

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE DE DIREITO**

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DE
GÊNERO: UMA LEITURA CRÍTICA E FEMINISTA**

TAMMY RODRIGUES CAVALEIRO DE MACEDO

**Rio de Janeiro
2018/1**

TAMMY RODRIGUES CAVALEIRO DE MACEDO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL
DE GÊNERO: UMA LEITURA CRÍTICA E FEMINISTA**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Fabiana Rodrigues Barletta.**

**Rio de Janeiro
2018/1**

CIP - Catalogação na Publicação

R696v Rodrigues Cavaleiro de Macedo, Tammy
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA
INSTITUCIONAL DE GÊNERO: UMA LEITURA CRÍTICA E
FEMINISTA / Tammy Rodrigues Cavaleiro de Macedo. --
Rio de Janeiro, 2018.
73 f.

Orientadora: Fabiana Rodrigues Barletta.
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade
de Direito, Bacharel em Direito, 2018.

1. Violência Obstétrica. 2. Parto humanizado. I.
Rodrigues Barletta, Fabiana , orient. II. Título.

TAMMY RODRIGUES CAVALEIRO DE MACEDO

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL
DE GÊNERO: UMA LEITURA CRÍTICA E FEMINISTA**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Fabiana Rodrigues Barletta.**

Data de aprovação: __ / __ / ____.

Banca examinadora:

Orientadora

Membro da Banca

Membro da Banca

**Rio de Janeiro
2018/1**

Dedico este estudo às mulheres que deveriam ter sido as protagonistas do próprio parto. Que o corte, a agressão e a ferida jamais silenciem suas vozes.

AGRADECIMENTOS

Aproveito este espaço para agradecer à Faculdade Nacional de Direito e seu corpo docente, que me bateram e me acolheram, que me desnudaram e desnudaram o mundo que eu conhecia, e que iniciaram uma transformação que espero não ter um ponto final. Agradeço em especial à minha orientadora, a Professora Dra. Fabiana Barletta, com quem compartilhei o que era o broto daquilo que veio a ser este trabalho.

Agradeço à minha querida avó, que tem o melhor coração que já conheci, e, que foi uma das inúmeras vítimas da violência obstétrica. Sou muito grata por ela ter compartilhado os relatos de seus partos e ter tornado este trabalho ainda mais especial. Ao meu inesquecível avô, o maior responsável pela escolha do Direito e por sua capacidade de acreditar em mim.

À minha mãe, a maior incentivadora dos meus estudos desde os primeiros passos e ao meu pai, por me mostrar que nunca é tarde para recomeçar.

Agradeço, por fim, à minha pessoa preferida, que ajuda a tornar a vida mais leve e melhor de ser vivida, obrigada pelo amor conquistado no dia a dia.

“Para mudar o mundo é preciso primeiro mudar a forma de nascer”.

(Michel Odent)

RESUMO

As mulheres são conhecidas como as mais prováveis vítimas de violência por terem sido taxadas como o “sexo frágil” ao longo da história. A violência de gênero, apresenta várias faces e, nesse estudo, será analisada a violência sofrida pelas mulheres gestantes, parturientes e puérperas em hospitais públicos e privados no pré-natal, parto e pós-parto. Serão apresentados os direitos fundamentais das mulheres consignados na Constituição Federal e na esfera supra-legal, bem como um estudo acerca dos mecanismos oferecidos pelo direito que abordem a violência obstétrica e se estes garantem às mulheres o acesso a um parto humanizado. Constitui um grande problema da violência obstétrica a institucionalização das práticas atentatórias, o que, em muitos casos, impede que inclusive a própria vítima se identifique como violentada. Será realizada breve análise do instituto da responsabilidade civil a fim de observar instrumentos nos quais a vítima possa perquirir a reparação pecuniária que lhe é devida. Ao final, examinar-se-á que a luta pelo parto humanizado, em oposição a este abuso de gênero tão arraigado em nossas relações socioculturais, deve ganhar exposição na esfera do direito para que este torne-se um mecanismo que coíba os atos abusivos existentes e seja possível a ressignificação do ato de dar a luz.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Violência de Gênero; Responsabilidade Civil; Direitos fundamentais da mulher; Parto Humanizado.

ABSTRACT

Women are known as the most likely victims of violence by being taken as the "weaker sex" throughout history. Gender-based violence presents many sides, and this survey aims to analyze the violence committed against pregnant women, parturients, and those on puerperal state in public or private hospital during prenatal care, birth and postpartum. Women fundamental rights contained in the Federal Constitution and also in the infra-constitutional sphere shall be presented, as also, an study about mechanisms offered by the law that are addressed to obstetric violence cases, and if these ensure an access to a humanized birth. The institutionalization of acts related to obstetric violence constitutes a great issue, which, in many cases, prevent the victim to identify itself as violated, therefore, a brief analysis of the civil liability institute will be conducted, in order to analyse legal instruments that the victim can make use to be able to inquiry the financial compensation over the damages caused against her. At last, it states that the fight over the access to humanized birth, in opposition to this gender abused rooted in our socio-cultural affairs, must be exposed also in the legal field, so that it can be turned into a mechanism that restrain the existent violent acts and enable the redimensioning of the birth act.

Key-words: Obstetric Violence, Gender Violence, Civil Liability, Women fundamental rights, Humanized Birth.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	12
1.1. Caracterização da violência obstétrica	12
1.1.1. <i>Episiotomia: procedimento obstétrico ou mutilação genital?</i>	15
1.1.2. <i>Manobra de kristeller</i>	19
1.1.3. <i>Uso rotineiro da Ocitocina Sintética e a posição de litotomia</i>	20
1.1.4. <i>Assédio moral, privação de alimentos e interdição à movimentação da mulher</i>	23
1.1.5. <i>Cesárias eletivas</i>	25
1.2. Brasil e a epidemia do parto cesárea	28
CAPÍTULO 2 – A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO	34
2.1. A ausência de tipificação legal da violência obstétrica no Brasil.....	34
2.2. Aplicação do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor.....	41
CAPÍTULO 3 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	49
3.1. Violência Obstétrica como Violência de Gênero.....	49
3.2. Da Violência Obstétrica como Violência Institucionalizada.....	54
3.3. Direitos Fundamentais da mulher.....	58
3.4. O papel dos direitos humanos na luta por um parto humanizado.....	62
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende analisar uma espécie de violência contra a mulher que ainda não possui voz no mundo jurídico, qual seja, a violência obstétrica. Analisar-se-á esta violência em seus principais aspectos e abordagens assim como a sua implicação nas instituições jurídicas brasileiras. Para isto, serão apresentados os mecanismos que o direito oferece hodiernamente para definir parâmetros do que é a violência obstétrica e coibições que inibam a sua propagação. Salienta-se, contudo, que não se tem a pretensão de esgotar o tema que é profundamente amplo e, por vezes, técnico, tendo em vista que muitas formas de violência são culminadas justamente em função de procedimentos médicos desnecessários.

A violência obstétrica é um assunto demasiadamente abordado e debatido na esfera da saúde, no entanto, no âmbito do direito constitui-se um tema novo. Em razão disso, consideráveis materiais bibliográficos utilizados na análise do presente trabalho foram auferidos de revistas e artigos advindos de profissionais de saúde. Percebe-se, assim, uma interdisciplinaridade no que tange à esta espécie de violência. Além disso, foram utilizados para esta pesquisa recursos audiovisuais, revisões bibliográficas, análise de documentos elaborados pela Organização Mundial de Saúde e documentos produzidos pelos planos de saúde e por Organizações Civis especialistas em erradicar a violência obstétrica no Brasil, como a Associação Artemis.

A pesquisa possui relevante importância social posto que a violência obstétrica integra um gênero de violência contemporânea, a qual aborda três fenômenos cruciais para a mulher, sendo eles: a vida, a morte e a sexualidade. Embora o pensamento das relações seja de que as peculiaridades correlacionadas à violência obstétrica sejam de interesse exclusivamente da mulher gestante, parturiente e puérpera, demonstrar-se-á ao longo do estudo que o tema diz respeito a toda sociedade, uma vez que o ato de nascer é primordial.

