Embora o exame de toque seja um procedimento técnico (ou seja, a aplicação de um saber restrito do médico), muitas mulheres (segundo a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, 10% das mulheres em trabalho de parto) identificaram-no como excessivo ao afirmarem que foram vítimas de violência por terem experimentado um exame de toque doloroso (além das expectativas delas). A esse respeito Venturini *et al* (2010) ressaltam:

Cabe acrescentar que o exame de toque doloroso no contexto da atenção ao parto frequentemente sinaliza a aplicação de uma manobra comum, a dilatação manual do colo do útero, que tem por intuito acelerar o trabalho de parto e é, além de desnecessária, proscrita. Essa manobra, efetuada em centros obstétricos de hospitais-escola constitui uma dos aspectos do currículo oculto, isto é, uma das técnicas condenadas formalmente nos livros-textos e manuais de obstetrícia, mas ensinados por preceptores no exercício da prática como um dos meios de se acelerar o trabalho de parto.

APÊNDICE B - DISCUSSÕES A RESPEITO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

No dia 08 de maio de 2014 foi realizada reunião de planejamento e criação da Frente Estadual de Combate e Enfrentamento da Violência Obstétrica no Pará. O evento foi uma realização da Comissão de Direitos Humanos da OAB em conjunto com a “Parto do Princípio – Rede de Mulheres pela Maternidade Ativa” e teve como principal motivação o panorama demonstrado por essa pesquisa.

Participaram desse evento o Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Defensoria Pública Estadual, Tribunal de Justiça do Pará, Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Estadual do Pará (UEPA), Conselho Estadual de Saúde e Conselho Estadual da Mulher, Conselhos Regionais de Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia, Secretaria de Justiça e Direitos Humanos e Câmara de Vereadores e Assembleia Legislativa.

No Senado Federal o tema também foi discutido em Audiência Pública, com as Comissões de Direitos Humanos (CDH) e de Assuntos Sociais (CAS) da Casa, em 27 de maio de 2014.

O tema despertou interesse da Casa devido aos altos índices de cesarianas realizadas no país, além das denúncias de violência obstétrica recebidas durante o funcionamento da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres, em 2012 e 2013.

Participou da audiência pública a ministra Ideli Salvatti, da Secretaria de Direitos Humanos; Dario Frederico Pasche, do Ministério da Saúde; e Vera Soares, da Secretaria de Políticas para as Mulheres.

A outra Casa do Congresso também debateu o tema em seminário promovido pela Comissão de Direitos Humanos. No evento “FACES da Violência Contra a Mulher”, proposto pelos deputados Luiz Couto (PT-PB), Erika Kokay (PT-DF) e Jean Wyllys (PSOL-RJ), discutiu-se acerca das faces da violência contra a mulher, inclusive quanto à violência obstétrica – assunto específico de uma Mesa de debate do seminário.

Maria Esther de Albuquerque, representante do Ministério da Saúde, afirmou, durante sua participação no seminário que "Temos dificuldade de mudar as maternidades porque estão focadas no parto como intervenção". Ela destacou, ainda, que o Ministério está atuando com vistas a reformar e construir centros de parto normal, a existência de projetos que modificam o ambiente das maternidades, a construção de novas maternidades, e, ainda, a implantação do programa Rede Cegonha e do Sisprenatal, sistema de dados no qual os hospitais fornecem informações sobre os cuidados com as mulheres.

A esse respeito, ela informou: "Vamos obrigar o Sistema Único de Saúde a usar o Sisprenatal e a informar se a mulher pariu de costas ou deitada, se foi feito algum procedimento. Eles terão que registrar tudo o que fizeram e vamos monitorar a qualidade da atenção".

A presidente da Associação Artemis, que luta em prol da autonomia feminina e que tem como objetivo principal prevenir e erradicar a violência obstétrica, destacou que "há uma crença de que o sistema de saúde não vai fazer mal. Principalmente no segmento privado, em que o médico acompanha a paciente, tem vínculo com ela, a mulher custa a acreditar que aquele médico pago, particular, possa agir de uma forma violenta".

Nessa mesma ocasião, a Câmara dos Deputados discutiu acerca da epidemia de cesarianas no país. Segundo dados da OMS, o Brasil é o líder mundial em cesáreas. Com isso, Brasil e China, em 2010, foram responsáveis por metade das cesáreas realizadas no mundo.

A redução dos partos cirúrgicos é uma tendência nos países ricos. Além do já citado caso do Reino Unido, também os Estados Unidos incentivam as mulheres a terem partos vaginais. Em 2008, o índice de cesáreas nos Estados Unidos era de 33%. Com uma recomendação do Colégio Americano de Obstetrícia para que esse número reduzisse, a taxa hoje é de 26% - e o país ainda luta para uma redução condizente com o recomendado pela OMS. Para ilustrar esse panorama em outros países desenvolvidos, vale destacar a taxa de cesáreas no ano de 2008 em alguns países europeus: na Holanda, a taxa era de 13,5%; na Noruega, de 16,1%; na Suécia, de 16% e na Dinamarca, de 17,6% (PATAH; MALIK, 2011, p. 188). No Brasil, contudo, o processo se dá de forma inversa: os números de partos cirúrgicos aumentam vertiginosamente a cada ano.

