

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO

**A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO
VIOLÊNCIA DE GÊNERO E OS MECANISMOS JURÍDICOS DE PROTEÇÃO ÀS
MULHERES PARTURIENTES**

GABRIELA FERNANDES RODRIGUES MENTOR

RIO DE JANEIRO /RJ

2021

GABRIELA FERNANDES RODRIGUES MENTOR

**A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO
VIOLÊNCIA DE GÊNERO E OS MECANISMOS JURÍDICOS DE PROTEÇÃO ÀS
MULHERES PARTURIENTES**

Monografia elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a conclusão do curso e obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do **Professor Dr. José Roberto Franco Xavier.**

RIO DE JANEIRO / RJ

2021

CIP - Catalogação na Publicação

M549c Mentor, Gabriela Fernandes Rodrigues
A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
ENQUANTO VIOLÊNCIA DE GÊNERO E OS MECANISMOS
JURÍDICOS DE PROTEÇÃO ÀS MULHERES PARTURIENTES /
Gabriela Fernandes Rodrigues Mentor. -- Rio de
Janeiro, 2021.
70 f.

Orientador: JOSÉ ROBERTO FRANCO XAVIER.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2021.

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 2. VIOLÊNCIA DE GÊNERO.
3. DIREITOS HUMANOS. 4. DIREITOS REPRODUTIVOS. 5.
MECANISMOS JURÍDICOS. I. XAVIER, JOSÉ ROBERTO
FRANCO, orient. II. Título.

GABRIELA FERNANDES RODRIGUES MENTOR

**A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO
VIOLÊNCIA DE GÊNERO E OS MECANISMOS JURÍDICOS DE PROTEÇÃO ÀS
MULHERES PARTURIENTES**

Monografia elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para a conclusão do curso e obtenção do grau de bacharel em Direito, sob orientação do **Professor Dr. José Roberto Franco Xavier.**

Data da Aprovação: __/__/__ .

Banca Examinadora:

Orientador

Membro da Banca

Membro da Banca

**RIO DE JANEIRO/ RJ
2021**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer ao Senhor Jesus, autor e consumidor da minha fé, por sempre estar ao meu lado e nunca me permitir desistir de suas promessas em minha vida. Louvado seja Deus, pelas suas misericórdias que se renovam a cada manhã, me dando forças para ir além, acreditando sempre que todas as coisas são possíveis ao que crê. Ao Senhor seja a honra, glória, majestade e louvor pelos séculos dos séculos.

À minha mãe, dona Cristina Fernandes, que investiu todo seu amor, empenho e dedicação em me propiciar o maior bem que eu poderia ter: a integridade, a fé e a educação. Todo meu amor e honra a senhora, minha mãezinha, a quem sempre vou amar e priorizar, enquanto fôlego houver. Essa vitória é nossa, obrigada por tudo.

Ao meu esposo, meu grande amor, o maior presente que o céu me deu. Meu amigo e companheiro, ao que sempre acreditou em mim, ao que luta ao meu lado todas as minhas guerras mais duras. Como é bom partilhar a vida ao lado de alguém que sonha os seus sonhos e se prontifica a ser seu abrigo nos melhores e piores momentos da vida. Te amo infinitamente.

Ao meu pai, meus irmãos, sobrinhos, tios(as), primos(as), cunhadas, padrinhos por serem a melhor família do mundo, por estarem presente em todas as fases da minha vida e por me encherem de amor e de valores. Deus sabia que eu precisava de uma família tão incrível como essa.

“Em todo tempo ama o amigo e na angústia nasce um irmão”, essa é a frase que mais permeia as minhas relações de amizade, pois tenho ao meu lado não só amigos, mas irmãos que a vida me presenteou. Pessoas que seguraram em minha mão, me apoiaram em tudo e sempre acreditaram em mim. Aos meus amigos Yasmim, Suelem, Beatriz, Victória, Andressa e Sidnei, minha eterna gratidão.

Aos meus bispos, pastores, líderes e irmãos em cristo: muito obrigada por serem a família que intercede, ampara, afaga e crê.

À Faculdade Nacional de Direito, por ter mudado a minha vida através da educação. Cada canto do seu histórico lugar é uma parte do meu grande sonho. Sua resistência, sua força, sua pluralidade a tornam gigante como é. Seu legado jamais será apagado, você é gloriosa, minha amada FND.

Aos mestres que passaram em minha vida (Álvaro Alvim, Costa do Marfim, Jair Avillez, Iserj, Curso Atividade e Fnd): tudo que sou hoje tem parte do amor e dedicação que vieram de vocês. Obrigada por nunca desistirem da arte que é lecionar, por serem inspiradores e nos tratarem como filhos. A luz do conhecimento permanecerá acesa, enquanto houver pessoas que lutam pela educação.

Aos meus companheiros de choro, luta, trens da supervia e materiais compartilhados. Aos colegas que se tornaram parte da minha família, ao maior presente que a UFRJ me deu. Todo meu amor, honra e gratidão aos meus amigos Pedro Cardoso, Amanda Freire, Gabrielle de Sousa, Gabriel Batista e Laryssa Brum. Sem vocês a vida acadêmica não teria a menor graça, essa vitória é nossa.

Ao meu professor e orientador José Roberto Franco Xavier que, desde o 3º período da faculdade, me fez ter verdadeiro fascínio pela pesquisa e pela ciência. Obrigada por embarcar comigo nesta aventura, mesmo com todos os desafios da pandemia.

Ao Direito por ensinar a uma menina pobre e periférica o valor da igualdade, da justiça, da democracia e da oportunidade. Por me colocar em lugares que jamais imaginei e por me fazer acreditar em um mundo melhor e mais igual. Há um longo caminho a ser seguido e enquanto há vida, há esperança. Prometo que seguirei – com brilho nos olhos – lutando e acreditando na transformação social através da equidade.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo promover uma análise empírica e sistemática acerca da construção do conceito de violência obstétrica, enquanto violência de gênero. O enfoque da pesquisa será o de compreender, à luz dos relatos extraídos de mulheres parturientes e profissionais da área de saúde, a extensão desta grave e silenciosa modalidade de violência tão pouco abordada social e academicamente. Para tanto, buscou-se delimitar a exploração do tema, estabelecendo importantes pilares de análise, são eles: Contexto social e conceituação, objetificação do papel social feminino, naturalização do uso de mecanismos excedentes, violação da autonomia e subjetividade, banalização da dor e as relações de poder que compõem a rede assistencial. Por fim, buscou-se compreender quais os mecanismos jurídicos, previstos no ordenamento brasileiro, respaldam e amparam as vítimas de violência obstétrica que compreende, desde a intervenção inadequada de tecnologia no parto, com a realização de procedimentos invasivos e não comprovados cientificamente, até o abuso físico, moral e sexual da gestante em processo parturitivo.

Palavras-Chave: Violência obstétrica; violência de gênero; métodos excedentes; direitos humanos; direitos reprodutivos; mecanismos jurídicos.

ABSTRACT

This paper aims to promote an empirical and systematic analysis about the construction of the concept of obstetric violence, as gender violence. The focus of the research will be to understand, in the light of reports extracted from women in labor and health professionals, the extent of this serious and silent mode of violence so little addressed socially and academically. To this end, we sought to delimit the exploration of the theme, establishing important pillars of analysis, as follows: Social context and conceptualization, objectification of the female social role, naturalization of the use of surplus mechanisms, violation of autonomy and subjectivity, trivialization of pain and the power relations that make up the care network. Finally, we sought to understand which legal mechanisms, provided for in the Brazilian legal system, support and protect the victims of obstetric violence that includes, from the inadequate intervention of technology in childbirth, with the performance of invasive procedures and not scientifically proven, to the physical, moral and sexual abuse of pregnant women in the birth process.

Keywords: obstetric violence; gender violence; surplus methods; human rights; reproductive rights; legal mechanisms.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA.....	10
1.HISTÓRICO E CONCEITUAÇÃO.....	11
2.A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	13
2.1 Do perfil Social das Vítimas.....	16
2.2 Autonomia, Subjetividade e Consentimento.....	18
2.3 A Banalização da dor e do Sofrimento.....	19
3.MUDANÇAS NO ATUAL PANORAMA: QUESTÕES JURÍDICAS E HUMANIZAÇÃO.....	21
4. NATURALIZAÇÃO DO USO DE MECANISMOS EXCEDENTES.....	25
4.1 Episiotomia.....	26
4.2 Manobra de Kristeller.....	27
4.3 Fórceps.....	29
5.METODOLOGIA.....	31
5.1 Do Perfil Socioeconômico das Entrevistadas.....	33
6.VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O CONCEITO SOB A ÓTICA DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS.....	37
7. QUESTÕES DE GÊNERO LIGADAS A PRÁTICA DA VIOLÊNCIA.....	41
7.1 A Objetificação Feminina.....	43
7.2 O Silenciamento Materno.....	46
8.A CONJUNTURA SOCIAL DO CENÁRIO DE VIOLAÇÃO OBSTÉTRICA.....	49
8.1 Negligência Assistencial.....	50
8.2 A Utilização Irrestrita de Métodos Interventivos.....	53
9. OS MECANISMOS JURÍDICOS DE PROTEÇÃO AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	58
9.1 No Âmbito Internacional.....	59
9.2 No Ordenamento Jurídico Brasileiro.....	61
CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como principal objetivo analisar sistematicamente a problemática da violência obstétrica compreendida, majoritariamente, como a discriminação social, a negligência assistencial e as violências física, verbal e psicológica a que são submetidas mulheres grávidas ou em trabalho de parto.

Partindo desta premissa, buscou-se identificar qual o contexto social que propicia este cenário violador de direitos humanos e reprodutivos, quais os principais procedimentos invasivos e excedentes adotados pela rede assistencial, os mecanismos de poder envolvidos neste processo, além de analisar qual é o respaldo jurídico oferecido às vítimas desta modalidade de violência de gênero tão pouco abordada social e academicamente.

Ao iniciar a busca pela revisão de literatura do tema, foi perceptível a escassa produção acadêmica sobre a violência obstétrica, tema que tem ganhado especial relevância recentemente e -desse modo- ainda carente de uma consciência social efetiva. Sendo assim, a pesquisa encontrou logo em seu princípio um desafio: delimitar o conceito de violência obstétrica, a partir da vivência das mulheres em estado puerperal, mapeando qual a extensão de seus efeitos.

Neste contexto, há de se falar que se materializa como violência obstétrica desde a intervenção inadequada de tecnologia - com a realização de procedimentos invasivos e não comprovados cientificamente- até o abuso físico e psicológico da gestante, frequentemente vítima de tratamento doloroso, vexatório e grosseiro, quando do processo parturitivo.

A partir desse momento, e, refletindo sobre o caráter sociojurídico que permeia a questão, propôs-se a investigar a violência obstétrica sob todas as suas dimensões: do olhar das mulheres, dos profissionais de saúde e do ordenamento jurídico. Intuindo mapear que tipo de amparo jurídico pode ser fornecido às vítimas, de uma violência já institucionalizada, deu-se início à pesquisa empírica que possui como pergunta de partida: “à luz da experiência

feminina no âmbito das maternidades do Rio de Janeiro, quais são os mecanismos jurídicos de proteção às mulheres vítimas de violência obstétrica?’’.

Frente a todo o conteúdo obtido e entendendo a necessidade de compreender no campo a extensão dos danos sofridos por estas mulheres, buscou-se por meio da disponibilização de um questionário online e de entrevistas presenciais identificar as vítimas da violência obstétrica, de modo a entender suas vivências, quais foram os procedimentos adotados pela rede de apoio, se houve ou não procura pelo amparo do direito, e, em havendo, se esta de fato foi concretizada.

Em um segundo momento, no diálogo com os médicos e profissionais de saúde, houve interesse em absorver as práticas interventivas utilizadas no parto, de modo a compreender como a violência obstétrica é percebida entre a classe, quer associada à desigualdade de gênero, à infraestrutura hospitalar precária ou ao próprio ensino ministrado na graduação de Medicina.

Por fim, no diálogo com juristas atuantes em pesquisas que entrelaçam Direito e gênero, mostrou-se esclarecedor elaborar análise no tocante aos modelos de assimilação que permeiam o Judiciário e perpetuam relações de poder socialmente estabelecidas.

Dessa forma, no último capítulo, obtivemos um panorama geral das leis que asseguram mais estritamente os direitos da mulher vítima de violência obstétrica, além de entrar em contato com o tratamento que o Judiciário dá na tutela desses casos.

PARTE I - REVISÃO DE LITERATURA INTEGRADA

1. CONTEXTO HISTÓRICO E CONCEITUAÇÃO

Segundo Felitti, a imagem de dor, sofrimento e medo na hora do parto levou muitas mulheres a entregarem nas mãos dos médicos, principalmente nos meados do século XIX, a responsabilidade sobre suas vidas e a vida de seus bebês, por acreditarem que seria através da Medicina que teriam mais chances de sobreviver e não sentir dor, principalmente com o advento dos anestésicos e das práticas de assepsia, a partir dos descobrimentos de Pasteur (FELITTI, 2011, p.115-116)¹.

Em consonância ao referido autor, Sánchez (2015), expõe que a área médica, dominada exponencialmente por homens, passou a receber caráter crescente de autoridade à medida que foi sendo construída a imagem fragilizada da mulher puerperal que - em um contexto patriarcal e misógino- passava a ser considerada um ser passivo e incapaz de tomar decisões sobre o processo parturitivo, retirando assim a autonomia das próprias mulheres sobre o processo do parto, que remetia a seus próprios corpos (BELLÓN SÁNCHEZ, 2015, p. 103-104)².

Neste cenário, havia uma hierarquizada relação de poder que conferia aos médicos - profissionais técnicos e especializados – legitimidade para que fossem tomadas quaisquer decisões no processo parturitivo, sem que precisasse remeter às mulheres gestantes a ciência ou escolha dentre os procedimentos a serem adotados.

Cabe dizer, que o processo de medicalização do parto foi construindo paulatinamente a ideia deste como um evento interventivo, cirúrgico e, portanto, perigoso e restrito ao poder médico hospitalar. Para Batista (2015), a ascensão do modelo capitalista corroborou para o que

¹ FELITTI, Karina. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.113-129

² BELLÓN SÁNCHEZ, S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **Revista Internacional de Éticas Aplicadas**, n. 18, p. 93-111, 2015.

chamou de mercantilização do parto, atribuindo ao processo gestacional um valor econômico – que se explorado – poderia propiciar grandes lucros. Assim, houve uma substituição progressiva das antigas parteiras, que passaram a desempenhar uma função exclusiva de auxílio e obediência aos comandos médicos, fato que – tempos mais tarde - tornou-nas obsoletas.

Toda essa entrega do poder feminino à medicalização foi sendo questionada, logo após sua inicialização, por obstetras como Read, Lamaze, Leboyer e Odent, que desenvolveram suas teorias visando entregar às parturientes sua autonomia e desfazer toda a crença sobre dor e medo que possuíam e foi então que a violência obstétrica passou a ser um enfoque social (FELITTI, 2011, p. 117); (BELLÓN SÁNCHEZ, 2015, p. 106-107).

Dentre as décadas de 1950 e 1970, graças aos movimentos feministas e naturalistas norte-americanos, começou-se a observar que certas práticas interventivas, amplamente difundidas e comumente adotadas no contexto parturitivo, figuravam como verdadeiras violações a autonomia, subjetividade e consentimento das mulheres gestantes, que quase sempre eram silenciadas e estigmatizadas ao plano de loucas e leigas.

A partir deste momento, houve uma eclosão de relatos de mulheres vítimas de violência obstétrica, com a publicação da matéria “Cruelty in Maternity Wards”³ (crueldade nas maternidades), pelo Ladies Home Journal. No referido periódico, mulheres recém-paridas relatavam abusos sofridos no processo do parto que iam, desde o seu induzimento - com uso de medicamentos estimulantes - até o corte sem uso de analgesia, por exemplo. Algumas destas mulheres relataram, inclusive, que foram amordaçadas para que seus gritos fossem silenciados, enquanto médicos e enfermeiros riam, conversavam e, até mesmo, faziam suas refeições.

Assim sendo, é fundamental ressaltar que - embora recente - o conceito de violência obstétrica é decorrente de uma construção histórica da institucionalização do parto como uma prática interventiva-invasiva, que retira das mulheres grávidas ou em trabalho de parto, a autonomia sobre um processo que deveria ser cada vez mais humanizado. Neste sentido, temos que tais mulheres têm sido expostas, constantemente, a situações claras de violação psíquica, moral e física, nos espaços destinados à atenção obstétrica (CAMACARO, 2009).