O primeiro capítulo será dedicado a tratar exclusivamente a violência obstétrica, apresentando o seu conceito e características desta espécie de violência. A título de exemplo, dá-se destaque aos procedimentos mais marcantes da violência obstétrica ocorridos durante a assistência ao parto, como a episiotomia, a manobra de Kristeller, o uso rotineiro da ocitocina sintética, o assédio moral, a cesárea eletiva, dentre outras. A fim de trazer verdade e praticidade à pesquisa, serão apresentados relatos de mulheres que sofreram estes diversos tipos de

violência. Neste capítulo, também serão analisados os motivos que levam o Brasil a encabeçar a liderança de países que mais executam a cesárea para trazer indivíduos ao mundo.

No bojo do segundo capítulo, portanto, serão demonstrados os mecanismos vigentes no direito brasileiro que versem sobre a violência obstétrica. Analisar-se-á a suficiência destes mecanismos em coibir o status quo da aludida violência. Para tanto, será realizada uma comparação dos Projetos de Leis que pretendem tratar sobre o assunto, quais sejam, os Projetos de leis nº 7.633/2014, nº 7867/2017 e nº 8219/2017. Além disso, realizar-se-á breve análise do instituto da responsabilidade civil correlacionado aos atores envolvidos na violência obstétrica para apuração da conduta ilegal do hospital e do profissional da saúde como uma hipótese de reparação pecuniária para a vítima da violência.

Por fim, o terceiro capítulo, destina-se à construção da ideia de que a violência obstétrica é uma violência institucional e de gênero. Serão apresentados os direitos fundamentais da mulher, tanto os previstos na Constituição Federal de 1988, quanto os previstos em convenções internacionais, como a Convenção de Belém. Demonstrar-se-á que a institucionalização do parto e a patologização do ato de parir, e por conseguinte, a violência obstétrica são consequências da percepção heteronormativa e patriarcal da mulher na qualidade de sujeito hipervulnerável e símbolo da inferioridade humana. Dando desfecho ao trabalho, será apresentada a concepção crítica de direitos humanos de Herrera Flores como base teórica, interpretando-a no âmbito da realidade obstétrica, demonstrando que para se atingir a dignidade das mulheres sob o prisma da obstetrícia, ou seja, o direito ao parto humanizado, é necessário que a sociedade deixe de assumir passivamente o que lhe é imposto como natural, racional e universal.

CAPÍTULO 1

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1.1 Caracterização da violência obstétrica

Para a Defensoria Pública do Estado de São Paulo, a violência obstétrica caracteriza-se como “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamentos desumanizados, abuso na medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”¹.

“A violência obstétrica, conhecida também como violência institucional na atenção obstétrica corresponde a uma forma específica da violência de gênero”², sendo uma violência cometida contra a mulher e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento.

A violência obstétrica relaciona-se a uma forma específica de violência institucional e de gênero, uma vez que há utilização arbitrária do conhecimento por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes. Inclusive, “aludida violência foi reconhecida pela OMS, em 2014, como uma violação aos direitos humanos”³.

Salienta-se que as diversas formas de agressão à mulher ocorridas previamente, no decorrer e posteriormente ao parto são manifestadas de modo plural, podendo ser exteriorizadas tanto de forma explícita quanto de forma velada. É imperioso elucidar que as diferentes formas desta violência institucional sofrida pela mulher não se dão de modo exclusivo e individual, mas sim o oposto – em geral, os diversos contornos advindos da violência obstétrica se dão em cadeia, eles se entrelaçam e acabam por traçar um enredo alarmante para a mulher em um dos momentos que deveria ser um dos mais emocionantes de sua vida, conforme será demonstrado no decorrer da presente pesquisa.

¹ Defensoria Pública do Estado de São Paulo. A Violência Obstétrica existe. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2018.

² SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 43, Jul/Dez. 2017.

³ BARRETO, Gisele. Violência obstétrica no Brasil. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/57163/violencia-obstetrica-no-brasil>>. Acesso em 20 mai. 2018.

Há que se analisar, preliminarmente, a violência manifestada sob seus diferentes aspectos. São eles: caráter físico, psicológico, sexual, institucional e material, conforme demonstrado pelo Dossiê “Parirás com Dor”⁴ para a CPMI de violência contra as mulheres, realizado pela Rede Parto do Princípio.

O caráter físico da violência é reproduzido por ações que incidam sobre o corpo da mulher, interfiram, causem dor ou dano físico sem recomendação baseada em evidências científicas. São exemplos desta violência: a privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, a tricotomia⁵, a manobra de Kristeller, o uso de fórceps e de ocitocina sintética de forma rotineira, a episiotomia, a cesariana eletiva sem necessidade e a não utilização de anestesia quando tecnicamente indicada.

No que concerne à violência sob seu aspecto psicológico, esta se caracteriza por toda ação verbal ou comportamental que cause à mulher parturiente ou gestante sentimentos de vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, insegurança, alienação, perda de integridade e decoro. São tipos de violência que se enquadram na violência obstétrica sob seu aspecto psicológico: a omissão de informações ou comunicações ininteligíveis e técnicas, desrespeito ou ofensa aos seus padrões culturais, chacotas, ironias e ameaças.

Há também a violência institucional em atenção à obstetrícia sob o prisma sexual, que corresponde a toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. São exemplos da violência obstétrica de cunho sexual a episiotomia, o assédio, exame de toques invasivos e excessivos e dos mamilos sem esclarecimento ou consentimento, a lavagem intestinal e a cesariana sem consentimento informado.

Sob o viés institucional, a violência obstétrica corresponde a ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos

⁴ Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 20 mai. 2018.

⁵ [Tricotomia é a raspagem de pelos antes de uma cirurgia através de uma lâmina cirúrgica ou de barbear].

constituídos. São casos de violência obstétrica em seu prisma institucional: a restrição do acesso aos serviços de atendimento à saúde, restrições à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes, dentre outros.

Além disso, a violência obstétrica manifestada sob o aspecto material caracteriza-se por meio de ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter lucro de mulheres gestantes, parturientes e em estado puerperal, infringindo seus direitos assegurados por lei. Cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante são alguns exemplos de manifestações da violência obstétrica em seu viés material.

Hodiernamente, a violência obstétrica é conduta usual nos hospitais brasileiros, tanto na rede pública quanto na saúde suplementar, e é necessário e urgente que ela seja suprimida e rechaçada, tendo em vista que as causas que explicam a sua existência “estão totalmente vinculadas a um contexto de violência de gênero que adquire contornos de violência sexual”.⁶ Reforça-se que a falta de informação à gestante e a ausência de consentimento em ações que não são utilizadas com o objetivo de salvar vidas consiste em violência obstétrica. A execução de um parto cesárea quando a gestante optou pelo parto normal, sem que haja indicação clínica validada por evidência científica, por exemplo, ou ainda, se a gestante embora tenha autorizado, o tenha feito em função de informações falsas e evidências ultrapassadas também configura violência na prática obstétrica.

A seguir, para entender a violência obstétrica em seus diferentes aspectos, é necessário analisar individualmente algumas das múltiplas condutas que irão caracterizar este tipo de violência já institucionalizada contra a mulher gestante, parturiente e em estado puerperal. Contudo, não é pretensão deste trabalho o esgotamento do tema, que é demasiadamente amplo.

⁶ FREIXAS, Meritxell. O abuso silenciado que há por trás das cesáreas. EL PAÍS. (2017) Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/24/actualidad/1503582688_802126.html>. Acesso em 01 jun. 2018.

1.1.1 Episiotomia: procedimento obstétrico ou mutilação genital?

Quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episiotomia, mas ele me respondeu: ‘O seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu.’⁷

Deitei e ainda questionei novamente porque eu já havia falado em todo pré-natal que eu não queria fazer episiotomia. Mas não adiantou.⁸

O médico disse que tinha que cortar porque se ele não cortasse, eu ia ficar com a vagina larga e o meu marido ia me trocar por outra na rua.⁹

A episiotomia consiste em uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher para ampliar o canal do parto, vulgarmente conhecida como “pique”. Nas palavras de Previatti e Souza, a episiotomia caracteriza-se por:

“um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos para aumentar a abertura do canal vaginal com uma incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. A cirurgia afeta diversas estruturas do períneo, tais como os músculos, vasos sanguíneos e tendões, gerando em alguns casos, incontinência urinária e fecal, além de provocar outras complicações, dentre elas a dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento, além dos resultados estéticos insatisfatórios”.¹⁰

A episiotomia foi propagada no século XX, com Pomeroy e Joseph DeLee, como procedimento de rotina, principalmente nos Estados Unidos e países latino-americanos, entre eles o Brasil. À esta época, a percepção do nascimento com o mínimo de intervenção, como um processo fisiológico, passou a ser substituído pelo conceito do parto como um processo patogênico, com inúmeras intervenções médicas. Os argumentos de DeLee para a realização da episiotomia incluíam: “a preservação da integridade do assoalho pélvico, restaurando a

⁷ Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>><https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2018.