Raquel Marques, presidente da Associação Artemis, ressaltou, ainda, a importância da audiência pública e a necessidade de pautar no Legislativo leis cuja demanda social parece ser crescente.

Segundo Ana Fialho, obstetra do Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, centro de referência do parto humanizado no Rio, há resistência ao parto normal por parte dos médicos, que receiam que o protagonismo feminino resulte em perda de autonomia de sua atividade médica desempenhada. A resistência se dá, ademais, por medo da responsabilização diante de alguma complicação no parto normal.

Ana Fialho resalta: “No imaginário popular, a cesariana é a resposta a qualquer dificuldade obstétrica, mas não é”. Para que a cultura de parto cirúrgico se altere, contudo, é necessário que, antes, a educação médica seja repensada, já que esta tende a focar na doença, não na saúde, embora o parto, na maior parte das vezes, seja um evento fisiológico sem complicações.

A violência obstétrica passou a receber atenção do Governo também através de Programas de Saúde. Alguns municípios, inclusive, já têm legislação específica, como é o caso do Projeto de Lei em Diadema 077/2013 (que, além de conceituar violência obstétrica, determina que seja elaborada uma Cartilha dos direitos da gestante e da parturiente, com vistas a informar e esclarecer as mulheres acerca de seus direitos e que cartazes informativos a respeito sejam afixados nas unidades de saúde), Lei Municipal de São Paulo nº 15.894 de 2013 (que institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, exige que seja feita, por escrito, uma Justificação do uso de procedimentos desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro, de procedimentos de eficácia carente de evidência científica, da aplicação de ocitocina, da realização da episiotomia, entre outros) e da Lei Municipal do Ribeirão Preto n. 13.082/2013 (que dispõe acerca da assistência humanizada ao parto).

APÊNDICE C – TRÂMITES NO CONGRESSO DE PROJETOS DE LEIS VERSANDO SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em 2013 o Senado aprovou o PLS 8/2013 (a matéria aguarda, ainda, análise da Câmara dos Deputados), cujo conteúdo obriga o SUS a oferecer condições adequadas para a realização de partos humanizados em seus estabelecimentos. Seu texto dispõe que o SUS deve obedecer às orientações técnicas para que o parto humanizado ocorra e deve, ainda, permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Segundo o deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ), foi protocolado na casa um projeto de lei, em parceria com a Associação Artemis, que regulamenta os direitos da mulher antes, durante e após o parto.

Além disso, a proposta trata de questões de direitos humanos a serem ensinados aos profissionais de saúde, ainda na faculdade.

O deputado também pretende transformar em projeto de lei a obrigatoriedade dos hospitais privados a participarem do Sisperinatal¹⁷. Além disso, ele quer propor uma alteração no Código Penal para que este tipifique a violência obstétrica.

17 Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. É um software desenvolvido com o intuito de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Nesse sistema está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, e pode ser acompanhado pelas gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério.

APÊNDICE D – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO ÂMBITO JUDICIÁRIO

No âmbito jurídico o tema também é recente. O primeiro processo judicial a tratar da violência obstétrica – ao menos nesses termos –, foi o de Ana Paula (DIP, 2013). Sua história é carregada de seguidos exemplos do que se entende por violência obstétrica: após planejar o nascimento de sua filha através do parto natural, foi ao hospital com uma complicação e, sem que tenha tido qualquer explicação por parte dos profissionais que a atendiam, foi anestesiada, amarrada na cama (sob protestos), submetida à episiotomia, separada da filha após seu nascimento e deixada em uma sala sem o marido e sem informações por várias horas. Após o nascimento, recebeu a notícia de que seu bebê havia falecido, sem que tenha sido informada das causas de sua morte. Ana Paula denunciou o falecimento de sua filha ao Ministério da Saúde, pedindo uma investigação, e, em paralelo, denunciou a equipe que fez o atendimento a ela, o convênio médico e o hospital que a atendeu ao CRM de Belo Horizonte, sem que tenha recebido qualquer resposta, mesmo após aberta uma sindicância (em novembro de 2012).

Depois de todos os transtornos e a falta de informações, Ana Paula procurou uma advogada e ajuizou uma ação judicial. Gabriella Sallit, advogada de Ana Paula no caso, comenta acerca do diferencial da ação quanto à especificidade do tema abordado, a violência obstétrica: “Não é um processo contra erro médico, ou pelo fim de uma conduta médica. É sobre o procedimento, a violência no tratar”.

A advogada propõe algo que certamente ainda não faz parte da preparação para o parto pelas mulheres (e nem deveriam fazer, caso fossem respeitados seus direitos): que, antes de sua internação, as mulheres escrevam uma carta de intenções com os procedimentos que aceitam e os que não aceitam que sejam feitos durante o trabalho de parto. Orienta, ainda:

“Faça a equipe assinar assim que chegar ao hospital. E antes de sair do hospital, requisite seu prontuário e o do bebê. É um direito que muitas mulheres desconhecem. Isso é mais importante do que a mala da maternidade, fraldas e roupas. Estamos falando de algo que pode te marcar para o resto da vida”. (DIP, 2013)