3 Schultz GD. *Diário da Casa das Senhoras*. 1958. Maio, **Cruelty in maternity wards**; pp. 44-45 ., 152-155.

Em paralelo, é válido destacar que o conceito de violência obstétrica foi renegado socialmente por muito tempo, pois na visão do senso comum só haveria violência nas hipóteses em que uma ação ou omissão gerasse o efeito de causar dano física, ou seja, nas hipóteses em que a violência ocorresse apenas no âmbito da psiquê da mulher, por ser algo não tão claro e visível, considerava-se tal violação como um grande exagero, já que a intimidação moral nem sempre é perceptível, e, em muitos casos, silenciada.

De acordo com Sánchez (2015), as ações caracterizadas como parte da violência obstétrica sujeitam a patologização do corpo das mulheres grávidas, a medicação de seus processos reprodutivos e a tratamentos desumanizados e contrários à sua integridade (SÁNCHEZ, 2015, p. 94, tradução própria).

Segundo Pereira, a violência, por vezes, já ocorre no período de acolhimento e preparação para o parto, gerada pela ausência de atenção necessária por parte dos profissionais da saúde. Com isso, as parturientes acabam por ter que passar essa primeira etapa do processo parturitivo sozinhas, com dores e sentimentos insatisfatórios em relação à rede assistencial. (SANTOS; PEREIRA, 2012, p.84).

Alguns pesquisadores acrescentam à categoria da violência obstétrica todo tipo de intervenção inadequada de tecnologia, como a realização de procedimentos invasivos e não comprovados como necessários cientificamente. Nesse sentido, Ramírez (2014, p. 159) confere ao termo violência obstétrica o significado da reunião das diversas formas de controle e opressão sobre os corpos e mentes de mulheres grávidas ou em trabalho de parto. De acordo com a autora, a violência obstétrica, como noção incorporada a um discurso oficial, nasce no âmbito jurídico graças ao ativismo feminista e de direitos humanos.

Hill e Bowser (2010)⁴, neste mesmo viés de pensamento, criaram em seu estudo as denominadas “sete categorias de abuso e desrespeito no parto”, são elas: i) intervenções não consentidas, ii) tratamento não confidencial, iii) abuso físico, iv) cuidado indigno, v)

4 Owsen, D. e Hill, K. (2010) **Explorando Evidências para Desrespeito e Abuso no Parto Baseado em Instalações: Relatório de uma Análise da Paisagem**. Harvard School of Public Health and University Research, Washington DC.

discriminação, vi) negligência assistencial e vii) detenção dos serviços. Todas estas categorias constituem, em alguma medida, a violação dos direitos subjetivos, humanos e reprodutivos das mulheres em estágio puerperal.

2. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Como vimos no tópico destinado a construção histórica do conceito de violência obstétrica, há de se falar na evidente configuração de um cenário violador dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres parturientes, que tem se perpetuado ao longo das décadas, embora seu conceito social e jurídico ainda seja atual e pouco explorado – sobretudo no âmbito acadêmico e científico.

É notável, em grande parte da escassa literatura sobre o tema, a frequência do discurso em relação as questões de gênero que permeiam a violência obstétrica. Neste contexto, Camaçaro (2009) interpreta a violência obstétrica como uma espécie de violência de gênero, tendo em vista que sua investigação envolve a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, centrando o interesse nos atos violatórios dos direitos sexuais e reprodutivos (CAMACARO, 2009, p. 147, tradução própria).

Sobre o mesmo enfoque, Sánchez (2015) e Guillén (2015) assumem posicionamentos semelhantes ao abordarem a ausência de autonomia das mulheres na tomada de decisões, em relação aos processos aos quais são submetidas. Sánchez (2015) aponta que, em sociedades onde os valores patriarcais imperam, o controle sobre o potencial reprodutivo e a sexualidade das mulheres se converte em um aspecto chave para mantê-las em uma posição subordinada (SÁNCHEZ, 2015, p. 95, tradução própria).

Ainda neste sentido, Guillén (2015) diz que “[...] às mulheres incumbe o direito de tomar decisões autônomas sobre o cuidado com sua saúde e ter direitos de aceitar ou recusar as intervenções médicas e não serem tratadas como corpos impotentes” (GUILLÉN, 2015, p. 117, tradução própria).

Sobre o tema, vejamos o que dispõe Camaçaro (2009):

“Hablar desde el feminismo y seguir la vía metodológica del género, particularmente para esta investigación, significó develar que desde el nacimiento de la medicina moderna hasta nuestros días, sin dejar de tomar en cuenta las tensiones sociales que abren brechas y contestaciones durante los avatares históricos, las mujeres han sido pensadas como objetos, no como sujetos, y que el poder médico se ha adjudicado progresivamente el derecho de establecer quiénes son las mujeres y cómo deben ser tratados sus cuerpos y sus vidas. El modelo dominante occidental de atención a la reproducción humana, se sustenta en una ideología que impregna de significados patriarcales los distintos momentos, como el embarazo, parto y puerperio. Esta ideología además se reproduce constantemente, manteniéndose así una determinada concepción social del embarazo y de la maternidad como funciones esenciales de las mujeres. (CAMACARO, 2009, p. 150)⁵”

Nota-se que, enquanto as questões de gênero promovem uma ideia de naturalização da inferioridade física e moral da mulher, também cumprem papel determinante para a violência institucional. Sobre essa subjacente desigualdade de gênero, Guillén (2015, p. 113) afirma que nosso sistema é herdeiro de um modelo profundamente misógino, autoritário e muito hierarquizado, ao que Aguiar e D’Oliveira (2011, p. 88)⁶ referem-se como uma “objetificação da mulher”. Essa objetificação, ao passo que impõe à mulher uma aparência de não-sujeito, acaba por desconsiderar sua subjetividade frente ao profissional da saúde, legitimando o uso de seu corpo como meio de intervenção da medicina para o alcance de um fim – o bebê.

Diante das práticas violentas as quais as puérperas são submetidas, surge um discurso que culpa a própria mulher por todo o processo de dor e sofrimento, fazendo com que elas se sintam as próprias responsáveis, enquanto os que realmente cometem a violência passam ao posto de vítimas das vontades e exaltações delas. (GUILLÉN, 2015, p. 120, tradução própria).

Nesse sentido, Aguiar e D’Oliveira (2011) evidenciam que tal questão se origina a partir da falta de assistência relacionada a práticas discriminatórias e segregadoras, que visam equiparar a imagem feminina a de subalternidade. Por conseguinte, abrem-se precedentes para

5 CAMACARO, M. C. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Rev. Ven. Est. Mul.*, v. 14, n. 32, p. 147-162, 2009.

6 AGUIAR, J. M.; D’OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 15, nº 36, p. 79-91, 2011

que a violência das mais diversificadas naturezas – sejam elas morais ou físicas - sejam práticas cotidianas (D'OLIVEIRA, 2011, p.80).

2.1 Do Perfil Social das Mulheres Vítimas de Violência Obstétrica

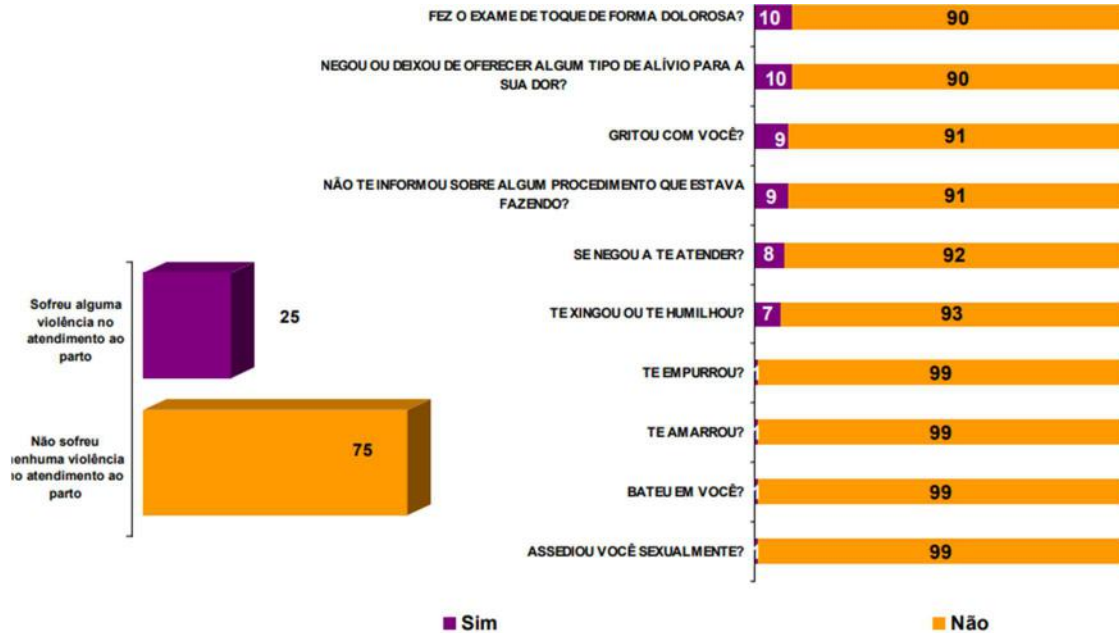
Analisar sistematicamente a violência obstétrica - enquanto uma violência de gênero já institucionalizada- perpassa, necessariamente, pela análise do perfil socioeconômico das mulheres. Um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo⁷, em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), realizado em 2010, dedicou-se a analisar as relações de violência de gênero, a partir do delineamento do perfil social das mulheres nos espaços públicos e privados do país.

Tal pesquisa revelou o grave cenário e a relevância dos impactos da violência obstétrica ao concluir que, uma em cada quatro mulheres parturientes no Brasil sofrem violência obstétrica, tais como: agressão física, verbal, psicológica e uso cotidiano de métodos excedentes, tais como o uso de ocitocina, episiotomia e manobra de Kristeller. Ademais, aponta-se inúmeras violações ligadas à subjetividade feminina, como por exemplo a proibição da presença do acompanhante, a indução do parto e a realização de cesáreas sem o consentimento da gestante.

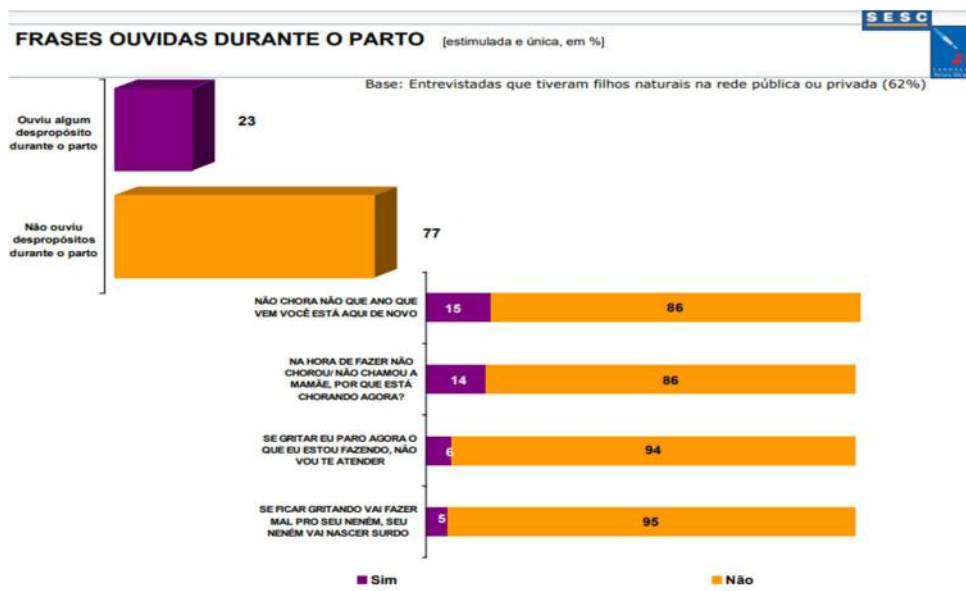
Um ponto importante na construção deste trabalho de pesquisa dedicou-se, a partir da análise do citado estudo, realizado pela Fundação Perseu Abramo, ao mapeamento do perfil social das mulheres vítimas de violência obstétrica. Os dados da pesquisa apontam que os maiores índices da violência obstétrica e reprodutiva estão concentrados entre jovens de 18 a 24 anos (46,7%), periféricas (61,6%), majoritariamente pardas (68,3%), que possuem a média de um a três filhos (30%) e são utilizadoras do Sistema Único de Saúde (74%) . Já com relação ao perfil econômico, nota-se o baixo índice de escolaridade entre as entrevistadas, que em sua maioria possuem ensino médio incompleto (40,0%) e laboram em ambiente familiar (41,7%), com renda familiar média entre um e três salários mínimos (61,6%).

7 FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). Capítulo IV: Saúde Reprodutiva e Abortamento. In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, ago. 2010, p. 149-223.

O relatório aponta ainda um importante dado sobre os procedimentos violatórios – a que foram submetidas as entrevistadas- por categoria, se não vejamos o quadro abaixo:



P41. Vou falar algumas coisas que podem acontecer no atendimento ao parto e gostaria que você dissesse se aconteceram ou não com você. Na hora do parto, algum profissional no serviço de assistência:



Temos, portanto, a partir do traçar do perfil socioeconômico das mulheres vítimas de violência obstétrica, uma importante reflexão epistemológica acerca da existência de uma tendência maior de violação dos direitos personalíssimos e reprodutivos destas mulheres em ambientes e cenários mais desfavorecidos do ponto de vista social e econômico. Lansky (2019)

vai dizer que o cenário de configuração da violência obstétrica possui uma correlação significativa entre o episódio da violência intra-parto e a idade, escolaridade e renda familiar das vítimas. (LANSKY et al., 2019; PALMA, DONELLI, 2017)⁸.

2.2 Autonomia, Subjetividade e Consentimento

Segundo Aguiar e D'Oliveira (2012), a interação entre médico e paciente é como um produto originado de uma relação de poder:

"O poder é uma forma de ação sobre a ação dos outros e se exerce através das relações. Este é o caso da medicina moderna, na qual o sujeito submete-se de forma voluntária, na maior parte das vezes, às ações e condutas prescritas pelos profissionais médicos sobre seu corpo e seu comportamento." (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2012, p. 81).

Por ser uma profissão dominada majoritariamente por homens, as práticas médicas passaram a representar as mulheres de modo passivo, alheias a qualquer conhecimento, leigas e, portanto, impedidas de participar do mundo científico e de escolhas que comprometem seus próprios corpos.

Nessa relação desigual de poder, que envolve tanto o gênero quanto a superioridade do profissional à paciente, chama-se atenção para o que Aguiar define como uma “crise de confiança” entre médico e gestante: O que prevalece são as intervenções e procedimentos técnicos e tecnológicos – o médico faz o seu serviço e vai embora, sem interagir com a paciente enquanto um sujeito de direitos (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011, p. 88).

Assim, a mulher é objetificada numa intervenção que, apesar de humana, não é humanizada. Ainda no concernente ao conceito de poder, Ramírez (2014) propõe um conceito teórico inovador, baseando-se nas noções de Michel Foucault acerca de um poder disciplinar e da biopolítica: a ideia de “poder obstétrico”.

⁸LANSKY, S.; SOUZA, K. V.; PEIXOTO, E. R. M.; et al. **Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n.8, p. 2811-2824, 2019.

“De tal forma, la noción de poder obstétrico como una forma de poder disciplinario que funciona dentro de la institución médica – que es a su vez una institución patriarcal – nos permite comprender que la violencia obstétrica es un mecanismo para disciplinar los cuerpos de las mujeres, para reforzar el mandato social inscrito en la categoría sexo/género y para perpetuar las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad.” (RAMÍREZ, 2014, p. 166).⁹

Avulta-se dizer ainda, que as práticas arbitrárias, aplicadas nas salas de parto, legitimam que os profissionais de saúde privem as mulheres de seu papel ativo, tanto que eles sabem e controlam o processo da gravidez, parto e puerpério, ficando o papel da mulher reduzido ao de paciente (CAMACARO, 2009, p. 151, tradução própria). Essa violação da autonomia representada no corpo e na supressão das escolhas da mulher, no momento do parto, causam um sentimento de abalo moral e psíquico, à medida que afetam a mãe em sua subjetividade, como ilustrado por Carneiro (2015) no fragmento a seguir:

[...] a cesárea não desejada aparece também como uma invasão, uma “violação”, no sentido de figurar como um procedimento que retirou algo precioso daquela mulher, a saber, “o sentir o trabalho de parto” ou “sentir o parto”. Nesse sentido, não poucas vezes me vi diante do lamento: “não senti nada”. (CARNEIRO, 2015, p. 103)¹⁰

Nesse viés, para além das falas desrespeitosas e de cunho misógino e moralista, nas diversas experiências de maus-tratos pessoais relatadas nas maternidades, há que ser feita menção à censura dos poderes de fala e decisão da gestante. A expressão de vontades contrárias à ordem estabelecida é censurada e inclusive sancionada através do castigo exemplificador. Assim, a docilidade se impõe como único caminho para obtenção de algum grau de bem-estar. (RAMÍREZ, 2014, p. 156. tradução própria).