⁸ OMS gera revolta ao publicar guia onde fala de “episiotomia generosa”. (2015). Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/oms-gera-revolta-ao-publicar-guia-onde-fala-de-episiotomia-generosa/http://www.maesdepeito.com.br/oms-gera-revolta-ao-publicar-guia-onde-fala-de-episiotomia-generosa/>>. Acesso em 21 mai. 2018.

⁹ Rede Parto do Princípio. Violência obstétrica é violência contra a mulher_ mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. (2014). Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2018.

¹⁰ PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2007 apud SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília, v. 2. n. 1, p. 134, Jan/Jun. 2016.

anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto, além de salvar a mulher do esforço do parto e do período expulsivo longo”.¹¹

Inobstante as demonstrações do médico obstetra não fossem dotadas de qualquer embasamento científico, ainda assim, estas alegações foram largamente adotadas pela medicina obstétrica. A episiotomia passou a ser, então, realizada de forma rotineira, apoiada nestas indicações, conforme infelizmente observamos no cenário brasileiro.¹²

Outrora, quando os partos eram assistidos em domicílio, o nascimento era considerado como um processo natural e fisiológico e assim também era considerado o funcionamento do períneo durante e após o parto. Hodiernamente, o nascimento passou a ser considerado um processo patogênico e hospitalizado, o que demanda a realização de intervenções obstétricas a fim de prevenir ou reduzir a ocorrência de complicações.¹³

Ao analisarmos o contexto brasileiro, verificar-se-á que a episiotomia é realizada em aproximadamente 53% dos partos normais¹⁴, o que demonstra que as mulheres parturientes no Brasil são submetidas à episiotomia tão somente por mero costume, apresentando um cenário profundamente violador e invasivo para a mulher que se submete ao parto normal em mais da metade deste tipo de parto ocorrido no Brasil.

A esse respeito, embora a recomendação da Organização Mundial de Saúde¹⁵ não seja no sentido de proibir tal procedimento, se direciona pela restrição de sua utilização para casos específicos. A Organização aduz que a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10% dos partos normais, porcentagem que expõe a urgência da eliminação desta prática ou, ao menos, da atenuação, pois, conforme ensina o médico americano Marsden Wafner, “quando realizada

¹¹ AMORIM, Melania Maria de Ramos; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, v. 36. n. 1, p.48-54, jan. 2008, p. 48 e SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS; Rosângela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão (2006) p. 553. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>>. Acesso em 26 mai. 2018.

¹² SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS; Rosângela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. (2006) p. 553. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>>. Acesso em 26 mai. 2018.

¹³ AMORIM, Melania Maria de Ramos; KATZ, Leila. O papel da //episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, v. 36. n. 1, p.48-54, jan. 2008, p. 48

¹⁴ Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Fiocruz apud SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, Brasília, v. 2. n. 1, p. 135, Jan/Jun. 2016.

¹⁵ Organização Mundial de Saúde-OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de Grupo Técnico. Genebra; 1996.

rotineiramente sem indicação precisa, a episiotomia é mutilação genital feminina, devendo, portanto, ser evitada”.¹⁶

Embora não esteja muito claro em que situações a episiotomia seja, de fato, imprescindível, especificamente, em relação à episiotomia rotineira “a OMS classificou-a como prática freqüentemente utilizada de modo inadequado, e o Ministério da Saúde, a identificou como prática no parto normal claramente prejudicial ou ineficaz”¹⁷. Considerando que não há pesquisas científicas baseadas em evidências que demonstrem indicações para a realização da episiotomia, tal prática institucionalizada deve ser revista, ou a cultura do nascimento continuará provocando verdadeira amputação genital feminina, além de ocasionar uma série de danos à sua saúde, tanto físicos quanto psicológicos.

Sobre a OMS, esta divulgou em 2015 um guia¹⁸ polêmico no qual trouxe recomendações para a gravidez, parto e pós-parto e cuidados com o recém-nascido. Neste guia, a OMS exemplificou determinadas indicações para a realização da episiotomia, dentre elas: verrugas genitais, cesariana prévia, utilização de fórceps em parto prévio, parturiente com idade inferior à 14 anos e parturiente com histórico de laceração perineal grave. No entanto, referido guia foi bastante rechaçado por médicos obstetras que praticam a medicina baseada em evidências. Ato contínuo, em 2018¹⁹, a OMS publicou novas diretrizes para estabelecer padrões globais de cuidados para gestantes com o objetivo de reduzir intervenções médicas desnecessárias. Entretanto, no que se refere à episiotomia, embora tenha aduzido que não é recomendado o uso “liberal” ou rotineiro da episiotomia para mulheres em trabalho de parto espontâneo vaginal, a OMS continua estabelecendo que a episiotomia é indicada nos casos das circunstâncias supracitadas. De toda a forma, a Organização Mundial de Saúde recomenda a episiotomia em certos casos específicos, contudo, no Brasil ela é a regra.

¹⁶ AMORIM, Melania Maria de Ramos; KATZ, Leila. op. cit. p. 47.

¹⁷ SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS; Rosângela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. (2006) p. 557. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a27.pdf>> Acesso em 27 mai. 2018.

¹⁸ Guia realizado em 2015 e divulgado pela Organização Mundial de Saúde. Pregnancy, Childbirth, postpartum and newborn care. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/> Acesso em: 28 mai. 2018.

¹⁹ Guia realizado em 2018 e divulgado pela Organização Mundial de Saúde. Pregnancy, Childbirth, postpartum and newborn care. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>> Acesso em 28 mai. 2018.

Salienta-se que o uso indevido da episiotomia e da posterior costura, denominada episiorrafia, é um exemplo de violação de direitos humanos, por representar um tratamento degradante à mulher. Isto porque, a crença de que o parceiro se desinteressaria sexualmente pela parturiente caso não houvesse a sutura adicional, tendo em vista que o procedimento alargaria o órgão sexual feminino, o popular “ponto do marido” representa uma cultura vigorosamente sexista e humilhante à mulher.²⁰

Vale ressaltar que diversas mulheres que tiveram seu períneo cortados durante o parto, relatam problemas nas relações sexuais posteriormente e comparam a episiotomia ao estupro por terem o órgão sexual dilacerado, fazendo com que a mulher se sinta violada. Além disso, Especialista em psiquiatria infantil e perinatal, a médica espanhola Ibone Olza “afirma que muitas mulheres que sofreram um parto traumático apresentam os mesmos sintomas das vítimas de estupro por sentirem-se forçadas a consentir procedimentos sem terem sido informadas dos riscos dos mesmos”.²¹ Portanto, quando a episiotomia não é informada à mulher parturiente ou em casos onde esta foi realizada por mero costume, sem qualquer indicação, a episiotomia é considerada uma forma de violência obstétrica.²²

A episiotomia indiscriminada e realizada de modo rotineiro, muitas vezes sem o consentimento prévio, constitui uma violação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina.

Desse modo, tendo em vista que as evidências científicas comprovam que a episiotomia não é necessária e inclusive que pode ser prejudicial à saúde da mulher, conclui-se que sua realização sistemática por médicos conserva-se por um padrão consuetudinário. Por este motivo, é inadiável que a sociedade e o judiciário se mobilizem contra aludida prática abusiva, haja vista que reduzir procedimentos cirúrgicos desnecessários é basilar na conjuntura de humanização do parto, bem como no progresso de assistência baseada em evidências.²³

²⁰ DINIZ, Simone Carmen Grilo. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. 2003. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>> Acesso em: 25 mai. 2018.

²¹ FREIXAS, Meritxell. O abuso silenciado que há por trás das cesáreas. EL PAÍS. (2017) Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/24/actualidad/1503582688_802126.html>. Acesso em 01 jun. 2018.

²² OMS gera revolta ao publicar guia onde fala de “episiotomia generosa”. (2015). Disponível em: <<http://www.maesdepeito.com.br/oms-gera-revolta-ao-publicar-guia-onde-fala-de-episiotomia-generosa/>>. Acesso em 23 mai. 2018.

²³ AMORIM, Melania Maria de Ramos; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, v. 36. n. 1, p. 53, jan. 2008.