9 ARGUEDAS RAMÍREZ, G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, v. 11, p. 145-169, 2014.

10 CARNEIRO, R. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, n. 20, p. 91-112, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000200091

Esta mesma tese é ratificada pelo artigo “Violência institucional em maternidades públicas”, em que fica explícita a necessidade de obediência da paciente e as possíveis represálias nas hipóteses de escândalo.

Sobre a realização da vontade da parturiente no processo, Guillén (2015) diz que as práticas obstétricas mais habituais consideram de maneira geral que as mulheres não tomam decisões no momento do parto, não são elas as responsáveis pelas escolhas a serem adotadas em seus próprios corpos, mas suas falas tomam um lugar de mera “opinião”, que servem como ‘preferências’ que podem ser graciosamente concedidas ou recusadas pelo médico (GUILLÉN, 2015, p 121, tradução própria).

Apesar de existirem normas – inclusive no próprio código de ética médica - que garantam a autonomia dos pacientes, o direito ao acompanhamento familiar, a obtenção das informações necessárias sobre todos os procedimentos que serão realizados, bem como a necessidade de seu consentimento para tais intervenções, por vezes as decisões das mulheres acabam sendo vistas como meros caprichos e quereres, sendo realizadas as vontades da equipe médica e ignoradas as da parturiente, ainda que em condições de fazê-lo . Estamos, portanto, diante de uma violência que configura não só um caso grave de violação dos direitos reprodutivos da mulher, mas também dos direitos humanos e personalíssimos.

2.3 Banalização da Dor e Sofrimento

Outro ponto comum entre os autores que tratam da violência obstétrica diz respeito ao que chamo de banalização da dor e do sofrimento, a que são submetidas as mulheres parturientes, no processo de dar à luz. Aguiar e D’Oliveira (2011) atentam que o parto, na grande maioria das vezes, passa a ser visto como o preço pago pelo prazer sexual obtido ou como um destino biológico incontornável.

A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional, contida em frases que já se transformaram em jargões, adotados sob a aparência de brincadeiras e na falta de anestésistas durante o trabalho de parto. (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011, p. 88). Essa naturalização da dor sofrida pela parturiente aparece na obra de Ramírez (2014) dentro do conceito do que denomina “poder obstétrico”, que teria como característica

fundamental uma aproximação orientada à doença na medida em que patologiza o processo de parir (RAMÍREZ, 2014, p. 154. tradução própria).

Uma vez transformada em incapaz ou doente, com a patologização de um processo biológico, que deveria ser cada vez mais natural, os mecanismos de controle e vigilância da gravidez, típicos do poder obstétrico analisado, são legitimados para livre atuação e subordinação da paciente à figura do médico.

Não obstante, os dados mostram que o parto como um processo natural não é visto desse jeito, tanto pela população como pelos médicos uma vez que no Brasil, de acordo com a Fiocruz, 52% dos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são cesáreas ¹¹. Quase sempre realizadas, não pelo risco ou necessidade, mas pela preferência dos profissionais e pela imposição do medo que impera sobre a gestante, no contexto parturitivo. O número é ainda mais alarmante na rede privada que chega a 88% dos casos registrados. O costume de dar preferência ao parto cesariano, caso que deveria ser excepcionalidade, prova o processo sucateado pelo qual são feitos o parto natural e contribui para o monopólio de práticas interventivas excedentes.

Longe de tecer afirmações genéricas, o presente trabalho não pretende atacar o exercício regular e legítimo da medicina e de seus métodos. Pelo contrário, é de perfeito entendimento a necessidade de uma assistência médica digna, clara e regulada. Neste contexto, é necessário também problematizar até que ponto o domínio da opinião médica é técnico e restrito ao necessário.

É tão clara a preferência pelo parto cesariano, que no próprio discurso das mulheres entrevistadas temos a clara associação do parto normal a ausência de plano de saúde, a precarização do sus, a falta de dinheiro e de opção. Temos, portanto, a desconstrução da humanização do parto, até mesmo sob o ponto de vista discriminatório, à medida que o uso exacerbado de cesarianas traz, ao senso comum, a opinião desta como a forma mais segura e menos dolorosa de se ter um filho.

11 Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Agência Fiocruz de Notícias. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas> - acesso em 16/09/2021 Às 02:32h

Outro ponto a ser abordado é que mesmo com evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos, observa-se que, no sistema obstétrico atual significativamente intervencionista, as mulheres brasileiras de todos os grupos socioeconômicos e de risco obstétrico habitual estão sendo desnecessariamente expostas aos riscos de iatrogenia no parto, sendo muitas práticas ineficazes e comprovadamente desnecessárias (LEAL MC et al., 2014, p. S29). Nesse sentido, nota-se que o fator social pode ser determinante no que tange ao modelo de atenção ao parto no Brasil:

“A menor prevalência de boas práticas foi verificada nas regiões Norte e Nordeste, áreas menos desenvolvidas do país. Nessas regiões, a frequência de algumas intervenções também foi menor, o que não significa necessariamente a adoção de um modelo menos intervencionista e mais “natural”. É provável que esses dados sejam mais o reflexo de uma prática de abandono das mulheres à própria sorte do que um modelo humanizado de atendimento, já que todas as boas práticas apresentaram menor frequência nessas regiões e os indicadores obstétricos e perinatais são os piores do país. “(LEAL MC et al., 2014 p. S27)¹²

É sob essas perspectivas que Carneiro funda sua reflexão sobre violência, dor, sofrimento, identidade e ativismo já que se encontra em primeiro lugar, a tessitura de alianças entre essas mulheres por conta da partilha da dor e, em segundo lugar, o uso político do sofrimento em prol de uma mudança do sistema obstétrico (CARNEIRO, 2015, p. 98).

3. MUDANÇAS NO ATUAL PANORAMA: QUESTÕES JURÍDICAS E HUMANIZAÇÃO

Em se tratando das consequências jurídicas para a temática da violência obstétrica, Guillén (2015, p. 122) cita um caso brasileiro de grande relevância no tema: a detenção e

12 LEAL, M. C., PEREIRA, A. P. E, DOMINGUES, R. M. S. M.; et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Caderno de Saúde Pública, v. 30, supl. 1, p. 17-31, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/8763/1/Interven%C3%A7%C3%B5es%20obst%C3%A9tricas%20durante%20o%20trabalho.pdf>. Acesso em: 16/09/21 Às 03:12h

cesariana forçada de Adelir Carmen Lemos de Góes¹³, ordenada por um juiz, a contragosto da gestante. Isto porque, apesar de desejar o parto normal, sua médica só estava disposta a realizar a cesárea. A autora do artigo que explora o caso, que é advogada, sinaliza também, para além da análise do mérito, a pouca valorização dos danos morais, uma vez judicializados os casos:

“El trato vejatorio que muchas veces há precedido al daño físico, queda oculto, igual que la herida emocional que acompaña estas situaciones.” (GUILLÉN, 2015, p. 124).

Com esse panorama alarmante, Sánchez (2015) comenta sobre a urgência de se adentrar cada vez mais na problemática da violência obstétrica, sob o ponto de vista jurídico:

“O fato de hoje em dia ter aparecido um conceito como o de ‘violência obstétrica’ e existirem leis específicas dedicadas a minimizar o impacto da medicação dos corpos de mulheres e bebês no momento do parto, evidencia a necessidade de indagar as causas e soluções a esta realidade muito mais complexa do que aparenta ser. (SÁNCHEZ, 2015, p. 108, tradução própria).

A respeito da previsão e efetivação jurídica dos mecanismos de proteção à mulher parturiente, somente uma das autoras fez menção, citando garantias expressas na “publicación del Instituto Interamericano de Derechos Humanos sobre la Promoción y Defensa de los Derechos reproductivos: Nuevos retos para las instituciones nacionales de derechos humanos” (VILLEGAS, 2009, p.128). Dentre as garantias previstas estão: o direito à vida, a intimidade, a saúde reprodutiva e a assistência e integridade pessoal (VILLEGAS, 2009, p.129)¹⁴.

Acerca do tratamento por parte dos que trabalham na área de obstetrícia, Santos e Pereira (2012) sugerem que:

“É preciso repensar a atuação dos profissionais de saúde e o modelo de atenção que valoriza a técnica em prol do relacionamento humano, para assim proporcionar condições para a inclusão da figura do acompanhante no cenário da parturição, já que negar este direito à mulher corresponde à violação de um

13 FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. **Revista Dilemata**, n.º 18, p. 113-128, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106937.pdf>. Acesso em 16/09/2021 Às 04:21h

14 VILLEGAS, P.A.L. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. **Physis: Revista Venezolana de Estudios de la Mujer**. 2009, vol.14, n.32, pp. 125-146. ISSN 1316-3701. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S13163701200900010001.

direito fundamental de sua vida que é o de ser considerada como ser humano dotado de necessidades. (SANTOS; PEREIRA, 2012, p. 86)”.

Neste contexto, tanto Santos e Pereira (2012) quanto Sanchez (2015), acreditam na grande responsabilidade dos profissionais em relação ao tratamento que é prestado às puérperas, sendo eles os que podem melhorar o quadro ruim que ainda ocorre em muitos hospitais.

Segundo os autores, a atenção humanizada será factível apenas quando os diversos atores envolvidos na parturição se dispuserem a repensar sua prática diária, redimensionando-a quando necessário ou – negativamente- agravando ainda mais o problema. Nas palavras de Sanchez (2015):

“[...] podem se converter em agentes chaves para o respeito da autonomia e agência das mulheres em relação a seu corpo e o de seus bebês, ou pelo contrário, em profissionais com grande poder para exercerem controle e violação de direitos.” (SÁNCHEZ, 2015, p. 95, tradução própria).

Como uma das tentativas de reduzir as práticas de violência obstétrica e mortes maternas, houve na América Latina uma corrente defensora do parto humanizado, visto que a mortalidade materna continha números altos: Argentina 39,2; Bolívia 230,0; Brasil 76,0; Chile 19,8; Colômbia 72,7; Costa Rica 39,3; Cuba 49,4; Equador 85,0 (Por cem mil nascidos vivos).

Pozzio (2016, p. 102-103) aborda o Congresso “Humanização do Parto e Nascimento”, que foi realizado no Ceará, em 2006, e teve como função reunir a Rede Latino-americana e do Caribe para a humanização do parto e do nascimento. O intuito primaz deste encontro foi o de repensar e aperfeiçoar os métodos de pré-parto e parto, ainda que houvesse críticas e reprovações vindas dos profissionais da saúde em relação ao parto humanizado, em detrimento dos métodos que ainda prevaleciam. Apesar do tema, Felitti, em sua experiência na Argentina, expôs:

“Desde el 2004, Argentina cuenta con una ley de parto humanizado (ley 25.929) que reconoce los derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. Sin embargo, su aplicación sigue siendo reducida, los maltratos hospitalarios persisten y solo queda recurrir a los servicios privados, de alto

costo monetario, para vivir un embarazo y un parto de acuerdo a las pautas que cada mujer y/o pareja elija.” (FELITTI, 2011, p. 126).

No que tange ao acolhimento, nas palavras de Santos, Pereira (2011, p.81):

“A equipe de saúde deve estar preparada para acolher a parturiente, seu companheiro e demais familiares, respeitando todos os significados desse momento, com o dever de facilitar a criação de vínculos mais profundos, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade”(SANTOS, PEREIRA, 2011. P.81)

Em concordância com a necessidade de que se estabeleça um elo de confiança entre os profissionais de saúde e as parturientes, Aguiar e D'Oliveira (2012, p.84) afirmam que:

“Em suas falas, as entrevistadas ressaltam a importância de uma boa relação com o profissional, fundada no respeito à sua privacidade, na atenção às suas queixas, em uma comunicação que preze pelo entendimento mútuo, e no uso de tecnologias que elas entendem como necessárias e bem realizadas. Assim, a individualização do atendimento é valorizada.” (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2012, p.84).

Ante o exposto, conclui-se a necessidade do enfrentamento da discriminação e do preconceito de gênero na assistência em maternidades públicas, no sentido de preservar o respeito aos Direitos Humanos e, no âmbito destes, aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das pacientes. Para tanto, mostra-se latente a desconstrução de uma cultura institucional que banaliza e invisibiliza a violência obstétrica.” (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2012, p.88).

4. DA NATURALIZAÇÃO DO USO DE MECANISMOS EXCEDENTES

O uso indiscriminado de métodos interventivos que -na visão de alguns médicos - busca auxiliar e dar maior segurança às parturientes, vem trazido à tona a discussão de especialistas sobre a configuração de práticas abusivas, que causam uma série de transtornos físicos e psicológicos às puérperas. Muitas mulheres desconhecem que certas atitudes e decisões,

tomadas pelos médicos e auxiliares antes, durante e após o parto, podem estar relacionadas diretamente aos problemas que vieram a ter no cotidiano, no trabalho e nas relações sexuais pós conceptivas.

Tais práticas decorrem da tentativa de aceleração do parto, pelos profissionais da rede assistencial (médicos, enfermeiros e técnicos), que optam por adotá-los ao invés de seguirem o seu rito fisiológico natural. Muitas são as causas que levam os profissionais da área médica a adotarem cotidianamente as práticas interventivas, durante o processo do parto, são elas: 1) a precarização da saúde pública, 2) o inflamento do Sistema Único de Saúde (SUS), 3) negligência assistencial e 4) o ensino comumente ministrado na graduação de medicina.

Veremos neste capítulo, as principais práticas e métodos interventivos adotados no processo parturitivo - desde os primórdios da medicalização do parto - que se permanecerem sendo adotadas de forma excedente, isto é, sem recomendação clínica e científica, podem gerar graves sequelas a gestante e ao bebê.

4.1 Episiotomia

A episiotomia é o procedimento cirúrgico em que um pequeno corte no períneo é feito com o intuito de aumentar o canal vaginal para a passagem mais célere do bebê. De acordo com a Organização Mundial da Saúde ¹⁵, o método deve ser restrito às situações em que o canal vaginal feminino não atinge a dilatação pretendida, no entanto, segundo Dengo Var (2016), a episiotomia vem sendo praticada em 94% dos partos naturais, independentemente de sua necessidade clínica.

O procedimento começou a ser utilizado desde o início do século XX, com a teoria de um médico obstetra chamado Delee, sob a justificativa de que o alargamento da região vaginal propiciaria uma passagem mais “segura” e “facilitada” do bebê. Desde então, sua adoção se dá de forma irrestrita e, muitas vezes, desnecessária, temerária e não consentida.

15 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 2000. 93 p

Um estudo publicado, em 2020, pela revista eletrônica *Acervo Científico*¹⁶, dedicou-se a avaliar os limites existentes entre a prática da episiotomia e a violência obstétrica. Seus autores abordaram que a episiotomia não consentida constitui não só violação obstétrica da parturiente, mas reprodutiva, uma vez que suas sequelas podem acarretar sérios prejuízos ao desempenho sexual destas mulheres no pós-parto. Ademais, Segundo Prieto (2017)¹⁷, em se tratando de sequelas físicas, a episiotomia pode acarretar danos graves como a incontinência urinária e fecal, prolapso de órgãos, laceração perineal de terceiro e quarto grau, infecções e hemorragias (PRIETO LNT, et al., 2017; GARRETT CA, et al., 2016).

Segundo SÁEZ ZA (2019)¹⁸, algumas correntes defendem a episiotomia enquanto uma prática preventiva de lacerações. Além disso, alegam que – por acelerar o parto- o procedimento propiciaria maior segurança e estabilidade ao bebê (SÁEZ ZA, et al., 2019). Observa-se, no entanto, uma tendência médica ao desuso da prática - quando não necessária do ponto de vista obstétrico- sendo utilizada apenas nas hipóteses em que a gestante não tiver a dilatação necessária ou em caso de risco ao feto, quer em razão do seu peso (bebês macrossômicos) ou de outros quadros clínicos que impliquem riscos a sua saúde.

Cunha (2019) afirma, neste contexto, que -no Brasil- estamos diante de uma importante desaceleração do uso da episiotomia, entretanto atenta para a alta frequência com que ainda é praticada, principalmente em relação aos países desenvolvidos. A tendência maior ao desuso da prática está concentrada entre os profissionais mais jovens, o que comprova a atualização científica do ensino ministrado na graduação. (CUNHA CMP, et al., 2019)

Quando tratamos da utilização irrestrita da episiotomia, como um método invasivo e excedente, falamos principalmente da violação do consentimento da puérpera, que quase nunca é questionada sobre a sua realização. Ademais, há de se falar também no cerceamento da informação, uma vez que muitas mulheres se quer são orientadas sobre os riscos do procedimento, que pode gerar sequelas físicas, reprodutivas e sexuais. Pelo contrário, muitas

16 REAC/EJSC | Vol. 13 | e4696 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reac.e4696.2020>

17 PRIETO LNT, et al. **A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência?** Revista CuidArte Enfermagem, 2017 jul-dez; 11(2): 269-278.

18 SÁEZ ZA, et al. **Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon.** Revista electrónica trimestral de Enfermería, 2019; 18(53): 183-214.

vezes o conhecimento da adoção do procedimento advém da experiência do senso comum, isto é, carente de um panorama geral sobre os riscos e efeitos de sua utilização.

4.2 Manobra de Kristeller

Conitec (2016) conceitua a chamada Manobra de Kristeller como o procedimento expulsivo caracterizado por uma pressão uterina provocada com a intenção de tornar mais rápido o processo de nascimento, que geralmente é feita manualmente pelo médico obstetra. O nome atribuído ao procedimento é uma saudação ao médico obstetra alemão Samuel Kristeller, desenvolvedor do procedimento, na segunda metade do século XVIII, técnica que vem sendo amplamente utilizada até os dias atuais.

Em 2017, A Organização Mundial da Saúde¹⁹, por meio de uma diretiva geral, reconheceu a ineficácia científica da manobra de Kristeller, determinando que tal prática fosse banida enquanto procedimento clínico. De acordo com especialistas, os danos do procedimento são incontáveis podendo provocar riscos e sequelas graves tanto a mãe quanto ao bebê, dentre eles podemos citar: lacerações severas no momento do parto, trauma encefálico, fraturas na clavícula e costelas e descolamento de placenta, além de ser considerada uma das causas de aumento da morbidade fetal e materna.

Em que pese o reconhecimento sobre os riscos da utilização da manobra de Kristeller, pelas principais autoridades ligadas à saúde, a prática se impõe como verdadeira tradição no meio médico, ao passo que é utilizada como um acelerador do parto, que deveria seguir um processo fisiológico natural.

Pereira (2016) afirma que, dentre as principais causas para a ampla e costumeira utilização da manobra de Kristeller, estão – sobretudo -o inflamento do sistema público de saúde, a precarização do atendimento nas maternidades e a relação hierarquizada entre médico

19 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. DECLARAÇÃO DA OMS: **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=BDD108B785DDFD8076785D4089754172?sequence=3. Acessado em: 22/08/2021.

e paciente, que vulnerabiliza a mulher em estado de puerpério enquanto sujeito passivo, retirando assim sua autonomia e poder decisório.

No mesmo contexto, um artigo publicado, em abril de 2021, pelo “Brazilian Journal of Health Review”²⁰, em parceria com médicos especialistas do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), buscou identificar os efeitos da manobra de Kristeller, enquanto violência obstétrica.

Especialistas evidenciaram duas categorias principais de sequelas decorrentes da utilização da manobra: a primeira ligada aos bebês, em que se notou relatos de deslocamento de ombro, asfixia uterina e sequelas cerebrais graves, como hipoperfusão e paralisia cerebral. A segunda, com relação as mães, em que se notou registros de casos envolvendo lacerações perineais graves, ruptura uterina, dispareunia e incontinência urinária, em até 6 meses após o parto. (CÔRTEZ, 2018).

Ante todo o exposto, resta claro que a utilização ainda recorrente da manobra de Kristeller - procedimento veementemente atacado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS)- constitui não só um risco gravíssimo do ponto de vista clínico (tanto da mãe quanto do bebê), mas também enquanto negligência assistencial, uma vez que seus impactos implicam em violação jurídica dos direitos da mulher parturiente, que é submetida a um procedimento doloroso, invasivo, desnecessário e não comprovado.

4.3 Fórceps

Assim como a Manobra de Kristeller e a episiotomia, o fórceps é um instrumento utilizado para acelerar o processo de expulsão do feto durante o parto. Segundo Cunha (2011) o parto possui quatro momentos: 1) Dilatação: se estende do início do trabalho de parto até a dilatação total; 2) Expulsão: período compreendido entre o final da dilatação e a expulsão do feto; 3) Livramento: corresponde à expulsão da placenta e demais anexos fetais; e o 4) Pós-parto: que se prolonga por uma hora após o parto, e inclui risco de complicações imediatas, principalmente hemorrágicas. (CUNHA, 2011).

Durante o parto, algumas complicações podem ocorrer, e, é neste contexto, que alguns equipamentos de tração, como o fórceps devem ser utilizados, principalmente para correção das chamadas anomalias de posição e para condições como sofrimento fetal, prolapso do cordão (vulgarmente conhecido como “nó no cordão”) ou em casos de riscos à mãe como eclampsias, cardiopatias e aneurismas.

Cunha (2011) enfatiza em sua análise a necessidade de perícia médica para a realização do parto, com uso de fórceps, isto porque o equipamento torna-se uma arma letal e potencialmente perigosa nas mãos de obstetras inexperientes, sobretudo, se assoberbados de trabalho (CUNHA,2011). O autor ressalta que -apesar de toda a discussão que permeia a utilização excedente do método- aproximadamente um em cada dez partos no mundo ocidental é um parto vaginal operatório. Estatísticas realizadas na Inglaterra em 2006 mostraram que a proporção de partos naturais interventivos foi de 11%.

Um inquérito realizado em 37 maternidades francesas, em 2009, mostrou que a taxa de partos instrumentais foi 11,2% de todos os nascimentos naquele ano. Na Nova Zelândia e na Austrália, o fórceps e o vácuo extrator responderam por 7,4–16,4% de todos os partos, entre 2000 e 2007 (CUNHA, 2011)²¹. Já no Brasil, observa-se que não existem índices que apontem a taxa de partos vaginais, com a utilização de fórceps ou vácuo extração, dado a ausência de um campo específico na Declaração de Nascidos Vivos (CUNHA,2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a utilização do fórceps é permitida desde que seja feita obedecendo alguns pressupostos fundamentais, quais sejam: o uso de analgesia, esvaziamento do colo e da bexiga e a lubrificação. Na prática, observa-se que a utilização do procedimento não se atém a gravidade do quadro clínico da paciente, tampouco ao obedecimento das condições recomendadas. Pelo contrário, o método é utilizado como um “facilitador” da expulsão do bebê, e, não raro seus efeitos implicam em danos severos a mãe e ao feto.

21 Cunha, Alfredo. **Indicações de Parto a Fórceps**. FEMINA | Dezembro 2011 | vol 39 | nº 12

Em 2017, um emblemático caso envolvendo o uso de fórceps chegou ao Tribunal de Justiça de Brasília e fez eclodir no meio médico a discussão sobre a real necessidade de sua utilização. O Governo do Distrito Federal foi condenado a indenizar em R\$60.000,00 (sessenta mil reais) a mãe de um bebê que teve a nuca perfurada pelo uso não recomendado do fórceps, no Hospital Regional de Sobradinho²², fato que culminou no falecimento de seu filho. O laudo médico apontou que o bebê sofreu uma paralisia cerebral decorrente da intervenção, que não era recomendada ao caso, pois o quadro clínico não apresentava qualquer risco passível de sua adoção.

Por todo o exposto, no presente capítulo, temos que a utilização excessiva e não comprovada dos procedimentos indutivos do parto, constitui marcante traço da violação obstétrica da gestante, isto porque tais métodos são aplicados – majoritariamente – com o intuito de acelerar o processo biológico do parto, sem que sua utilização seja informada ou consentida pela puérpera, que é posta em condição de passividade e vulnerabilidade.

Ademais, como cediço, os riscos da utilização não recomendada dos procedimentos excedentes podem propiciar danos severos em seus corpos, tanto reprodutivos, quanto sexuais. Ainda, com relação ao bebê, temos que a adoção de tais práticas, além de ser uma das causas de aumento da mortalidade fetal, corrobora para sequelas tanto físicas, quanto motoras. Por esta razão, deve-se analisar rigorosamente quais os limites da legitimação destes procedimentos, de modo a evitar que seus danos sejam reduzidos a impunidade.

PARTE II – PESQUISA DE CAMPO

5. METODOLOGIA

O presente trabalho de monografia dedicou-se, precipuamente, a realização de uma revisão de literatura integrada sobre o tema, de modo que fosse possível a compreensão da

²² Disponível em:

https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2017/05/10/interna_cidadesdf,594099/gdf-e-condenado-a-indenizar-mulher-em-r-60-mil-por-uso-de-forceps.shtml - acesso em 02/09/2021

construção do conceito de violência obstétrica, suas modalidades, efeitos e o tratamento jurídico oferecido as suas vítimas.

Por se tratar de um tema recente, atual e interdisciplinar não encontramos vastos conteúdos acadêmicos e científicos, sob o aspecto jurídico, razão pelo qual foram utilizados artigos e publicações de outras áreas como medicina, enfermagem, antropologia e sociologia.

Uma vez tendo sido realizada a revisão bibliográfica do tema, partimos para o principal objeto deste trabalho: a pesquisa empírica. A principal técnica adotada foi a realização de entrevistas semi-diretivas, tanto remotas quanto presenciais.

O primeiro grande obstáculo encontrado por esta pesquisadora foi a realização das entrevistas, em um contexto pandêmico e de isolamento social. A grande eclosão dos casos envolvendo a COVID/19 e a imposição de medidas restritivas de segurança, fizeram com que o acesso principalmente aos profissionais de saúde fosse dificultado. Por esta razão, optou-se por recorrer as entrevistas na modalidade remota e a disponibilização de formulário online.

O intuito foi o de abordar o tema sob a ótica das experiências vividas pelos diferentes atores sociais que compõem o cenário da violência obstétrica. Deste modo, nos propusemos a ouvir tanto as mulheres vítimas da violência obstétrica, quanto profissionais de saúde. Ademais, visando entender a regulação do direito sobre o assunto e o tratamento jurídico dado as vítimas destes casos, entrevistamos juristas especializadas em direito e gênero.

Para identificação das mulheres vítimas de violência obstétrica foi disponibilizado questionário online, via google forms, tanto em redes sociais, quanto em grupos e comunidades destinados as mulheres gestantes ou puérperas. O formulário buscava coletar duas categorias principais de dados: 1) dados pessoais e perfil socioeconômico e 2) relato da experiência do parto. Foram coletados 37 relatos, todos de mulheres da região metropolitana do Rio de Janeiro, tendo sido identificados em 14 deles o reconhecimento do sofrimento de violência obstétrica pelas depoentes.

A delimitação demográfica da pesquisa se deu em razão do curto período para desenvolvimento da pesquisa (3 meses), além da delimitação temática da pergunta de partida que se propôs a investigar: “à luz da experiência feminina no âmbito das maternidades do Rio de Janeiro, quais são os mecanismos jurídicos de proteção às mulheres vítimas de violência obstétrica?”.

Além da coleta dos relatos, via formulário eletrônico, foram agendadas quatro entrevistas presenciais com mulheres vítimas de violência obstétrica, três entrevistas remotas com profissionais de saúde (2 médicos e 1 enfermeiro) e duas com juristas especializadas em temas ligados ao direito e gênero.

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas, com a devida permissão de seus autores, para posterior transcrição neste trabalho. Por motivos de segurança e privacidade foram adotados pseudônimos aos entrevistados, as instituições e aos profissionais envolvidos nos relatos colhidos.

Com a obtenção do material extraído da empiria, esta pesquisadora buscou traçar uma correlação entre o que foi chamado de “conceito inicial”, que é o material extraído pelas fontes diversas da revisão de literatura e a prática extraída dos relatos, chamada de “análise de dados”.

5.1 Do Perfil Socioeconômico das Entrevistadas

Como já vimos, o mapeamento do perfil social das mulheres vítimas de violência obstétrica é importante fator para análise sistemática do assunto. Desta forma, a partir do colhimento dos relatos de parto – tanto nas entrevistas presenciais, quanto no preenchimento do formulário eletrônico – obtivemos o quantitativo de 37 depoimentos colhidos, tendo sido encontrados em 14 deles o reconhecimento pelas mulheres do sofrimento da violência obstétrica, em alguma modalidade - física, psicológica e/ou sexual.

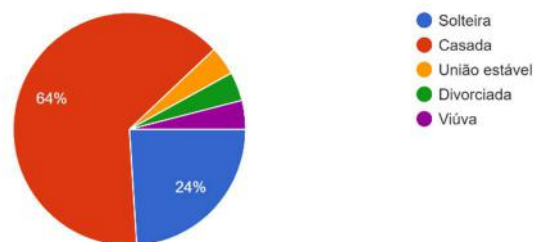
Todas as mulheres entrevistadas são moradoras residentes na região metropolitana do Rio de Janeiro, que receberam assistência médico-hospitalar na rede pública ou privada. O primeiro

bloco das entrevistas buscou identificar as principais características destas mulheres, quais sejam: nome, idade, estado civil, profissão, escolaridade, etnia, bairro, local e data do parto. O segundo bloco de perguntas buscou entender mais sobre o tratamento ofertado, os mecanismos utilizados, a figuração ou não de um cenário de violações e os principais tipos de violência suportados neste âmbito.

De acordo com os dados fornecidos, podemos observar uma tendência maior de violações entre jovens de 16 a 24 anos (68%), majoritariamente brancas (40%), casadas (64%), periféricas (32%), com baixa escolaridade (48%), utilizadoras do sistema público de saúde (76%), que possuem em média de 1 (48%) a 2 (36%) filhos.

Vejamos, abaixo, os gráficos que ilustram a amostragem obtida ²³a partir do mapeamento do perfil social das entrevistadas:

Estado civil
25 respostas

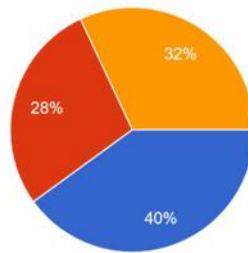


23 Questionário disponível em:

https://docs.google.com/forms/d/1ZdC9UWeX1KW4tc8lFkYO_a8yYsHm9OeZm3vioJry6f0/edit

Como você se identifica?

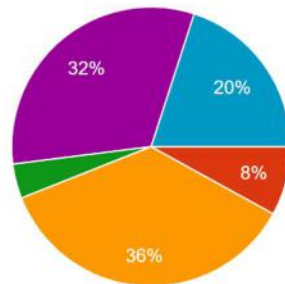
25 respostas



● Branca
● Negra
● Parda

Qual seu grau de escolaridade?

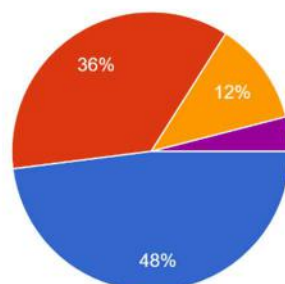
25 respostas



● Fundamental completo
● Fundamental incompleto
● Médio completo
● Médio incompleto
● Ensino superior completo
● Ensino superior incompleto

Quantidade de filhos?

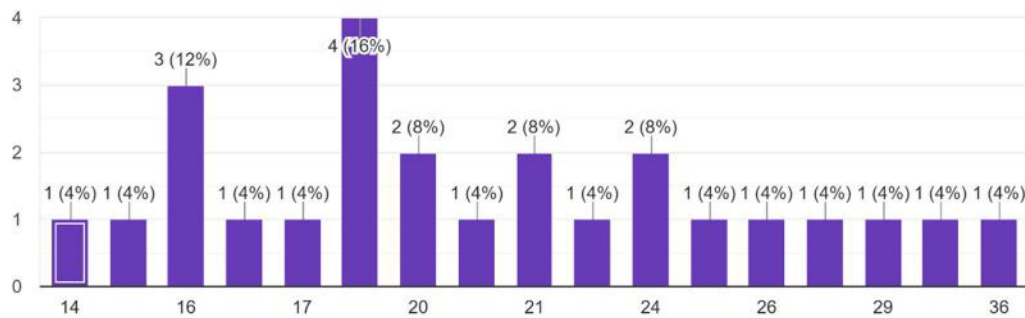
25 respostas



● 1
● 2
● 3
● 4
● +5

Com quantos anos você foi mãe?