1.1.2 Manobra de Kristeller:

“Falaram: “Cale a boca! Quem manda no procedimento sou eu”^{.24}

“Veio um homem e subiu em cima da minha barriga. Eu só gritava e pensava que ia morrer! Foi uma situação horrível”^{.25}

“A médica gritava comigo, me mandava ficar quieta. Em um momento, ela pediu para um acadêmico, ele, bem forte, colocou uma mão no início do meu estômago e a outra no final da barriga e empurrou. Senti o corpinho da minha filha saindo. Quando ela nasceu, eu estava tão fragilizada que nem consegui chorar. Ficou o trauma do hospital. Até hoje, quando passo por lá, me vêm as lembranças”^{.26}

“Duas pessoas subiram em cima da minha barriga para o bebê nascer”^{.27}

A manobra de Kristeller consiste na aplicação da força física na parte superior do útero, durante as contrações do parto, com o objetivo de empurrar o nascituro em direção à pelve, ou seja, com o fim de agilizar a expulsão. Os profissionais de saúde empregam suas mãos, braços, antebraços, joelho, e em casos ainda mais violadores, sobem em cima do abdômen da parturiente. Segundo Reis, “a manobra de kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente”^{.28}

Embora aludida manobra tenha se mostrado prejudicial e, posteriormente, vedada pelo próprio sistema público, conforme Protocolo de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, haja vista que pode originar danos irreversíveis aos nascituros e parturientes, a manobra de Kristeller ainda é amplamente empregada pelos profissionais de saúde. Ressalte-se que a manobra em análise também é desaconselhada pela OMS²⁹ e vedada pela Lei ordinária do Estado do Rio de Janeiro nº 7.191/2016, art. 10 § 3º.

²⁴ Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html>>. Acesso em 25 mai. 2018.

²⁵ Rede Parto do Princípio. Violência obstétrica é violência contra a mulher_ mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. (2014). Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso em 28 mai. 2018.

²⁶ SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília, v. 2. n. 1, p. 1, Jan/Jun. 2016.

²⁷ Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, p. 105. Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 28 mai. 2018.

²⁸ Ibidem.

²⁹ SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília, v. 2. n. 1, p. 142, Jan/Jun. 2016.

Contudo, de acordo com pesquisa realizada pela Fiocruz denominada “Nascer no Brasil”³⁰, ainda que haja incontestável contraindicação, a Manobra de Kristeller foi praticada em cerca de 36% dos partos normais dos nascimentos examinados³¹, o que comprova enorme discrepância entre as recomendações focadas na defesa à saúde da mulher e os procedimentos adotados de fato.

Observa-se que a manobra de Kristeller é considerada uma forma de violência obstétrica tendo em vista que é capaz de provocar uma série de danos irreparáveis à parturiente, entre eles: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões, além da visível violência psicológica, configurando notório desrespeito à integridade psicofísica da mulher. No que tange o neonato, a manobra de Kristeller também o submete a diversos possíveis prejuízos irreversíveis, tais como: “aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distócia de ombros, fratura de clavícula, traumatismo craniano, descolamento do músculo esternocleidomastoideo³² e hipóxia³³”.³⁴

1.1.3 Uso rotineiro da Ocitocina Sintética e a posição de litotomia

“A enfermeira disse que, como eu estava “quase lá”, ela colocaria o “sorinho” em mim primeiro. Perguntei o que tinha no soro e ela falou que tinha ocitocina. Eu disse não. Ela não deu importância. Pelo contrário, disse que ia me colocar, porque ninguém ali queria um bebê morto, não é mesmo? As pessoas vão para o Hospital para ter um bebê vivo, e se eu tivesse que ir para a UTI ninguém perderia tempo achando minha veia. Ainda reclamou que a veia da minha mão era muito torta.”³⁵

“Perguntei ao meu médico se eu podia escolher a posição para o parto, por exemplo de cócoras. Ele riu e falou que é pra eu tirar essas ideias de ‘parto hippie’ da cabeça. Eu insisti e ele disse que não estudou tanto para ficar agachado igual a um mecânico”.³⁶

³⁰ [“*Nascer no Brasil*” foi um estudo nacional realizado pela Fiocruz de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012].

³¹ SOUSA, Valéria. *Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento*. São Paulo: Artemis, 2015, p. 19.

³² [Esternocleidomastoideo é um músculo da face lateral do pescoço, é o principal flexor do pescoço].

³³ [Hipóxia é o sofrimento para o feto com diminuição ou ausência de oxigênio necessário ao feto por meio da placenta].

³⁴ SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*, Brasília, v. 2. n. 1, p. 135, Jan/Jun. 2016 apud TORRE, Luísa. *Humilhação e violência na hora do parto*.

³⁵ Rede Parto do Princípio. (2012). *Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*. Brasília, DF: Senado Federal, p. 138, Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 28 mai. 2018.

³⁶ SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. op. cit., p. 137.

A ocitocina ou oxitocina, vulgarmente conhecida como “hormônio do amor”, é fundamental para o trabalho de parto, assim como é indispensável no ato da amamentação. Este hormônio é produzido pela hipófise³⁷, e é responsável por ajudar nas contrações uterinas, bem como na liberação do leite materno.

De acordo com Michel Odent³⁸, a ocitocina é um hormônio tímido, e, por isso, o médico propõe que a principal função de quem assiste aos partos seja o de proteger o ambiente para que as mulheres possam liberar este hormônio, que depende diretamente da ambiência para sua liberação. O obstetra define as necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto, entre elas: luz baixa e não clara, com o objetivo de não estimular a atividade no neocórtex³⁹, distanciamento da linguagem verbal, haja vista que ela é forte estimulante ao neocórtex, oferecimento de segurança à mulher parturiente para que seja viável a liberação da ocitocina e o distanciamento de situações que impliquem a liberação de adrenalina como frio ou situações que provoquem medo na mulher parturiente e privacidade, pois a ocitocina e a adrenalina são hormônios antagônicos. Conforme bem explica Odent:

“A mulher que vai parir precisa se sentir segura. É o parto que libera uma boa quantidade de endorfina pelo cérebro, assim como a ocitocina, fazendo com que a dor fique de lado. Ou pelo menos ela não é tão percebida. Quando existe esse equilíbrio, mesmo que haja dor, as mulheres a esquecem logo em seguida ao parto, ao contrário de quando há uma quantidade desequilibrada desses hormônios, quando há presença da adrenalina”.⁴⁰

³⁷ [Hipófise é uma glândula localizada no cérebro].

³⁸ [Michel Odent é um renomado médico obstetra e cientista francês dedicado ao estudo da fisiologia humana, mais especificamente o período primal (a vida fetal, parto e o primeiro ano de vida). Seus estudos concentram-se principalmente na gestação e nascimento, seus impactos sobre indivíduos e a sociedade].

³⁹(Os seres humanos têm mais propensão para partos difíceis, em comparação com outros mamíferos e outros primatas. Uma das razões da dificuldade humana no período do trabalho de parto advém do nosso grande neocórtex, o cérebro novo, o cérebro do intelecto. Mas por que o grande neocórtex é uma deficiência durante o processo de parto? Porque durante o processo de parto, ou de uma experiência sexual, as inibições vêm do neocórtex. O nascimento é um processo primitivo e durante esse processo o neocórtex deve estar desligado. Uma mulher em trabalho de parto precisa, em primeiro lugar, de ser protegida contra qualquer estímulo do neocórtex. Precisamos redescobrir que a linguagem estimula o neocórtex e interfere na liberação da ocitocina e a importância da privacidade). Palestra fornecida por Michel Odent em conjunto com o Ministério da Saúde- Secretaria Municipal e Estadual de Saúde no Seminário pelo parto normal, em Belo Horizonte, em 2008.

⁴⁰ ODENT, Michel. Menos adrenalina e mais ocitocina. Entrevista concedida ao Gazeta do povo. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/maternidade/menos-adrenalina-e-mais-ocitocina-no-parto/>> Acesso em 30 mai. 2018.

No documentário “O Renascimento do Parto”⁴¹, Odent aduz que a utilização da ocitocina sintética por meio de soro na mulher parturiente é apenas uma forma de substituir o hormônio natural que as mulheres deveriam liberar por si próprias.

A potencialização do hormônio no organismo da mulher, no momento do parto, acelera o processo de contrações uterinas, causando o aumento significativo das dores durante as contrações, além de poderem causar sérias complicações para a própria mulher e para o nascituro - desde o sofrimento desnecessário ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de poder causar dificuldades na oxigenação do nascituro, assim como dano cerebral ao mesmo⁴².

Salienta-se que “a ocitocina sintética é a medicação mais utilizada em obstetrícia para a estimulação do parto”⁴³. Tal procedimento é, pois, empregado de maneira sistemática nos hospitais públicos e privados, quando, na realidade, só deveria ser utilizado em casos específicos em que seu uso seja particularmente indispensável, uma vez que o próprio corpo da mulher é capaz de produzir o hormônio da ocitocina.

Correlato à temática da aplicação da ocitocina artificial na mulher parturiente, a restrição da posição para o parto de acordo com a preferência da mulher, constitui-se como uma das formas mais reiteradas de violência obstétrica. O uso costumeiro da posição de litotomia ou supina⁴⁴, prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para as mulheres gestantes e pode dificultar a oxigenação do nascituro.

Além disso, a prática da utilização da posição da litotomia ou supina no momento do parto como regra pode gerar um efeito em cascata de intervenções médicas desnecessárias. Sobre a questão, argumentam Diniz e Duarte:

“Com a mulher deitada na cama, de pernas para cima e abertas, fica claro que o sujeito do parto é o médico, e não a mulher. Além disso, a litotomia dificulta o trabalho de

⁴¹ O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Espaço Filme, Documentário [09 de agosto de 2013].

⁴² SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília, v. 2. n. 1, p. 136, Jan/Jun. 2016.

⁴³ Lopezosa, Pedro Hidalgo; Maestre, María Hidalgo; BORREGO, María Aurora Rodríguez. Estimulação do parto com ocitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2016, p. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02744.pdf> Acesso em 21 mai. 2018.

⁴⁴ [As posições de litotomia e supina são posições horizontais em que a mulher fica de barriga para cima].

parto, o que acaba por justificar o uso indiscriminado de ocitocina (soro que acelera as contrações). A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher ao leito e impedem que ela se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia a impedem de participar ativamente do parto, obrigando o médico a realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo, manobra banida dos livros de obstetrícia por ser considerada arriscada, mas ainda largamente utilizada). Por fim, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia em todos os partos vaginais”⁴⁵.

No entanto, apesar da recomendação da Organização Mundial de Saúde,^{46,47} do Ministério da Saúde, através da Portaria 1.067 de 2005⁴⁸ e do RDC 36 de 2008 da ANVISA,⁴⁹ de que a posição que deve ser adotada pela mulher durante o trabalho de parto no momento expulsivo deve ser sempre aquela no qual ela se sinta mais confortável, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina para o parto, conforme é observado na maior parte dos partos realizados no Brasil.⁵⁰

1.1.4 Assédio moral, privação de alimentos e interdição à movimentação da mulher

“Não chora não porque ano que vem você está aqui de novo.”⁵¹

“Falaram pra mim: ‘Na hora de fazer tava bom, né?’.”⁵²

As violações praticadas no âmbito do processo do parto não se restringem somente às transgressões físicas, mas se pluralizam e se manifestam tanto em cunho emocional quanto psicológico, conforme já demonstrado.

⁴⁵ DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. Parto normal ou cesárea? O que toda a mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Unesp, 2004.

⁴⁶ OMS. Wo Recomendatios for augmentation of labor. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf> Acesso em 10 mai. 2018.

⁴⁷ 6.2 Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas: 5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho e parto 9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto

⁴⁸ 1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas 1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto. 1.16 - Estimulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.

⁴⁹ 5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos.

⁵⁰ Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, p. 107, Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 27 mai. 2018.

⁵¹ Rede Parto do Princípio. Violência obstétrica é violência contra a mulher_ mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. (2014). p. 2. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>>. Acesso em 28 maio 2018.

⁵² Ibidem. p. 9.

De identificação posterior complexa, especialmente pela não produção de marcas aparentes no corpo da mulher, esta violência imaterial é praticada pelos profissionais da saúde em razão da posição de poder no ato do parto. Através de coerção verbal e da imposição de diferentes privações, como a de alimentos e da movimentação, pela equipe médica, a parturiente é relegada à condição passiva no ato de dar a luz para que estes profissionais possam assumir as rédeas do procedimento e, assim, conduzi-lo de acordo com a sua própria vontade e urgência, desrespeitando o tempo biológico da parturiente.

Devido à subjetividade deste tipo de agressão, Sauaia e Serra propõem diretrizes para a sua identificação:

“A violência psicológica é uma forma ainda invisibilizada e cruel de agressão contra a mulher e uma das mais recorrentes no ambiente médico-hospitalar. A violência obstétrica psicológica caracteriza-se por: a) privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; b) realização de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios; c) tratar a parturiente de forma grosseira, agressiva, não empática e zombeteira; d) expor a parturiente a situações de medo, abandono, inferioridade ou insegurança; e) recriminação pelos comportamentos da parturiente, proibindo-a de expressar suas dores e/ou emoções; f) procrastinação do contato entre a mãe e o neonato; g) recriminar a parturiente por qualquer característica ou ato físico, tais como: altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, estrias, etc, dentre outras práticas amplamente condenadas pela OMS.”⁵³

A respeito do assédio, de acordo com a OMS, mães adolescentes ou mulheres pertencentes a minorias étnicas ou camadas socioeconômicas mais baixas estão mais suscetíveis a sofrerem maus tratos e falta de respeito na atenção médica. De acordo com o obstetra e codiretor do Observatório de Violência Obstétrica do Chile Gonzalo Leiva, a vida sexual deste grupo de mulheres é julgada e, os maus-tratos são uma forma de serem culpabilizadas pelo modo como escolheram viver a sua sexualidade.⁵⁴

Além das agressões verbais explícitas, à violência psicológica se somam também as intervenções físicas vexatórias, como a privação de alimentos à parturiente, o que reforça a sensação de mal estar e desconforto no momento em que as mulheres deveriam ser contempladas por assistência integral. Sobre esta temática, Lima e Andrade aduzem:

“A prática comum de se proibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto deve-se ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia. O risco, entretanto, está associado à anestesia geral, em mulheres de risco habitual.

⁵³ SAUAIA, Artenira da Silva e SILVA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília, v. 2. n. 1, p. 139, Jan/Jun. 2016.

⁵⁴ FREIXAS, Meritxell. O abuso silenciado que há por trás das cesáreas. EL PAÍS. (2017) Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/24/actualidad/1503582688_802126.html> Acesso em 01 jun. 2018.

Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar, a permissão para a mulher ingerir alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações”.⁵⁵

Ademais, observa-se que a privação alimentar é realizada concomitantemente à lavagem intestinal, a fim de que a parturiente não defecue durante o trabalho de parto, o que é, aliás, um acontecimento entendido como absolutamente natural nos partos humanizados.

A violência obstétrica é intrinsecamente relacionada à ideia da submissão do corpo feminino ante o profissional da saúde. Dessa forma, não só se nega à parturiente o poder de escolha sobre a maneira de nascer de seu filho, como, por vezes, lhe é negado até mesmo o direito à movimentação para que se posicione de modo que lhe seja mais confortável, sendo prática recorrente as amarras de suas mãos para que fique em posição imóvel e não atrapalhe o parto.

Hoje, a grande maioria dos profissionais de saúde estimula a realização em massa de partos. Por procedimentos padronizados e mais céleres, a mulher é colocada em posições físicas degradantes para que se atenda aos interesses destes profissionais. O parto horizontal é, em sua maioria das vezes, forçado através de amarras, o que deflagra a não naturalidade do ato, que vai contra a fisiologia do corpo feminino e não utiliza a força da gravidade para auxiliar a contração do feto.⁵⁶

1.1.5 Cesárias eletivas

“Ele disse: melhor agendar (a cesária), para não correr o risco de não ter vaga no hospital”.⁵⁷

“Eu queria muito um parto normal e o meu médico sabia. Ele disse: ‘melhor fazer cesárea para não passar da hora, ou você quer colocar a vida do seu filho em risco?’. Eu comecei a chorar e aceitei, lógico! E marcou para a semana antes do natal”.⁵⁸

⁵⁵ ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista Marinho de Castro. O modelo obstétrico neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos apud SCHEEPERS, H. C.; ESSED, G. G.; BROUNS, F. Aspects of food and fluid intake during labor. Policies of midwives and obstetricians in the netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Amsterdam, v. 78, n. 1, p. 37-40, may. 1998.

⁵⁶ O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Espaço Filme, Documentário [09 de agosto de 2013].