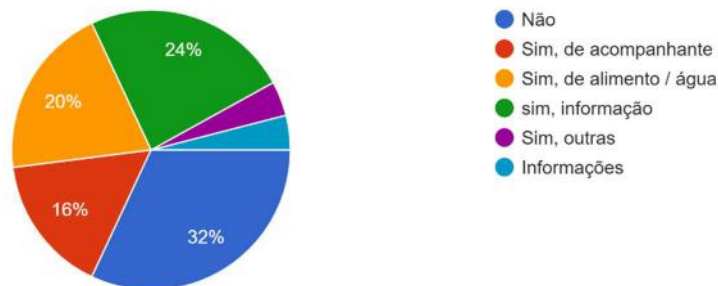
25 respostas



Sob a ótica do tratamento dispendido pela rede assistencial, no momento do pré e pós-parto, nota-se que a privação da informação e consentimento sobre os procedimentos adotados é uma das principais causas de identificação da violência pelas entrevistadas. Senão vejamos:

Você teve alguma privação no momento do parto?

25 respostas



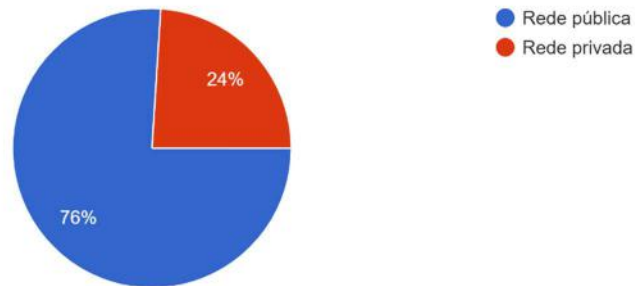
Outro ponto a ser abordado pela amostragem obtida, se relaciona a tendência maior de violações no âmbito público. 76% das mulheres que responderam à pesquisa tiveram seu pré-natal e parto em maternidades públicas do Estado do Rio de Janeiro.

Nos depoimentos foi possível identificar que causas como: a superlotação das maternidades, a ausência de profissionais de plantão e a precarização do atendimento ocupam a maior parte dos cenários de violação, nos fazendo refletir que a ausência de políticas públicas eficientes corrobora para o alto índice de recorrência destes casos.

Vejamos os índices colhidos na amostragem da pesquisa:

Onde teve seu bebê?

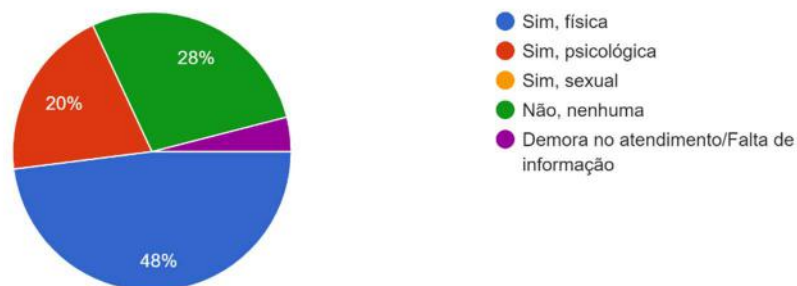
25 respostas



Quanto as modalidades de violência obstétrica sofridas pelas entrevistadas temos no topo da cadeia de análise a violência física, com 48% dos casos. Neste índice, pudemos ver a utilização recorrente dos mecanismos excedentes, tratados no capítulo 4 deste trabalho. Em seguida, ocupando a segunda posição de violação, temos a violência psicológica, presente em 20 % dos casos. Observem que apenas 28% das mulheres relatam não terem sofrido nenhum tipo de violência ou negligência assistencial, de forma não coincidente todas tratadas na rede privada.

Você sofreu algum tipo de violência no parto?

25 respostas



A análise dos dados aqui expostos nos permite concluir que há um perfil majoritário de mulheres expostas a violência obstétrica nas maternidades do estado do Rio de Janeiro. A

grande maioria jovens, periféricas, dependentes da assistência pública e gratuita, com baixa escolaridade e acesso à informação. Note-se que 68% das entrevistadas alegam terem sofrido algum tipo de negligência no processo parturitivo, algumas delas antes mesmo da fase conceptiva.

Analisar sistematicamente a violência obstétrica perpassa – necessariamente – pelo entendimento de suas raízes, sobretudo, sociais. A propagação de informação, o respeito a autonomia feminina e a conscientização sobre os direitos reprodutivos e humanos da mulher, se mostra vital no combate a uma violência institucionalizada e cada vez mais cotidiana.

6. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O CONCEITO SOBRE A ÓTICA DOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS

Embora a violência obstétrica seja sentida e vivenciada em um a cada quatro partos realizados no Brasil, o desconhecimento de seu conceito enquanto construção jurídica ainda é latente entre os principais atores sociais envolvidos. Como cediço, entende-se como violência obstétrica a negligência assistencial, a violação física, psíquica, reprodutiva e sexual de mulheres grávidas ou em trabalho de parto.

Ao adentrarmos mais profundamente na empiria, verificamos que o desconhecimento da violência obstétrica não se dá só em relação a sua terminologia, mas principalmente no reconhecimento de que a adoção de métodos e práticas interventivas, no contexto parturitivo, constituem violações passíveis de tutela jurídica e assistencial.

Em que pese o sentimento de constrangimento, impotência, e, por que não falar das sequelas físicas suportadas pelas vítimas da violência obstétrica, tais intervenções foram – por muito tempo -legitimadas pela ausência de informação, já que estamos tratando de mulheres sobretudo periféricas e de baixa escolaridade.

Sobre o desconhecimento do conceito de violência obstétrica e a falta de correlação entre a experiência vivida, vejamos o depoimento de Laura:

“no dia que minha filha nasceu, dei entrada no hospital com pouca dilatação e me puseram em espera por aproximadamente umas 5h, foi quando me disseram que teriam que manipular ocitocina para estímulo do parto, o que mesmo não concordando aconteceu. Poucos minutos depois eu comecei a sentir dores muito fortes e fui levada direto a sala de parto. Durante o processo eu gritava para que fosse realizada a cesárea, pois sentia que tinha algo de errado comigo. Foi quando **o médico debruçou em cima da minha barriga e começou a pressionar pedindo que eu fizesse força pra expelir a neném.** Eu não suportava mais de dor e depois de muito sufoco minha filha nasceu, **o ombro dela foi descolado devido a força que o médico fez sobre a minha barriga. Na época não sabia o que era isso e nunca corri atrás dos meus direitos, hoje eu sei que sofri violência obstétrica e meu parto foi uma experiência tão terrível pra mim que nunca mais quis saber de filho**”
(Laura, mulher vítima de violência Obstétrica)

A partir do relato de Laura é perceptível que o desconhecimento da violência obstétrica, enquanto uma violação de direitos, passível de tutela jurídica, é extremamente nocivo à medida que naturaliza, legitima e silencia comportamentos danosos e completamente traumatizantes.

Percebam que a entrevistada deixa bem clara a utilização de um procedimento banido pela Organização Mundial da Saúde, desde 2017, a manobra de Kristeller²⁴. Laura relata que a força projetada pelo médico em sua barriga foi tão forte que a sua bebê nasceu com descolamento do ombro, provando que a utilização de mecanismos excedentes, no contexto do parto, permanece sendo prática costumeira entre a classe, apesar das inúmeras sequelas que podem ser geradas.

Outro ponto muito importante a ser abordado, ainda com relação ao desconhecimento da violência obstétrica, diz respeito a impunidade destes casos que, na maioria das vezes, se quer chegam ao judiciário pela ausência de informação e correlação entre a experiência vivida e a prática da violência obstétrica.

24 CONASEMS. **PORTARIA Nº 353, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017** Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2017/02/portaria353.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade 20 Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra; 1996.

Vejamos o que disse Fernanda sobre o assunto:

“Eu era muito nova e não tinha conhecimento do que podia ou não ser feito quando fosse a hora de ter o bebê, fui para hospital e me fizeram esperar o dia amanhecer para ser atendida porque era troca de plantão e segundo a médica eu era “novinha” e tinha “vigor” para esperar. Às 8h da manhã me levaram ao centro cirúrgico dizendo que eu teria um parto normal, fiquei ali fazendo força, urrando de dor e nada do Lucas nascer. Fizeram aquele “corte do marido” (que eu só soube depois) e foi aí que viram que o Lucas estava enrolado no cordão, mesmo vendo que não dava a médica me mandava empurrar e quando eu disse que não suportava mais ela disse que “na hora que eu fiz eu não pensei na dor”. **Tiveram que fazer uma cesárea de emergência e quando meu pai foi reclamar dizendo que iria processar o hospital a médica mandou ele ir porque no conselho “é médico julgando médico”. É por isso que esses casos não vão pra frente, além de tudo que a gente passa tem aquela sensação de que não vai dar em nada.**” (Fernanda, mãe aos 16 anos)

Note-se que, neste mesmo contexto, observa-se uma tendência de descrédito na justiça, por parte das próprias vítimas de violência obstétrica. Além de todo sofrimento suportado pela experiência traumática da violação, há a reprodução por parte dos profissionais de que estes casos não irão a lugar algum. A sensação de impunidade aliada à falta de informação, faz com que haja uma verdadeira legitimação das práticas abusivas e baixíssimos índices de recorribilidade indenizatória na esfera judicial.

Os danos físicos e psíquicos de tais violações são tão lesivos que Laura retrata em sua fala que “seu parto foi tão terrível, que nunca mais quis saber de filho”. Percebemos, portanto, que a difusão do conhecimento e a intensificação dos debates, tanto no meio social quanto acadêmico, acerca das práticas envolvendo a violência obstétrica, se mostra urgentemente necessária, à medida que sua propagação figura como importante ferramenta de reação destas mulheres às práticas que impactam não só em suas vidas, mas na vida de seus filhos.

Ainda com relação ao reconhecimento do conceito de violência obstétrica, há de se falar sobre sua percepção do ponto de vista da classe médica. De acordo com o médico Adolfo, graduado em Medicina com especialização obstetrícia, o reconhecimento da utilização de certas

práticas como violência ainda encontra bastante resistência entre a categoria. Vejamos que disse em seu relato:

“Uma parte dos médicos, mais conservadores, acreditam que **encarar métodos milenares como violação é ferir a sua liberdade profissional e deslegitimar sua técnica, ao passo que figuram como únicos profissionais “técnicos e capazes” para decidirem sobre sua adoção.** Por outro, lado há uma crescente da discussão acerca do reconhecimento da adoção de práticas abusivas e irrestritas, por parte de médicos e professores da graduação, mais voltados para a humanização do parto. **Eu tenho um pouco mais de três anos de formado e vejo como o termo “violência” gera muito impacto na classe.** Outros países utilizam vertentes do próprio termo violência obstétrica como “desrespeitos durante a gestação”, “violação dos direitos reprodutivos”, **acho que a suavização do termo em outros lugares faz com que seu reconhecimento seja mais aceito.**” (Adolfo, médico)

Observe, que o médico acredita que há melhor assimilação do conceito de violência obstétrica, pelo corpo médico, quando usados outros termos que não trazem a noção de estarem praticando algo proibido, aviltante, violador. Adolfo relata que, suavizado ou não, fato é que a prática da violência obstétrica é real e que **“já presenciou, por vezes, em plantões anteriores ao seu, relatos de mulheres que haviam sido privadas de direitos básicos como acompanhamento, uso de anegelsia, dentre outros fatores que envolviam até mesmo coação moral”.**

Em uma última análise sobre o conceito de violência obstétrica, imperioso destacar a posição de uma das juristas entrevistadas. A professora Ruth Rocha, especialista em assuntos ligados aos Direitos Humanos e gênero, esclarece que a construção do conceito de violência obstétrica passa – necessariamente – pela caracterização desta como uma espécie de violência de gênero. Segundo a professora:

“ Podemos afirmar que a violência obstétrica é uma espécie do gênero violência de gênero, à medida que o cerne das suas violações se concentram na noção de vulnerabilidade, subalternização e objetificação da mulher. Se olharmos para o Brasil, um país tipicamente cristão, ocidentalizado, podemos notar que o parto foi por muito tempo encarado como “castigo”, “penitência” do pecado da mulher que desfrutou de “prazeres carnis”. Isso era ainda mais intensificado em se tratando de mães solo. Deste

contexto, decorre a ideia de que o sofrimento de uma mulher parindo é natural, decorrente de sua própria condição de mulher e qualquer excesso nesse contexto deve ser suportado em nome de um bem maior: o bebê”. (Ruth Rocha, Advogada especialista em V.O)

Em síntese, neste tópico, nos propusemos a analisar os dados obtidos da empiria, de modo a entender a correlação entre o conceito e a prática da violência obstétrica, sob a ótica de todos os atores sociais envolvidos neste cenário, isto é, das mulheres vítimas de violência, dos médicos atuantes no meio obstétrico e de juristas dedicados ao tema.

7. QUESTÕES DE GÊNERO LIGADAS À PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A luta da mulher por condições igualitárias, ao longo da história, se configura ponto de grande relevância à discussão acerca da prática de violência. Por muitos séculos a condição da mulher foi subalternizada, como reflexo das sociedades patriarcais. Embora tenha havido grande ascensão, no que tange à posição social da mulher, seja na conquista dos Direitos Políticos (1932), na sua profissionalização e autonomia, nota-se ainda resquícios de desigualdade ligadas, sobretudo, a questões de gênero.

A experiência materna é um evento social que promove situações significativas à sociedade, no entanto, ocorre que muitas vezes tal evento natural se torna fruto de uma violência institucional, ligada à condição de mulher. A vulnerabilidade a que uma mulher é submetida durante o parto abre precedentes para sua desvalorização e exposição ao risco.

Se levarmos em consideração o perfil das mulheres vítimas de violência, se notará que em grande parte são jovens, com baixa renda e escolaridade, periféricas e dependentes do Sistema Único de Saúde, o SUS. A objetificação da mulher, em grande parte, se dá pela noção da genitora em posição hierárquica inferior à do profissional, dotado de conhecimento especializado.

Portanto, a violência obstétrica é institucionalizada à medida que se firma sobre as relações de poder, na qual a mulher assume posição desfavorável. Vale ressaltar, que em muitos casos a violência anula a capacidade autônoma da mulher, que se vê impossibilitada de definir segundo suas próprias vontades. Há desse modo, uma tensão entre o que é violação e o que é mero procedimento.

Na entrevista realizada com a jurista Ruth Rocha²⁵ tivemos como ponto chave o termo “modelo de assimilação”, que consistiria numa espécie de cultura, conjunto de procedimentos e pensamentos que constituem uma visão de que, as práticas que podem configurar-se como violência de gênero, não são caracterizadas necessariamente pelas pessoas dos atores sociais, ou seja, não precisa constituir-se como uma prática vinda de um homem para com uma mulher. Não obstante, é o conjunto de práticas enraizadas que faz com que pessoas de ambos os gêneros, reproduzam esses hábitos e condutas.

No caso brasileiro, diante das práticas adotadas durante o parto, a jurista concluiu que o sistema obstétrico pode constituir-se como um modelo de assimilação patriarcal, refletindo nossa sociedade. A entrevistada, de modo explicativo, criou uma analogia relacionando o modelo de assimilação como uma espécie de óculos, que quando é colocado, o ator social passa a ver o mundo a partir da visão daquele modelo de assimilação, o que justificaria o fato da violência de gênero não necessariamente ser realizada apenas de um gênero para o outro, mas sim, como uma reprodução de uma sistemática social.

Em conformidade com o discurso da jurista, a médica Lúcia afirmou:

“ A problemática vai além da figura do homem sobre a mulher, a raiz se encontra no método educacional, que introduz esse modelo de assimilação através das práticas interventivas para os médicos, inseridos nesse contexto. A objetificação do corpo das mulheres durante o processo de parto ocorre de diversas formas e ultrapassa ainda os limites das questões de gênero podendo ainda considerar questões de condição social e raça, por exemplo.” (Lúcia, Médica entrevistada)

²⁵ Advogada, fundadora da ONG “Nascer Direito” e especialista em temas ligados ao Direito e Gênero, Direitos humanos e reprodutivos.

Neste tópico, destinado a análise das questões de gênero sobre a violência obstétrica, trataremos desta modalidade de violação feminina como uma espécie do gênero violência de gênero, entendendo de que modo a condição de mulher contribui para a reprodução de comportamentos violentos, no processo fisiológico do parto, que vem sendo cada vez mais patologizado.

7.1 A Objetificação do Papel Social Feminino

Um dos principais traços da violência obstétrica, como vimos na parte dedicada a exposição dos conceitos teóricos, diz respeito à violação da subjetividade da paciente, isto é, do consentimento desta na utilização de mecanismos excedentes e, principalmente, na omissão de informações essenciais à experiência materna.