⁵⁷ Rede Parto do Princípio. Violência obstétrica é violência contra a mulher_ mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. (2014), p. 10. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica-e-violencia-contra-a-mulher.pdf>> Acesso em 28 mai. 2018.

⁵⁸ Ibidem.

“A minha filha veio ao mundo por uma cesárea com hora marcada, com 38 semanas, o que lhe rendeu um desconforto respiratório, 7 dias de UTI e uma infinidade de frustrações”.⁵⁹

“Minha gravidez sempre foi saudável e queria ter um parto vaginal, mas estava previsto para as mesmas datas que a Copa do Mundo (realizada no Brasil em 2016) e minha obstetra insistiu em que seria difícil conseguir um anestesista caso precisasse, assim, segundo ela, o melhor era programar uma cesárea”.⁶⁰

A cesárea eletiva é aquela exercida sem indicação médica efetiva, podendo ser agendada e realizada antes do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem configurar urgência.⁶¹ Conforme relata a médica obstetra Fernanda Macedo, no documentário “O Renascimento do parto”, a cesariana é uma cirurgia que salva vidas, mas ela tem de ser exceção – o que não se observa nas práticas obstétricas no Brasil.

Constata-se que as cesáreas eletivas são realizadas por mera conveniência médica, o que as caracterizam como forma de violência obstétrica. Antes mesmo do início do trabalho de parto, é frequente a tentativa de dissuasão da mulher quanto à necessidade da cirurgia por parte dos médicos obstetras, comumente resvalando em coação.

A cultura do parto através da cirurgia surgiu da concepção leiga de nascimento, de que a medicina trouxe formas de aliviar o sofrimento da mulher em contraposição à dor do parto; a cesárea foi ofertada como a solução para a mulher moderna como meio eficaz de aliar inovação, progresso, higiene, rapidez e praticidade ao nascimento, originando, assim, um fast-food da atividade de dar a luz.

Sobre o tema, a Agência Nacional de Saúde publicou o estudo: “Medidas de estímulo ao parto normal na saúde suplementar”, no qual defendeu que o “parto é uma questão de saúde e a escolha do modelo deve ser pelo método mais adequado para cada caso e o mais seguro para a mãe e o bebê”.⁶² De acordo com a pesquisa da ANS, a realização da cesárea amplia 120 vezes a probabilidade de o nascituro ter síndrome de angústia respiratória e triplica o risco de

⁵⁹ Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, p. 113, Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 28 mai. 2018.

⁶⁰ LARRAZ, Irene. EL PAÍS. Porque a Cesárea se tornou um bom negócio na América Latina? (13 agosto 2017). Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/09/actualidad/1502268381_004054.html?rel=mas> Acesso em 03 jun. 2018.

⁶¹ Violência Obstétrica “Parirás com dor”. op. cit., p. 112.

⁶² BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticiasans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-partonormal-na-saude-suplementar>> Acesso em 30 mai. 2018.

mortalidade materna. Para a mulher, a cesárea implica no aumento da perda de maior volume de sangue, infecções puerperais e acidentes anestésicos⁶³.

Conforme relata o dossiê “Parirás com dor”, um dos fatores relacionados aos índices de prematuridade são a indução e realização de cesáreas desnecessárias.⁶⁴ A preferência pelo modelo de parto, em não havendo contraindicações, portanto, deveria ser de escolha da mulher, considerando-se que a cesárea possui aumento considerável de mortalidade e morbidade grave para a mulher e o neonato comparados a um parto normal com assistência apropriada.

Em entrevista ao jornal gazeta do povo, o médico obstetra Michel Odent foi questionado sobre qual seria o principal argumento para convencer as mulheres brasileiras de que parto normal é melhor que cesárea. A resposta de Odent foi no sentido de que o objetivo não era convencer, o objetivo é compreender as necessidades básicas da mulher. Além disso, o obstetra afirmou que em conversa com estudantes do Rio de Janeiro, estas afirmaram que gostariam de optar pelo parto normal⁶⁵.

De acordo com o Código de Ética Médica, os médicos deveriam esclarecer às gestantes sobre os riscos de se submeter a uma cesárea eletiva em relação ao parto normal, prática que apresenta-se muito distante da realidade, já que os próprios profissionais de saúde são os maiores incentivadores do parto cesárea⁶⁶.

Os principais pontos a serem alcançados para que a cesárea eletiva seja eliminada no panorama de partos no Brasil são: em primeiro lugar, a informação da mulher parturiente para que esta se empodere e consiga questionar o médico obstetra sobre as reais razões para que se opte pela cesariana, caso ele esteja recomendando a cirurgia. Em segundo lugar, a transformação da cultura ortodoxa do nascimento existente em grande parte dos médicos obstetras no Brasil de que a cesárea é a forma mais rápida e simples de nascimento. E, por fim,

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ CHANG et al, 2012 apud Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, p. 110, Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 28 mai. 2018.

⁶⁵ ODENT, Michel. Menos adrenalina e mais ocitocina. Entrevista concedida ao Gazeta do povo. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/maternidade/menos-adrenalina-e-mais-ocitocina-no-parto/>> Acesso em 30 mai. 2018.

⁶⁶ Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, p. 120, Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 29 mai. 2018.

a implementação de leis que versem sobre a violência obstétrica e suas diversas formas, bem como o oferecimento de instrumentos para que sejam criados meios de coerção aos personagens que praticam esta violência tão institucionalizada nos dias atuais.

1.2 Brasil e a epidemia do parto cesárea

No Brasil, a cultura do parto cesáreo criou fortes raízes. Ora encarado como um ato fisiológico, o parto transformou-se em um evento cirúrgico, o que favoreceu a indústria do nascimento em detrimento da integridade psicofísica da mulher. O ato de parir tornou-se um evento lucrativo e os interesses em jogo exclusivamente econômicos, fatores estes responsáveis por deslocar o protagonismo sobre o nascimento, que é inerente da mulher, ao médico obstetra.

Subsiste hoje no Brasil um padrão de atenção ao parto definido como evento médico, segundo o qual a parturiente é examinada como paciente, os nascimentos são, em sua maioria, hospitalares e o médico é o profissional responsável pela sua execução. Sobre este tema, aduz o obstetra Michel Odent:

“Quando estou dando palestras em países diferentes, eu sempre menciono o Brasil quando quero contrastar situações extremas. Quando quero mostrar países onde há taxas baixas de cesarianas (em torno de 10%), cito Holanda e Japão. E quando quero mencionar países opostos, menciono o Brasil, e algumas vezes China, Coreia do Sul e Itália. Ao fazer esta comparação, tento analisar as razões deste contraste. Acho que isso tem a ver com o número de parteiras, comparado ao número de obstetras. **Na maioria dos países onde temos muitas parteiras profissionais, e um pequeno número de obstetras bem treinados (que irão trabalhar apenas nas patologias e nas complicações), as taxas de cesarianas são comparativamente mais baixas.** E as estatísticas perinatais são muito boas. Já o Brasil é um país onde há muitos médicos especializados e um número pequeno de parteiras aqui eu colocaria também enfermeiras obstetras ou parteiras profissionais já que esta parteira que ele se refere teve formação não é o que entendemos de parteira que para nós não possuem nenhuma formação, são as parteiras tradicionais.. Então, em países assim, não se age da maneira como realmente se deveria”. (Grifos nossos) ⁶⁷

Analisando os dados de partos por cesária, é primordial destacar que o Brasil é o país líder em número de cesáreas do mundo. Convém esclarecer, no entanto, que essa realidade não é exclusividade de nosso país - a região da América Latina como um todo e a região do Caribe

⁶⁷ ODENT, Michel. Entrevista concedida a revista Seu filho e você. Disponível em: <<https://institutomichelodentorgbr.wordpress.com/artigos/michel-odent-materia-seu-filho-e-voce%CC%82/>> Acesso em: 10 mai. 2018.

retratam realidades próximas ao Brasil, representando as regiões com maior taxa de cesáreas do mundo.⁶⁸

Desde 2009, a proporção de partos cesárea, em termos gerais, superou a proporção de partos normais no Brasil.⁶⁹ De acordo com dados levantados pela Unicef, o percentual de cesáreas no país é de 57%, enquanto a OMS recomenda a aplicação de cesáreas, para no máximo 15% dos casos. As cesarianas representam 40% dos partos realizados na rede pública de saúde. Já na rede particular, chegam a expressivos 84% dos partos. Os questionamentos que devem ser enfrentados são: a quem devemos atribuir a culpa pelo altíssimo número de cesárias no Brasil e, conseqüentemente, qual a solução para transformar estes lamentáveis dados.⁷⁰