Os reflexos práticos da neutralização materna, do silenciamento de suas vozes e da ausência de consentimento, sobre procedimentos que impactam em seus próprios corpos, configuram violação restritiva dos Direitos Reprodutivos. A falta de assistência começa, em muitos casos, antes mesmo de gerar para muitas mulheres que não sabem sequer em qual hospital darão à luz, por falta de alocação. Vale ressaltar, que durante a empiria verificou-se que, no plano assistencial, há uma disparidade grande entre o tratamento das parturientes em hospitais privados e públicos, carecendo os últimos de condições estruturais exorbitantes.

A violação da intimidade também se configura como um grande problema no tocante à violência, uma vez que as vítimas se veem expostas, na hora do parto, muitas vezes em posições constrangedoras, por um longo lapso temporal. O depoimento de Érica deixou muito claro o aspecto aqui discutido:

“No parto de meu primeiro filho, que perdi por negligência médica, **me deixaram toda suja e com a placenta retida por mais de 12 horas.** Quando me levaram a sala de cirurgia para realização da curetagem (que é um procedimento muito doloroso), **eu fui amarrada e ao tirarem a minha placenta eu fedia. Os resquícios do cordão umbilical já estavam**

aprocendo, só não tive uma infecção generalizada porque Deus não permitiu. Me trataram como um bicho.” (Érica)

A condição de paciente, ou seja, sujeito passivo faz com que as parturientes se sintam impedidas de exercer autonomamente as suas escolhas. O impedimento do acompanhante na hora do parto, a feitura de cesárea sem motivo fundado, a episiotomia, a retirada do bebê do colo da mãe- Golden Hour- e a utilização de medicamentos indutivos, são exemplos práticos e extremamente recorrentes de mecanismos violadores do aspecto volitivo das mulheres.

No processo de realização da empíria, não raros foram os casos em que ficou clara a violação da autonomia, subjetividade e consentimento das puérperas. A deslegitimação da fala feminina e do consentimento sobre os procedimentos a serem adotados, configura não só forte traço da violência de gênero, mas também violação dos direitos reprodutivos e infração médica, passível de sanção pelo código de ética médico, que prevê que todo procedimento adotado deve ser consentido e informado aos pacientes.

Sobre o tema, a médica lúcia afirmou em sua fala que:

“A relação de confiabilidade da paciente em relação ao médico é crucial para o desenvolvimento de um parto sem traumas. A mulher que lida com transparência, respeito e autonomia se sente mais segura e assistida. O acesso à informação e a elaboração de um plano de parto tornaria a experiência parturitiva menos temida e tensionada. A defasagem estrutural e até mesmo profissional - quantidade de enfermeiros e médicos no SUS faz com que, na maioria dos casos, não haja o acompanhamento da gestante pelo mesmo profissional do início ao fim, o que dificulta a situação. Além disso, o Brasil é um dos campeões de cesarianas no mundo, que em muitos casos são empregadas de forma desnecessária, diminuindo a frequência dos partos humanizados, que são infinitamente melhores à mãe e ao bebê. “(Lúcia, Médica)

Em suma, a subalternização feminina no processo parturitivo, reduzindo a mulher a condição de sujeito paciente, sem voz, sem escolha e sem autonomia, acaba por legitimar a violação da sua subjetividade, uma vez que se vê objetificada e incapaz de entender o que está acontecendo com o próprio corpo. É importante frisar, que a violação da autonomia da mulher é um dos principais traços da violência de gênero e se tornou um dos eixos principais da

“Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra Las Mujeres” (Convenção de Belém do Pará, 1994)²⁶.

7.2 A Naturalização da Dor e o Silenciamento Materno

O emprego da condição de mãe à mulher parturiente, frequentemente, busca conformar a dor como “preço do sacrifício”. Se levarmos em consideração o Brasil, sob o aspecto cultural, podemos atrelar a grande influência dos princípios cristãos ocidentalizados como reflexo de práticas estigmatizantes, uma vez que a Eva foi dado como castigo do pecado à dor de mãe.

A banalização da dor da parturiente se inicia com o déficit assistencial dos profissionais de saúde. Muitas vezes são expostas a horas intermináveis de dor e sofrimento, sem nenhum tipo de atenção, por se tratar de condição supostamente inerente à experiência do parto. Tal banalização pode levar essas mulheres a sujeição de graves complicações, uma vez que não há nenhum tipo de contato ou informação por parte dos profissionais.

As próprias entrevistadas confirmaram em seus discursos a ideia do escândalo como o oposto da assistência. Muitas mulheres – ainda que sintam dor - adotam o silêncio como método de obtenção do atendimento mais rápido, porque o preço de quem grita é o descaso. Em síntese, a banalização da dor indica a condição do paciente como sujeito passivo, isto é, sem voz e sem poder de questionar ou demandar o mínimo possível.

Vejamos o que disse Angélica em seu depoimento:

“No parto da Isabela, último dia do ano, cheguei ao hospital já no período expulsivo, cheia de dor, e, como era ano novo, a equipe médica estava mega reduzida e quem estava lá parecia estar zero preocupado com trabalho. Estava tendo uma festinha dos funcionários e mesmo eu gemendo de dor a obstetra veio e fez o toque, **mandando eu parar de gritar que eu iria assustar os pacientes e que lá não era lugar para ficar fazendo escândalo. As contrações foram aumentando muito e eu respondi que não conseguia**

26 Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra À Mulher, concluída em 09/06/1994. Texto integral disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm Acesso em 21/09/2021.

falar mais baixo porque eu tava sentindo muita dor, então ela virou, pegou o celular e me disse “fique aí gritando que eu tenho mais o que fazer. A hora que essa criança de fato quiser nascer você me chama.”. Me deixaram no corredor da sala de parto, morrendo de dor e sozinha, porque por conta da pandemia disseram que meu marido não podia entrar (hoje eu sei que era meu direito que entrasse). As 6h da manhã ela veio e eu finalmente fui para sala de parto, além de tudo que passei a médica ainda me impediu de ter de imediato aquele primeiro contato com a minha filha, toda vez que eu lembro disso me dá vontade de chorar!” (Angélica)

A experiência do silenciamento e da naturalização da dor foi sentida pela grande maioria das entrevistadas, alguns depoimentos demasiadamente impactantes. Em consonância ao que disse Angélica, vejamos o depoimento de Aline, que revelou outra face desta mesma moeda, a precarização ainda maior do atendimento em regiões longínquas e sertanejas:

“Quando engravidei da Bia, lá no sertão do Ceará, a gente não tinha conhecimento nenhum. Para ser sincera, nem médico tinha e o hospital mais próximo ficava na Cidade de Sobral, a 40km de distância. Não tive um acompanhamento pré-natal e tudo era muito precário. No dia que começou meu trabalho de parto, fomos pra Sobral. **Chegando lá eu já estava com menino “coroando” e mesmo gritando de dor ninguém me atendia. As enfermeiras, vendo que eu só tinha 16 anos e que eu gritava, me ameaçavam dizendo que quanto mais escandalosa eu fosse mais tempo ia ficar ali sofrendo.** Passou poucos minutos e minha bebê estava nascendo bem ali, no meio do corredor. Nunca me senti tão humilhada na vida, eu com as pernas abertas, na frente de toda aquela gente. Hoje em dia a gente tem informação e sabe que as coisas não podem acontecer desse jeito, antigamente era muito pior. E o tanto de menino que nascia sem vida? Era triste de ver, viu. Por essas e outras resolvi vir embora para capital”.

O relato de Aline revela outro grande fator de impacto na legitimação da violência obstétrica: a discriminação social em razão da idade da vítima. Algumas entrevistadas frisaram que por serem novas se depararam com frases humilhantes e vexatórias, que as expunham a uma condição de segregação social e – em muitos casos – a castigos exemplificativos de sua conduta. A frase “na hora de fazer não gritou” ecoa como verdadeiro jargão nos depoimentos

colhidos, no intuito de justificar a dor- a que foram submetidas estas jovens em trabalho de parto – como consequência pela vergonha ou desaprovação de terem engravidado cedo.

Segundo Raquel:

“Eu fiquei horas em trabalho de parto e os enfermeiros não atendiam o meu chamado, comecei a perder líquido e quanto mais eu gritava mais eles me mandavam calar. **Diziam que na hora de fazer eu não pensei na dor, só porque eu era novinha.**” (Raquel)

Como vimos, a visão do parto como um procedimento doloroso, sofrível e aterrorizante foi uma das causas primárias da sua medicalização, no século XIX. Deste então, com o processo de patologização de um procedimento que, via de regra, deveria seguir o fluxo natural, houve a construção de uma verdadeira relação de poder, em que os profissionais da rede assistencial figuram em posição hierarquicamente superior as parturientes, que se veem impossibilitadas de exprimirem desígnios próprios sobre o processo parturitivo.

Este cenário de redução da capacidade volitiva feminina, a longo prazo, corroborou para redução de sua autonomia e subjetividade e para a banalização da dor como um preço a ser pago para obtenção de um bem maior: o bebê. Ainda que – para tanto- tenha que ser exposta a condições aviltantes, desumanizadas e traumatizantes.

O silenciamento materno, como ferramenta de coerção e punição da mulher escandalosa e “premiação” com amparo da mulher “recatada e contida” deve ser encarado como fator primaz da configuração da violência obstétrica, enquanto violência de gênero.

8. A CONJUNTURA SOCIAL DO CENÁRIO DE VIOLAÇÃO OBSTÉTRICA

Felitti (2011) expõem em sua análise que a imagem de dor, sofrimento e medo a que são submetidas as mulheres em trabalho de parto, fez com elas entregassem aos médicos a responsabilidade integral sobre sua vida e a vida de seus bebês (FELITTI, 2011, P.115-116)

Sánchez (2015), na mesma linha de entendimento, contribui dizendo que a predominância masculina no cenário clínico passou a receber caráter de autoridade, à medida que era construída a imagem da mulher puerperal como um ser vulnerável, sujeito e fragilizado, sobretudo, em um contexto misógino e patriarcal. (Bellón Sánchez, 2015, p.103-104)

É contrapondo a técnica médica à fragilização materna, no ciclo puerperal, que é construído o escopo da violação obstétrica. De um lado a rede assistencial, dotada de expertise clínica para adoção dos procedimentos do parto, do outro a mãe, sujeito paciente, sem qualquer ingerência, autonomia ou controle sobre o próprio procedimento conceptivo.

Este cenário hierarquizado atrelado a fatores como: 1) o desconhecimento das vítimas sobre a violência obstétrica, 2) a negligência assistencial, 3) a precarização da saúde pública e 4) a utilização de métodos invasivos e excedentes, faz com que uma a cada quatro experiências do parto sejam violentas, segundo o mencionado estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010).

Nesta categoria de análise, esta pesquisadora buscou assimilar – através das entrevistas colhidas – a conjuntura social deste cenário de violações. Para tanto, dividimos a reflexão na análise das principais práticas invasivas adotadas e no comportamento da rede assistencial, quer na coação moral das puérperas, na privação de água, alimentação e acompanhamento ou na supressão de informações sobre os procedimentos a serem adotados.

8.1 Negligência Assistencial

Na parte dedicada a revisão de literatura vimos, quase de forma unânime, a abordagem dos autores e especialistas sobre a negligência assistencial, como sendo uma das principais causas da recorrência da violência obstétrica. De acordo com Sánchez (2015), as ações caracterizadas como parte da violência obstétrica sujeitam a patologização do corpo das mulheres grávidas, a medicação de seus processos reprodutivos e a tratamentos desumanizados e contrários a sua integridade (SÁNCHEZ, 2015, p. 94, tradução própria).

Segundo Pereira (2012), a violência - por vezes - já ocorre no período de acolhimento e preparação para o parto (chamado de pré-parto) gerados pela ausência de atenção necessária por parte dos profissionais da saúde. Com isso, as parturientes acabam por ter que passar essa primeira etapa do processo parturitivo sozinhas, com dores e sentimentos insatisfatórios em relação à rede assistencial. (SANTOS; PEREIRA, 2012, p.84).

Nátalia relata a gravidade da falta de assistência pré-parto:

“fiquei 16h em trabalho de parto e me senti com muito medo pois só havia uma médica atendendo. A mesma médica que estava atendendo os partos, estava cuidando dos doentes. Conforme a dilatação e as contrações iam aumentando, nós chamávamos ajuda, mas era muita gente a ser atendida e aquela médica nem que quisesse daria conta sozinha. **Quem fez meu parto foi uma enfermeira, que estava muito nervosa por sinal. Se eu tivesse alguma complicação, não teriam profissionais para me auxiliar, é tanta negligência que todos os meus outros filhos eu me esforcei para ter em maternidades privadas.**” (Natália, mãe entrevistada)

No trecho destacado por Natália, há a descrição de um problema crucial quando tratamos de negligência assistencial: a precarização da saúde e a falta de funcionários. A entrevistada relata que seu parto teve de ser feito por uma enfermeira, profissional que – tecnicamente- não é habilitada para a realização do procedimento natal.

Natália relata ainda que a mesma médica que cuidava dos partos, era a mesma que atendia aos doentes da enfermaria, mostrando a insuficiência dos profissionais que – muitas vezes – incorrem em negligência até mesmo por falta de opção, como nestes casos de acúmulo de serviço. A demanda de trabalho, em grandes centros públicos, associada a falta de profissionais habilitados, sem dúvidas, contribui para a oportunização da negligência assistencial, e, por consequência, da violência obstétrica.

Veamos ainda o que disse o médico Adolfo sobre o tema:

“A gente trabalha com pouco recurso e muita demanda, nem sempre temos equipamentos de qualidade e quantitativo suficiente de profissionais que

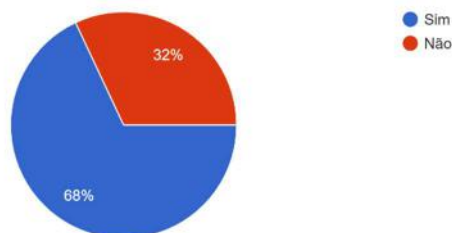
atendam todo mundo. Os centros mais populares, então, estão sempre superlotados e – infelizmente – reconheço que por todos esses fatores, muitas vezes, as gestantes ficam sem a assistência devida. Os centros que funcionam muito bem, funcionam por boa vontade do médico. Você não pode esperar que o médico seja 100% por boa vontade, quando tudo em volta contribui para o contrário.” (Adolfo, médico)

Notamos, portanto, que a negligência assistencial é um dos principais fatores ligados à prática da violência, quer pela precarização dos sistemas de saúde, quer pelo próprio descuido dos profissionais. Na revisão de literatura percebemos que o Brasil é um dos países com maiores índices de realização de cesarianas no mundo, e, segundo o médico entrevistado, 90% destas cesáreas são realizadas por opção da gestante, que teme ter que passar pela dor e angústia do parto normal, uma vez que possuem históricos altíssimos de intervenções abusivas e inadequadas. Sobre o tema o médico explicita:

“No SUS, embora tenham mais partos normais, também têm muitas cesáreas. **O “cara” - médico- quer descansar, não quer vigiar a mulher, e vai lá e opera logo, muitas vezes por opção e não por estrita necessidade.** Para o médico é muito mais prático fazer uma cesárea.” (Adolfo, médico)

Em suma, é perceptível que diversos fatores sociais corroboram para a alta incidência de negligência assistencial durante o parto. O gráfico abaixo ilustra o grave percentual obtido pela pesquisa empírica realizada:

Você sofreu negligência médica assistencial?
25 respostas



Como podemos observar, 68% das mulheres entrevistadas afirmam terem sofrido negligência assistencial durante o parto, quer pela privação de informações, quer pelo atendimento demorado, que em algumas delas, culminou em complicações de parto e até mesmo na mortalidade fetal.