Antes de adentrarmos os questionamentos supracitados, no entanto, faz-se necessário salientar que a finalidade deste estudo não é demonizar o parto realizado por cesárea, mas sim, esclarecer e refletir acerca de certas questões que estão envolvidas nos dados supraditos. Reitera-se que a cesárea é uma cirurgia que salva vidas, mas este parto precisa ser exceção, pois, conforme elucida a Organização Mundial de Saúde, as cirurgias cesarianas somente serão efetivas na proteção da vida da mãe e da criança quando indicadas ao caso e feitas em um ambiente seguro.⁷¹

Ademais, cabe ressaltar que atribuir a responsabilidade pelas elevadas taxas de cesárea unicamente à decisão médica, ignorando aspectos do relacionamento médico-paciente, bem como aspectos do contexto social e do atual modelo assistencial, público ou privado, do Brasil, seria simplista. Assim, para um estudo das taxas de cesárea sob qualquer prisma é necessário atentarmos para o contexto sociocultural e econômico da população, avaliando os interesses de todos os envolvidos nessa cadeia assistencial.⁷²

⁶⁸ LARRAZ, Irene. EL PAÍS. Porque a Cesárea se tornou um bom negócio na América Latina? (13 agosto 2017). Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/09/actualidad/1502268381_004054.html?rel=mas Acesso em 03 jun. 2018.

⁶⁹ MINISTÈRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de informações para a saúde. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/f08.def>> Acesso em 07 jun. 2018.

⁷⁰ ONU Brasil. UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil. (20 março 2017). Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>> Acesso em 25 ju. 2018.

⁷¹ SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília, v. 2. n. 1, p. 130, Jan/Jun. 2016.

⁷² PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 01, Fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021> Acesso em 31 mai. 2018.

Em primeiro lugar, ressalta-se que a cultura ortodoxa do ato de dar à luz propaga a ideia de que o parto normal é torturante para a mulher pelos diferentes poderes - seja pela mídia ou pelos próprios profissionais de saúde, visando minar a coragem da mulher parturiente. O parto normal com conotação violenta é regularmente utilizado para mercantilizar a cesárea. Questionamentos como: “nossa, você quer parto normal, você é corajosa.” e “você quer que seu filho corra mais risco ou menos risco?” são mensagens subliminares que acabam por originar a insegurança da mulher, que já se encontra em um momento tão vulnerável, em fazer o parto normal, conforme expôs Heloísa Lessa, no filme “O Renascimento do parto”.

Nesse sentido, existe uma construção cultural que considera que “o parto cesárea é mais controlado, é o menos arriscado, e que ele não tem risco nenhum, os médicos acabam acreditando nessa falsa realidade”⁷³. Alinhada a esta perspectiva, aduz Simone Dias:

“Os índices alarmantes de cesáreas estão intrinsicamente relacionados a idealizações culturais introjetadas a partir das quais o parto cesariano é uma forma mais moderna e higiênica de parto, sendo uma escolha para as gestantes que têm maior poder aquisitivo, enquanto o parto normal é tido como feio, primitivo e sujo, realizado apenas com as que não possuem condições de arcar com os custos vultuosos de uma cesariana.”⁷⁴

Além da questão cultural, o excesso da realização de cesáreas no país pode ser explicado em função de interesses econômicos dos atores envolvidos nesse processo. A conveniência médica também é um fator incidente, sendo prática comum a recomendação da cesárea pelos médicos sob falsos indicativos para mulheres que desejam realizar o parto normal, o que torna o procedimento cirúrgico violador da integridade física e sexual da mulher, tendo em vista que foi consentido mediante meio ardil.

A respeito do aumento dos partos cesáreas em consequência da conveniência médica, é forçoso salientar que esta constitui prática abusiva e antiética. Os médicos que priorizam suas agendas em função de suas próprias conveniências em detrimento da saúde de pacientes e dos neonatos costumam eleger a cesárea como modalidade de parto, mesmo sem qualquer necessidade, especialmente no setor privado.

⁷³ O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula [09 de agosto de 2013].

⁷⁴ SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. op. cit., p. 130-131.

Nestes casos, os médicos escolhem a cesárea como modalidade de parto sob falsas indicações, muitas vezes, coincidentemente agendadas previamente entre segunda e sexta-feira. Já é uma prática institucionalizada o médico agendar várias cesárias para o mesmo dia, as quais serão realizadas uma seguida da outra, visando a economia de tempo do médico. Os mutirões de cesáreas realizadas às vésperas de feriados prolongados e festas de fim de ano também consistem em práticas abusivas normalizadas.⁷⁵ Além disso, conforme apresenta o dossiê “Parirás com dor”:

“na conduta médica nos plantões obstétricos da rede pública e privada, existe um “protocolo” de não sobrecarregar o próximo médico a assumir o plantão, considerando-se que esse possivelmente estará chegando de outro plantão e estará cansado. Conhecida por “limpar a área”, referida conduta consiste em realizar cesáreas no final do plantão de todas as mulheres que ainda estão em trabalho de parto, ou acelerar o parto através de outras intervenções. Dessa forma, o próximo plantonista conseguirá descansar ao chegar, se encarregando de acompanhar somente as gestantes que serão internadas em seu plantão”⁷⁶.

De acordo com a médica obstetra Fernanda Macedo, no documentário: “O Renascimento do parto”, “é muito fácil para o médico fazer uma cesárea. Ele retira o bebê em 15 e 20 minutos, eles podem voltar aos seus consultórios e atender seus pacientes. O tempo que você passa assistindo um trabalho de parto é incompatível com a agenda de muitos profissionais”. Sobre a temática, Odent afirma:

“Hoje, devido ao trabalho em especial do professor Michael Stark, de Berlim, é possível fazer uma cesárea em 20 minutos. Quando eu fiz minha primeira cesárea, há meio século, nós precisávamos de uma hora, e isso acelerado. A técnica foi dramaticamente simplificada. Talvez, possivelmente, é mais seguro que jamais foi. A cesárea é simples e rápida, mas é muito difícil avaliar a segurança da cesárea porque precisamos levar em consideração a razão pela qual a cesárea foi feita. Por exemplo, se o critério para avaliar a segurança da cesárea é o óbito materno, você tem que levar em consideração o motivo pelo qual a cesárea foi feita ao invés de avaliar a técnica por si só”.⁷⁷

⁷⁵ Rede Parto do Princípio. (2012). Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal, p. 115, Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>> Acesso em 29 mai. 2018.

⁷⁶ Ibidem., p. 114.

⁷⁷ Palestra fornecida por Michel Odent em conjunto com o Ministério da Saúde- Secretaria Municipal e Estadual de Saúde no Seminário pelo Parto Normal, em Belo Horizonte, em 2008.

No que concerne os interesses econômicos advindos da escolha do parto cesárea pelo médico sem qualquer indicação clínica, podem ser explicados pelo pagamento do médico obstetra pelo plano de saúde, por exemplo. O obstetra Ricardo Chaves aduz no documentário “O Renascimento do parto” que “o valor que o plano paga não compensa desmarcar um consultório inteiro. O médico obstetra ganha mais em uma tarde de consultório do que em um parto”.

Através da consulta aos valores de honorários pagos aos médicos obstetras conveniados ao plano de saúde UNIMED pelos procedimentos realizados, é possível traçar um panorama que informa sobre a opção dos profissionais pelo parto cesárea em detrimento ao parto vaginal, que, frise-se, não é sinônimo de parto humanizado.⁷⁸

Enquanto o profissional, ao realizar uma cesariana é remunerado em R\$ 1.693,74, caso houvesse optado por realizar um parto vaginal, o valor recebido seria de R\$ 1.748,59, isto é, o parto vaginal é lucrativo em apenas R\$ 54,85 a mais do que o parto cesáreo. Ao levarmos em consideração a atual duração das cesarianas, aceleradas pela inclusão da ocitocina sintética, e fomentadas pela mercantilização na indústria do parto, não é difícil concluir qual é a real motivação da epidemia da realização de cesárias no país.