Vejamos o impactante depoimento de Stéfani, e Raquel, que perderam seus bebês em razão da negligência assistencial:

(...) Vamos ver até onde eu consigo contar, ainda é muito recente e difícil para mim. No ano passado eu perdi minha filha Maria Flor – que agora está junto de Deus – por conta da negligência médica. **Eu estava com 8 meses e fui fazer um exame de rotina para marcação do parto, porque minha gravidez era de risco. Chegando no hospital o médico fez um exame de toque, foi tão grosseiro que ali mesmo eu comecei a perder líquido. Passei dias perdendo líquido e no quarto dia tive um sangramento e fui correndo direto para o hospital e nada de me darem uma resposta, voltei para casa sem que realizassem meu parto. No dia seguinte, minha pressão subiu muito e tive uma pré-eclampsia, chegando no hospital a médica de plantão questionou o porquê me deixaram voltar para casa tantas vezes sabendo que meu caso era grave. Fizeram o meu parto com urgência e minha filha já nasceu sem vida. Fiquei alguns dias no CTI do hospital e tive que fazer a retirada do meu útero.** Nem um bicho merece passar pelo que eu passei, estava tudo pronto pra ela chegar e eu mal pude ver o seu rostinho. (...) desculpa mais eu não consigo mais continuar falando sobre isso.” (Raquel)

“fiquei **23 horas em trabalho de parto, sem receber atendimento, meu filho ingeriu mecônio e teve uma série de complicações em decorrência disso. Foram 41 dias de uti neo-natal, até que Deus recolheu o meu pequeno.** Tive de ouvir do médico, mesmo não aguentando mais de dor, que eu tinha que suportar porque eu era uma mulher preta. Uma sensação enorme de dor e impotência saber que perdi meu filho para o descaso e o preconceito. Um trauma que marcou minha vida para sempre, em agosto meu filho completaria um aninho.” (Stéfani)

Por todo o exposto, é preciso encarar a negligência assistencial, das mulheres em trabalho de parto, não só como violência obstétrica e reprodutiva, mas também como um grave problema de saúde pública, isto porque, a grande maioria das mulheres que alegaram não terem sofrido negligência assistencial, tiveram seus partos realizados na rede privada.

8.2 A Utilização Irrestrita dos Métodos Interventivos

No capítulo quatro deste trabalho de monografia, abordamos a despeito da adoção irrestrita de procedimentos invasivos, uma prática cotidiana que causa uma série de transtornos tanto físicos, quanto psicológicos as mulheres vítimas de violência obstétrica. Tais danos podem, inclusive, estar diretamente relacionados aos problemas que vieram a ter no seu cotidiano, trabalho e – até mesmo – nas relações sexuais, pós conceptivas.

Como cediço, a adoção de práticas interventivas se dá pela naturalização de modelos de assimilação que geram a reprodução de tais hábitos e condutas, reflexo tanto da prática da medicina, quanto do próprio ensino comumente ministrado na graduação. Sobre o tema vejamos o que disse Lúcia (médica entrevistada):

“A obstetrícia no Brasil, de uma forma geral, ela é relativamente desatualizada. Eu tive um professor na faculdade que disse que uma das grandes invenções da humanidade era o fórceps (há dez anos). **A medicina brasileira é muito conservadora em todos os aspectos, inclusive em incorporar avanços principalmente quando eles não vêm “de cima pra baixo”, de conselhos ou protocolos. Quando não vem de cima pra baixo, é muito difícil debater qualquer tema. Existe uma resistência muito grande na medicina – dentro das faculdades brasileiras, de uma forma geral – em debater qualquer tema em que você conteste a forma vigente com que as coisas são feitas.**
(Lúcia, médica)

Neste trecho da fala de Lúcia, podemos observar que a identificação -pelos profissionais de saúde - de que a adoção de tais práticas interventivas pode configurar uma violência, a obstétrica, encontra muita resistência. Tal resistência advém principalmente da ideia de que o profissional, enquanto técnico e habilitado na função, tem poder de escolher adotar o método que lhe convier, ainda que a adoção deste método seja invasiva, não consentida e danosa ao paciente.

Outro ponto abordado pela Médica, trata do ensino ministrado desde a graduação – principalmente entre os profissionais mais conservadores - que tende a entender a adoção dos métodos interventivos como o ápice da evolução médica, ainda que debates acadêmicos

comproven a desnecessidade de sua adoção (como no caso da Manobra de Kristeller) ou a necessidade do obediência de alguns requisitos, como no caso do fórceps, que é permitido desde que restrito a condições previamente delimitadas.

Acerca do tratamento por parte dos que trabalham na área de obstetrícia, Santos e Pereira (2012) sugerem que:

“É preciso repensar a atuação dos profissionais de saúde e o modelo de atenção que valoriza a técnica em prol do relacionamento humano, para assim proporcionar condições para a inclusão da figura do acompanhante no cenário da parturição, já que negar este direito à mulher corresponde à violação de um direito fundamental de sua vida que é o de ser considerada como ser humano dotado de necessidades.” (SANTOS; PEREIRA, 2012, p. 86).

Neste contexto, tanto Santos e Pereira (2012) quanto Sanchez (2015), acreditam na grande responsabilidade dos profissionais em relação ao tratamento que é prestado às puérperas, sendo eles os que podem melhorar o quadro ruim que ainda ocorre em muitos hospitais.

Para os autores:

“a atenção humanizada será factível apenas quando os diversos atores envolvidos na parturição se dispuserem a repensar sua prática diária, redimensionando-a, quando necessário se fizer ou, negativamente, agravando ainda mais o problema. Nesta perspectiva, podem se converter em agentes-chaves para o respeito da autonomia e agência das mulheres em relação a seu corpo e o de seus bebês, ou pelo contrário, em profissionais com grande poder para exercerem controle e violação de direitos.” (SÁNCHEZ, 2015, p. 95, tradução própria).

Em que pese a difusão de informações e a emissão de resoluções, pelos principais órgãos atrelados à saúde, conscientizando a classe médica sobre os riscos da adoção irrestrita de algumas práticas, há de se falar em uma tendência costumeira de reprodução delas. Isto porque, há a ideia de que determinados estímulos do parto propiciam maior segurança do bebê, à medida que aceleram o seu procedimento fisiológico natural. A vivência prática das

experiências, no entanto, descortina que a utilização de tais procedimentos- muitas vezes -se fundamenta na impaciência do médico e não na necessidade da adoção do procedimento.

Vejamos o que disse Ana Paula (entrevistada) sobre o tema:

“(...) depois de ter esperado todo aquele tempo para ter a Clara, finalmente me levaram para sala de cirurgia. Eu fiquei ali fazendo força por bastante tempo e a médica só reclamava dizendo que eu era fraca e de que se o neném entrasse em sofrimento seria por minha culpa. Eu estava dando o meu máximo, só que cada bebê tem o seu tempo. **Foi quando a médica olhou e falou: “pega o fórceps aí, tô de 36h (plantão) hoje, era pra eu estar no descanso e se eu depender dessa menina, não nasce hoje”, a própria instrumentista perguntou a ela se era necessário e ela disse que ela era a médica e que ela estava cansada de esperar. Em nenhum momento me informaram o que estava fazendo e claramente ela usou aquele negócio só porque estava com pressa para dormir.** Mas sabe como é né? Hospital público, a gente nem pode falar muita coisa” (Ana Paula)

Outro ponto importante sobre a utilização dos procedimentos invasivos no parto, diz respeito a falta de informação e consentimento das parturientes sobre o que está sendo realizado em seus próprios corpos. Sobre o assunto, o médico Adolfo nos explicou, em sua entrevista, que atualmente predomina-se o modelo biomédico, o modelo de olhar só a doença e não o paciente. Segundo o obstetra:

“ao referir-se a paciente apenas como um ser patológico, há a construção de um monopólio médico, sobre o parto, que decorre de um ensino acadêmico não empático, que ensina o profissional a lidar com doenças e não com pessoas. Por esta razão, que **nesta relação de poder, a gestante é cada vez mais passiva, de modo que o profissional entende que nem vale a pena explicar sobre o procedimento, quiçá questioná-la sobre a adoção, simplesmente por ser leiga em um assunto, cujo domínio encontra-se nele.** Eu acho que é uma estrutura de poder relacionada a posição que o médico ocupa na sociedade. O médico ocupa uma relação de poder muito clara em relação ao resto das pessoas. **A gente aprende isso ao longo da faculdade. “Você é o médico, você vai salvar vidas, você é mais importante que todo mundo.”. Só você ver que muitos médicos não aceitam bem ser contestados por muitas pessoas. (...) Os médicos esperam um voto**

automático de confiança das pessoas, mas você não confia automaticamente em ninguém. Por que eu deveria confiar no médico? (...)

Isso é bastante complicado, e é muito difícil pros médicos descerem desse altar e ficarem no meio das pessoas de verdade.” (Adolfo, médico)

Dentre as práticas recorrentes mais adotadas estão, sem dúvida, a episiotomia e o uso do fórceps. Insta frisar, que diferentemente da manobra de Kristeller - que foi banida por diretiva geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2017 – tais procedimentos não são considerados proibidos, mas sua utilização deve-se adequar a esfera da necessidade clínica da paciente. Ademais, segundo CUNHA (2011), o uso destes métodos deve observar condições preliminares, quais sejam: o uso analgesia, esvaziamento do colo e da bexiga e a lubrificação.

Na prática, observa-se que a utilização dos procedimentos não se atém a gravidade do quadro clínico da paciente, tampouco ao obediência das condições recomendadas, pelo contrário, o método é utilizado como um “facilitador” da expulsão do bebê, e, não raro seus efeitos implicam em danos severos a mãe e ao feto.

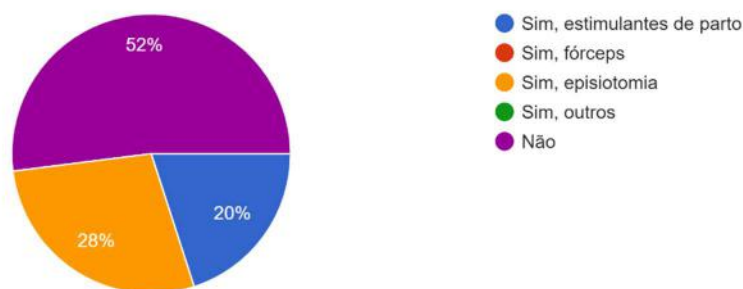
Vejamos o que disse Lúcia:

“A episiotomia, no Brasil, tem taxas altíssimas: chega no SUS a 70% ou 60% de todos os partos normais. **Qual é o grande problema da episiotomia? Primeiro, a gente não sabe se ela funciona direito; segundo, ela é feita sem consentimento, e isso é uma forma de violência obstétrica. O médico fala: “Vou fazer só um cortinho aqui, tá?” e faz. Não é algo do tipo: “Olha, eu vou fazer um procedimento. Ele tem estes efeitos, pode ter estes danos... posso fazer?”** e a mulher poderia dizer não.” [...] os médicos (mais velhos), na verdade, nem enxergam isso como uma violência. Eles falam: “ah, a mulher é chiliquenta”, “ah, a mulher reclama de tudo”. A própria psiquiatria, há 50 anos atrás, chamava a doença psiquiátrica de histeria. Histeria vem de hysterikos, que quer dizer “útero” em grego. A ideia de doenças mentais era de que isso estava relacionado com o lado feminino do ser humano”(Lúcia, médica)

No tocante as vivências colhidas da pesquisa empírica realizada, não raros foram os depoimentos em que se demonstrava clara a utilização desnecessária, agressiva e não consentida dos métodos interventivos, tais como: a episiotomia (28%), o uso de estimulantes (20%) e, até mesmo, a banida prática da manobra de Kristeller. Vejamos o gráfico que ilustra a amostragem:

Os médicos realizaram algum procedimento não consentido por você?

25 respostas



Sobre o tema, passaremos a expor uma série de relatos em que se demonstram os danos da utilização equivocada dos procedimentos interventivos do parto, que vão desde hemorragias (pelo mau uso da episiotomia), até fraturas no feto, decorrente da utilização da manobra de Kristeller:

“Na minha segunda filha me disseram que eu não tinha passagem, fiquei 16 horas sentindo dores fortes. Na troca de plantão, o médico sabendo que já esperava esse tempo todo, estourou a minha bolsa e fez um parto normal forçado. **Meu bebê não saía e para acelerar uma médica sentou na minha barriga no momento forte da contração. Minha filha nasceu com a clavícula quebrada e só depois eu soube que tive um corte na vagina, quando vi os pontos.**” (Luana)

“no meu parto, eu gritava muito porque me obrigaram a fazer força, mesmo sem ter passagem. **O médico me deu uns tapas na frente da minha mãe e disse que “se eu não quisesse gemer de dor, pensasse bem antes de gemer de outra forma”. Além desse assédio terrível, uma enfermeira empurrava com o braço a minha barriga, o médico uma hora chegou debruçar sobre**

mim. A Maria nasceu cheia de marcas no corpo, tipo hematoma e nem chorar ela chorou.” (Carina)

A frequência com que os relatos, tanto dos médicos quanto das parturientes, revelam a utilização arbitrária, temerária e não consentida dos métodos excedentes, demonstram a gravidade da legitimação das práticas. Tais práticas, decorrem da tentativa de aceleração do parto pelos profissionais da rede assistencial (médicos, enfermeiros e técnicos) que optam por adotá-los, ao invés de seguirem o seu rito fisiológico natural - que pode ser longo e demorado.

Por todo exposto, nota-se que uso irrestrito e não recomendado dos métodos interventivos pode gerar, para além das sequelas psicológicas – que envolvem desde depressão pós parto, até fobias – danos físicos irreparáveis que vão desde a incontinência urinária e fecal, prolapso de órgãos, laceração perineal de terceiro e quarto grau, infecções e hemorragias. (PRIETO LNT, et al., 2017; GARRETT CA, et al., 2016).

9. DOS MECANISMOS JURÍDICOS DE PROTEÇÃO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como vimos ao longo de todo este trabalho de monografia, a violência obstétrica – enquanto espécie do gênero violência de gênero – conceitua-se como a adoção de quaisquer práticas e/ou procedimentos que retirem da mulher, durante o processo pré ou pós parturitivo, o direito sobre sua autonomia, liberdade e consentimento.

Ademais, caracteriza-se como violência obstétrica a negligência assistencial, a discriminação social ou a exposição a riscos e danos físicos, psíquicos, reprodutivos e sexuais, a que são submetidas enquanto da experiência materna.

A despeito da urgência, relevância e gravidade do tema, neste capítulo nos dedicaremos a análise jurídica da problemática da violência obstétrica, sob a ótica do ordenamento jurídico brasileiro e dos principais dispositivos legais internacionais. Deste modo, buscaremos mapear o amparo jurídico dado as vítimas desta violência de modo a identificar de que forma o

judiciário brasileiro tem recepcionado tais casos e quais os pontos de melhoria poderão ser adotados para garantir maior segurança jurídica aos seus atores sociais.

9.1 A Violência Obstétrica no Âmbito Internacional

Com a intensificação dos movimentos feministas, na década de 70, os debates a cerca dos direitos e garantias da mulher vieram à tona com grande intensidade. Nesta senda, os direitos reprodutivos e sexuais passaram a ser pauta da luta por direitos humanos e igualitários, que -mais tarde- culminaria na I Conferência Internacional da Mulher²⁷, realizada pelas Nações Unidas, em 1975.

O primeiro avanço trazido pela referida conferência foi o reconhecimento da autonomia reprodutiva da mulher, isto é, a garantia do controle de sua integridade corporal. Vejamos o que dispôs o item 113 da resolutiva:

“No contexto dos serviços gerais de saúde, os Governadores devem prestar atenção especial às mulheres, especialmente nas necessidades de saúde, fornecendo: serviços de entrega e pré-natal e pré-natal; serviços de ginecologia e planejamento familiar durante os anos reprodutivos; serviços de saúde abrangentes e contínuos direcionados a todos os bebês, crianças em idade pré-escolar e escolar, sem preconceito em razão do sexo; conhecimento específico para meninas pré-adolescentes e adolescentes e para os anos pós-reprodutivos e velhice; e pesquisas sobre os problemas especiais de saúde das mulheres. Os serviços básicos de saúde devem ser reforçados pelo uso de pessoal médico e paramédico qualificado.[12]”

Em 1979, surgiu o primeiro tratado internacional sobre o direito feminino, a saber, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. A Convenção da Mulher tornou-se um verdadeiro marco histórico na luta dos direitos femininos, à medida que estabeleceu parâmetros e garantias aos direitos humanos e reprodutivos das

27 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **The United Nations and The Advancement of Women** – 1945-1996. The United Nations Blue Books Series, vol. VI, New York: United Nations Publication, 1996.

mulheres, sendo considerada padrão internacional para julgamento de ações estatais envolvendo o tema.

Em 1994, com a realização da Convenção de Belém do Pará, houve a delimitação do conceito de violência contra a mulher, caracterizando-a como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (NAÇÕES UNIDAS, 1994; SOUZA et al., 2010).

A partir do cenário de avanços, nas pautas envolvendo o direito feminino, a Venezuela por meio da Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a Uma Vida Livre de Violência (lei 38.668/07)²⁸ trouxe – pela primeira vez – a violência obstétrica enquanto conceito jurídico a ser tutelado. Segundo o art. 13 e seguintes da lei:

“se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e de processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em tratamento desumanizador, em um abuso de medicação e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.” (Art. 13 -15).

Em consonância ao entendimento de assegurar a autonomia feminina e a segurança jurídica das parturientes, a Argentina - com a edição da lei 26.485/09 - conceituou a violência obstétrica como “o conjunto de condutas, ações ou omissões que, de maneira direta ou indireta, tanto nos espaços públicos como nos privados, baseadas em uma relação de desigualdade de poder, afetem a vida, a liberdade, a dignidade, a integridade física, psicológica, sexual, econômica ou patrimonial, bem como a segurança pessoal da mulher²⁹ (ARGENTINA, 2009; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012)

28 Lei 38.668/2007, primeira lei a tratar a violência obstétrica como um conceito jurídico. Disponível em: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf acesso em 21/09/2021.

29 Lei 26.485/09, disponível em:

https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0859.pdf acesso em 21/09/2021

A construção jurídica do conceito de violência obstétrica, trazida tanto pela lei venezuelana quanto pela argentina, possibilitou que temas como autonomia, consentimento e subjetividade, pudessem ser regulados e debatidos. A partir daí, a patologização e a mercantilização do procedimento fisiológico do parto passou a ser encarada como um cenário potencial de violações femininas, à medida que reduzisse à mulher a condição de um sujeito paciente e incapaz de dispor sobre as medidas que afetassem o seu próprio corpo.

9.2 A Violência Obstétrica no Brasil

Em que pese a alta recorrência de casos envolvendo violência obstétrica no Brasil - que segundo a fundação Perseu Abramo (2010) chega a 25% dos partos realizados – não há uma disposição legal que a regule de forma específica, como ocorre em países como Argentina, Chile e Venezuela.

Por meio da já mencionada Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), o Brasil tornou-se Estado-Parte signatário do tratado, por meio do Decreto de 4.377/02³⁰, assumindo por seu escopo a responsabilidade de que fossem adotadas todas as medidas de proteção necessárias – tanto do ponto de vista jurídico, quanto de implantação de políticas pública eficientes.

De acordo com o art.12, II da Convenção:

Artigo 12 -1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.

30 NU MULHERES. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, 1979**. Disponível em http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1o, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância.”.

O compromisso firmado pelo Brasil perante o referido diploma internacional, não impediu que o Estado se tornasse réu em casos emblemáticos de violação ao direito gestacional da mulher, como foi o de Alyne Pimentel (2002), primeira condenação internacional do Brasil em razão de violência obstétrica.

Sobre o referido caso Catoia, Severi e Firmino (2020) afirmam que:

O Comitê CEDAW decidiu, em síntese, que o Estado brasileiro violou as obrigações do artigo 12 (acesso à saúde), artigo 2º, c (acesso à justiça), juntamente com o artigo 1º da Convenção, lidos em conjunto com as Recomendações Gerais nº 24 e 28 da CEDAW. **Ele considerou o Brasil responsável: pela falha no monitoramento das instituições privadas no que se refere aos serviços médicos por elas prestados; pela falha no atendimento às necessidades de saúde específicas de Alyne; pela falha em não adotar um enfoque interseccional nos serviços a ela prestados e pela falha em cumprir com suas obrigações de assegurar ação judicial e proteção efetivas.**

(...) Seguindo o previsto no Protocolo Facultativo da CEDAW, o Comitê formulou recomendações ao Estado brasileiro considerando tanto a dimensão individual quanto estrutural do caso. **No tocante à dimensão individual, o Comitê reconheceu os danos causados à mãe de Alyne e os danos morais e materiais sofridos por sua filha. Em razão disso, solicitou que o Brasil garanta a reparação apropriada, inclusive financeira, para a mãe e a filha de Alyne, a ser definida considerando a gravidade das violações em questão.**

(...)Sobre as causas sistêmicas, o Comitê requisitou que o Brasil: **garanta o direito das mulheres à maternidade segura e a preços acessíveis, aos cuidados obstétricos de emergência; reduza as mortes maternas evitáveis por meio da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna no nível estadual e municipal, incluindo a criação de comitês de mortalidade materna onde eles ainda não existam; ofereça treinamento profissional adequado para os profissionais de saúde, especialmente sobre os direitos das mulheres à saúde reprodutiva; assegure que os serviços de saúde privados cumpram com padrões nacionais e internacionais relevantes de assistência à saúde reprodutiva; assegure que sanções adequadas sejam impostas aos profissionais de saúde que violem os direitos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres; e assegure o acesso à proteção jurídica adequada e efetiva em casos em que os direitos relativos à saúde reprodutiva das mulheres tenham sido violados. (...)**³¹

31CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. “Caso ‘Alyne Pimentel’: Violência de Gênero e Interseccionalidades”. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 28, n. 2, e60361, 2020.

A partir da análise do caso de Alyne, vemos que a inércia do ordenamento brasileiro sobre a violência obstétrica -cada vez mais recorrente, danosa e legitimada - tem se mostrado uma verdadeira lacuna da impunidade de seus agentes, à medida que carece de regulamentação infraconstitucional.

Encarar a dignidade parturitiva da mulher como um bem a ser tutelado pelo estado se mostra latente, à medida que assegurar a humanidade do processo fisiológico do parto é também assegurar a proteção aos direitos e garantias fundamentais da mulher.

É importante ressaltar que, até a presente data, apenas três projetos de lei envolvendo o tema foram suscitados no Congresso Nacional, quais sejam: O projeto de Lei 7.633/14 de autoria do Deputado Jean Wyllys, o projeto de Lei 8.219/17 de autoria do Deputado Francisco Floriano e o projeto 7.867/17 da deputada Jô Moraes.³²

Dentre as iniciativas apresentadas nos referidos projetos estão: I) O direito da gestante a assistência humanizada durante o pré-parto, parto e pós-parto, II) Garantia da gestante de escolher as circunstâncias, métodos e procedimentos a serem adotados, III) Garantia do fornecimento de informações adequadas e IV) Direito ao desenvolvimento de um plano individual de parto.

32 Projeto de Lei 7633/14, de autoria do Deputado Federal Jean Wyllys. Inteiro teor disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785 – acesso em 19/09/2021

Projeto 8219/17, de autoria do Deputado Federal Francisco Floriano. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=4ADB73DA542F580124833C8318C04384.proposicoesWebExterno2?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017 - acesso em 19/09/2021

Projeto 7867/17, de autoria da Deputada Jô Moraes. Inteiro teor disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996 – acesso em 19/09/2021

Além das garantias previstas nos referidos projetos, foram estabelecidos princípios que garantiriam a autonomia, consentimento e liberdade da mulher em processo gestacional, representando um importante marco teórico na legislação brasileira. Infelizmente, nenhum destes projetos foi sancionado.

Segundo Gomes (2020), dado a inércia do Congresso Nacional, os municípios brasileiros tem se mostrado importantes precursores da legislação sobre o tema, são eles: Tocantins (Lei n. 3.385/18), Santa Catarina (Lei n. 17.097/17), Rio Branco (Lei n. 2.324/19), Paraná (Lei n. 20.127/20), Sobral (Lei n. 1.550/16), Pernambuco (Lei n. 16.499/18), João Pessoa (Lei n. 13.448/17), Minas Gerais (Lei n. 23.175/18), Mato Grosso do Sul (Lei n. 5.217/18), Rondônia (Lei 4.173/217), Goiás (Lei n. 19.790/17), Amazonas (Lei n. 4.848/19), leis em sua maioria perfazendo um lapso temporal entre 2016 e 2020, conseqüentemente recentes em nosso ordenamento jurídico (Gomes, 2020)³³

A despeito da contribuição infralegal, Gomes aponta ainda a importante atuação da Rede Parto do Princípio, que elaborou uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra à Mulher, que teve como finalidade a investigação dos casos de violência obstétrica no Brasil, a partir da elaboração do dossiê intitulado “ Parirás com Dor”³⁴ (GOMES, 2020)

Segundo o autor, o documento continha uma reunião de informações sobre a Violência Obstétrica praticada nas instituições e seu objetivo era mostrar que determinados comportamentos, protocolos e intervenções invasivas e sem consentimento- encarados como naturais pelos agentes de saúde- causam traumas, sentimento de impotência e silêncio, sendo exigido pela Rede que sejam implantadas políticas públicas efetivas ao combate à Violência Obstétrica e a prestação assistencial de qualidade.

33 Gomes, Juan Pablo. A proteção e Amparo à Mulher em Casos de Violência Obstétrica: Uma análise Jurídica no âmbito Internacional e Interno. Revista Conteúdo Jurídico. 2021. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/55069/a-proteo-e-amparo-mulher-em-casos-de-violencia-obstetrica-uma-anlise-historica-e-juridica-no-mbito-internacional-e-interno> - acesso em 04/09/2021.

34 BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Relatório Final de junho de 2013. Brasília. Presidenta: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG) Vice-Presidenta: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP) Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES). Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MATE_TI_130748.pdf - acesso em 04/09/2021

Em junho de 2013, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito publicou relatório final ao dossiê da ONG, reconhecendo que o Brasil tem um número expressivo de vítimas e que a violência se encontra camuflada ou até naturalizada. (GOMES, 2020)

Por todo o exposto, resta claro que a ausência de regulação jurídica sobre a violência obstétrica -por parte do ordenamento brasileiro - mostra-se como uma verdadeira aliada da manutenção das práticas violentas, à medida que não impõe sanções, tampouco estabelece políticas públicas eficientes, que assegurem à mulher parturiente o direito a um parto digno, humanizado e livre de intervenções invasivas.

CONCLUSÃO

Por todas as considerações feitas, no presente trabalho de monografia, é imperioso destacar que a violência obstétrica figura como um grave instrumento da perpetuação da violência de gênero, à medida que retira da mulher – tanto no período pré-natal, quanto pós-conceptivo – a sua autonomia, consentimento e liberdade, reduzindo-a a condição de um sujeito paciente, vulnerável e incapaz de tomar escolhas e iniciativas sobre o seu próprio corpo.

A mercantilização e a medicalização do parto contribuíram para que o evento fisiológico natural do parto passasse a ser encarado como danoso, temerário e patológico. Foi neste cenário, sobretudo dominado pelo patriarcado e pela misoginia, que houve a construção de uma relação hierarquizada entre médico e paciente, fazendo com que os métodos e procedimentos excedentes no parto fossem adotados legitimamente, independente da informação ou consentimento da mulher.

Com a intensificação da luta pelos direitos humanos e reprodutivos, decorrentes principalmente dos movimentos feministas norte-americanos, começou-se a se questionar a forma com que procedimentos irrestritos e invasivos eram adotados, no contexto parturitivo. O

uso constante de práticas como a episiotomia, o fórceps e a manobra de kristeller contribuía para que, ao menos, 25% dos partos no Brasil fossem considerados violentos.

Não raros, nos depoimentos colhidos pela pesquisa empírica deste trabalho, foi possível observar a existência de um perfil social predominante de mulheres vítimas de violência obstétrica. Em sua maioria, jovens, periféricas, com baixa escolaridade e utilizadoras do sistema público de saúde.

A falta de informação, o desconhecimento do conceito de violência obstétrica e o descrédito na justiça fez com que muitos casos se quer fossem contabilizados, quiçá recepcionados pelo Poder Judiciário Brasileiro. O medo, o trauma e a ignorância associados a lacuna legislativa e a falta de políticas públicas eficientes, torna a violência obstétrica cada vez mais recorrente, abrupta, naturalizada e silenciosa.

Não é tolerável que uma experiência tão única e especial quanto a materna, seja cenário de constantes violações físicas, psicológicas, sexuais e reprodutivas, que fragilizam os direitos mais básicos da mãe e do bebê, tais como a vida, saúde e dignidade humana.

É necessário trazer ao centro da discussão jurídica e social a relevância prática da regulamentação da violência obstétrica, enquanto poderosa arma da perpetuação de abusos e danos irreparáveis. A inércia das principais autoridades deste país, sobre uma violência já institucionalizada, velada e cada vez mais impactante se mostra complacente a atual conjuntura social a que estão submetidas suas vítimas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface - Comunic., Saúde, Educ. , v. 15, no 36, p. 79-91, 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007 – acesso em 02/09/2021.

ARGENTINA. **Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.** Disponível em: <http://www.villaverde.com.ar/es/assets/novedades/variados/021-ley-26485-dip11-3-2009.pdf>. – acesso em 02/09/2021

GOMES, JUAN PABLO. **A Proteção e Amparo à Mulher em Casos de Violência Obstétrica: Uma análise Jurídica no âmbito Internacional e Interno.** Revista Conteúdo Jurídico. 2021. Disponível em: <https://conteudojuridico.com.br/consulta/artigos/55069/a-proteo-e-amparo-mulher-em-casos-de-violncia-obsttrica-uma-anlise-histrica-e-juridica-no-mbito-internacional-e-interno> - acesso em 04/09/2021

BRASIL. Senado Federal. **Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência.** Relatório Final de junho de 2013. Brasília. Presidenta: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG) Vice-Presidenta: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP) Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES). Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MATE_TI_130748.pdf - acesso em 04/09/2021

WYLLYS, Jean. **Projeto de Lei no 7.633**, de 25 de maio de 2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF, [2014]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. – Acesso em 19/09/2021

FLORIANO, Francisco. **Projeto de Lei 8219/17.** em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=4ADB73DA542F580124833C8318C04384.proposicoesWebExterno2?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017 - acesso em 19/09/2021

Moraes, Jô. **Projeto 7867/17.** Inteiro teor disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1568996 – acesso em 19/09/2021

CATOIA, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. **“Caso ‘Alyne Pimentel’: Violência de Gênero e Interseccionalidades”.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 28, n. 2, e60361, 2020 – Acesso em 11/09/2021

BELLÓN SÁNCHEZ, S. **La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.** Revista Internacional de Éticas Aplicadas, n. 18, p. 93-111, 2015. Disponível

em: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374> – Acesso em 01/09/2021

CARNEIRO, R. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, n. 20, p. 91-112, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000200091 – Acesso em 01/09/2021

CAMACARO, M. C. **Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica.** *Rev. Ven. Est. Mul.*, v. 14, n. 32, p. 147-162, 2009. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lang=en – Acesso em 04/09/2021

FELITTI, Karina. **Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980).** *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.113-129. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/07.pdf>. – Acesso em 21/09/2021

FERNÁNDEZ GUILLÉN, F. **¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos.** *Revista Dilemata*, no 18, p. 113-128, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106937.pdf>. – Acesso em 12/09/2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. – Acesso em 11/09/2021

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. **Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo.** *Rev. Saúde Coletiva*, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. – Acesso em 18/09/2021

ARGENTINA. Lei no 26.485, de 11 de março de 2009. **Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.** Buenos Aires, [2009]. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/4a016dd62.html>. – Acesso em 18/09/2021

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis.** Bethesda: Harvard School of Public Health, 2010. Disponível em: <https://www.urc-chs.com/resources/exploring-evidence-disrespect-and-abuse-facility-based-childbirth> – Acesso em 09/09/2021

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma**

dos direitos fundamentais. 2015. Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/10818>. – Acesso em 12/09/2021

DE SOUZA, Milena Filgueiras. **Violência obstétrica, a construção do conceito sob a ótica das moradoras do Município de São Gonçalo.** 2017. Monografia (Bacharelado em Direito) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. – Acesso em 30/08/2021

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violence against women in health-care institutions: an emerging problem.** Lancet, v. 359, n.9318, p. 1681-1685, mai. 2002. DOI 10.1016/S0140-6736(02)08592-6. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08592-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08592-6/fulltext)– Acesso em 23/09/2021

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). **Capítulo IV: Saúde Reprodutiva e Abortamento.** In: FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO (SESC). Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, ago. 2010, p. 149-223. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. – Acesso em 03/09/2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra (Suíça): OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf. – Acesso em 03/09/2021

VENEZUELA. Lei no 38.668, de 23 de abril de 2007. Ley Organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela, [2007]. Disponível em: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>. – Acesso em 11/09/2021

Schultz GD. Diário da Casa das Senhoras. 1958. Maio, **Cruelty in maternity wards**; pp. 44–45, . 152-155. – Acesso em 30/08/2021

Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas.** Agência Fiocruz de Notícias. 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas> - acesso em 16/09/2021

REAC/EJSC | Vol. 13 | e4696 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reac.e4696.2020>
1 PRIETO LNT, et al. **A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência?** Revista CuidArte Enfermagem, 2017 jul-dez; 11(2): 269-278. – Acesso em 24/09/2021

CONASEMS. **PORTARIA Nº 353, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017** Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2017/02/portaria353.pdf. – Acesso em 26/09/2021