Por este motivo, a movimentação de lucro que um parto cesáreo oferece à indústria do nascimento é muito mais significativa se comparada ao parto normal, ou seja, a rentabilidade do parto cesárea é significativamente maior que o parto natural. A esse respeito, Rattner aduz:

“Havendo o reconhecimento da associação entre a elevação das taxas de cesáreas e o desenvolvimento econômico regional (pelo potencial explicativo das variáveis estudadas), e em vista de seus maiores valores concentrarem-se nos hospitais privados, a cesárea parece ter adquirido outro caráter além do de procedimento médico: o de atividade lucrativa, ou, em outras palavras, o de um bem de consumo. Na sempiterna polêmica sobre a privatização dos serviços de saúde, recentemente reativada no Município de São Paulo pela proposta de que recursos públicos financiem um sistema de gerenciamento no âmbito do privado, a cesárea constitui-se em excelente paradigma para análise de sua perversidade, demonstrando que, nesse sistema, o que rege a indicação das terapêuticas é o objetivo lucrativo, e não o bem-estar da mãe ou de seu filho, ou das populações”.⁷⁹

⁷⁸ Cf. informações obtidas na tabela de honorários da Unimed. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/documents/970175/979381/TABELA_TUSS_CBHPM_PLENA_2016_FORMAT_ADA_%28SITE%29.pdf/3691b865-b862-4c87-acb6-5f22a0a47aec> Acesso em 03 jun. 2018.

⁷⁹ RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimento e partos: breve referencial teórico. Interface. Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p. 595-602, 2009.

Para além disso, há que se mencionar a denominada judicialização da medicina. É frequente a disseminação aos residentes de que eles não seriam processados por uma cesárea a mais, mas sim, por uma a menos, o que acaba por reforçar a cultura pró-cesárea.⁸⁰

Verifica-se que a cultura pró-cesárea dos médicos e da população, em parte, tem que ser revista levando em consideração a saúde da mulher parturiente e do neonato. É preciso questionar a forma de organização dos procedimentos obstétricos atuais para que as mudanças na assistência ao parto possam ser viabilizadas, assim, será possível a eliminação da patologização da mulher na prática institucional da obstetria, e, por conseguinte, o respeito a fisiologia da mulher conquistado.

No sistema de saúde, o fator subjetivo que transforma o ato do parto em um evento violento é principalmente a desigualdade de gênero, por se tratar de um ato atentatório exclusivo ao sexo feminino, porém, o que marca as maiores diferenças entre a quantidade e o tipo de violência em cada parto, cesariano ou normal, é a classe social.

⁸⁰ LARRAZ, Irene. EL PAÍS. Porque a Cesárea se tornou um bom negócio na América Latina? (13 agosto 2017). Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/09/actualidad/1502268381_004054.html?rel=mas> Acesso em 03 jun. 2018.

CAPÍTULO 2

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

2.1. Ausência de tipificação legal da violência obstétrica no Brasil

Enquanto alguns países da América Latina, como é o caso da Argentina e Venezuela, possuem leis que tipificam a violência em atenção à obstetrícia, caracterizando-a como crime cometido contra as mulheres⁸¹, o Brasil, em contrapartida, não possui uma lei específica que trate a respeito da violência obstétrica, muito menos a caracteriza como crime no âmbito penal.

Todavia, a inadequada omissão do direito brasileiro no que se refere à proteção da mulher gestante, parturiente ou em estado puerperal não é completamente absoluta, tendo em vista que existem projetos de leis que tramitam em âmbito federal sobre a temática, como é o caso dos Projetos de Leis nº 7.633/2014, nº 7867/2017, nº 8219/2017, bem como leis federais, estaduais e municipais que correlacionam-se com o tema e merecem ser abordadas - é o caso da lei nº 11.108/05, que alterou a lei 8.080/90 para garantir as parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto no Sistema Único de Saúde.

No que concerne ao direito da mulher parturiente em ter um acompanhante durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto, a Lei Federal nº 11.108/05, seguida pela Lei do Estado do Rio de Janeiro nº 6.628/2013 e Lei do Município do Estado do Rio de Janeiro nº 5.762/2014, obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, rede própria ou conveniada, a permitir que a parturiente permaneça com um acompanhante durante todo o período indicado. Aludida lei expressa, *in verbis*:

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. § 1 O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. § 2 As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. **(grifos nossos)**

Salienta-se que a determinação vale tanto para hospitais públicos quanto para hospitais particulares. No entanto, referida lei não trouxe em seu bojo mecanismos de punição no caso de seu descumprimento, e, por conseguinte, o desrespeito à referida lei pela equipe médica é

⁸¹ Defensoria Pública do Estado de São Paulo. A Violência Obstétrica existe. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2018.

uma realidade. Além disso, de acordo com o documentário “A dor além do parto”⁸², ainda hoje, o desconhecimento da lei por parte das parturientes aliado à negativa do direito de acompanhante por parte dos profissionais de saúde nas maternidades, acaba por minar este direito à mulher no ato de parir, isto porque, estudos indicam a porcentagem de 64% de mulheres brasileiras que tiveram o acesso ao acompanhante que lhes são direito, negados.

Aludido número é explicado em função da inexistência de penas para médicos e hospitais que descumpram a medida em conjunto com a falta de informação das mulheres parturientes que sequer têm ciência desse direito. De acordo com o indicado documentário, dentre as mulheres que não tiveram acesso ao acompanhante, 15,4% não tinham ciência deste direito.

No entanto, cabe ressaltar que esta Lei é regulamentada pela Portaria 2.418/05, a Resolução 211/10 da ANS e a resolução da diretoria colegiada n. 36/08 da ANVISA que informam a mulher gestante deste direito.⁸³ Entretanto, o dado indicado que demonstra o elevado número de mulheres que sequer conheciam este direito tão fundamental, confirma a insuficiência destas normas infra-legais.

Ainda a respeito da Lei 11.108/2005, frisa-se que frequentemente os profissionais de saúde não permitem homens acompanhantes na sala de parto sob a justificativa da falta de privacidade de outras mulheres parturientes, o que constitui uma violação à referida lei, que não engendra um gênero específico ao acompanhante, podendo ser homens ou mulheres, desde que tenha sido de escolha da parturiente⁸⁴.

Além disso, em relação ao acompanhamento específico de doulas, vigora no Estado do Rio de Janeiro, a Lei nº 7.314/2016, reforçada pela Lei Municipal do Rio de Janeiro nº 6.305/2017, que permitem a presença de referidas profissionais nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Ressalta-se que as doulas constituem-se importantes personagens em um parto humanizado, tendo em vista que são acompanhantes profissionais treinadas para dar suporte físico e emocional às mulheres gestantes, entretanto, estas não confundem-se com enfermeiras obstetras visto que não são

⁸² A DOR ALÉM DO PARTO. Produção: Leticia Campos Guedes, Amanda Rizério, Nathália Machado Couto e Raísa Cruz. Edição: Léo Preto. Espaço Filme, Documentário.

⁸³ HILDEBRAND, Cecília Rodrigues Frutuoso. Violência Obstétrica, Direito De Informação e a Responsabilidade Médico e Hospitalar, p. 70.

⁸⁴ A DOR ALÉM DO PARTO, op. cit.

responsáveis por procedimentos técnicos no decorrer do parto.⁸⁵ A Organização Mundial de Saúde identifica a doula como:

“prestadora de serviços que recebeu treinamento básico sobre o parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio emocional, consistindo de elogios, reafirmação medidas para aumentar o conforto materno, contato físico, como friccionar as costas da parturiente e segurar suas mãos, explicações sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto e uma presença amiga constante”.⁸⁶

Mister anunciar que a presença de referidas prestadoras de serviços não deveriam excluir a presença do acompanhante instituída pela Lei federal nº 11.108/2005, no entanto, ainda não há lei federal que trate sobre o assunto

No entanto, alguns estados já legislaram sobre o assunto, como o Estado do Rio de Janeiro, que determinou que a presença da doula não exclui a presença do acompanhante, consoante o art. 1, da lei nº nº 7.314/2016, *in verbis*:

Art. 1º Ficam, as maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, da rede pública e privada do Estado do Rio de Janeiro, obrigados a permitir a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente, sem ônus e sem vínculos empregatícios com os estabelecimentos especificados. § 2º A presença das doulas não se confunde com a presença do acompanhante instituído pela Lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

Para além disso, importante destacar a promulgação de lei federal nº 13.434/2017, que acrescentou parágrafo único ao art. 292 do Código de Processo Penal, a fim de vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e em mulheres durante a fase de puerpério imediato, o que demonstrou grande avanço no âmbito da violência obstétrica, tendo em vista que algemar a mulher parturiente, retirando-lhe sua movimentação é uma forma de manifestação desta violência de gênero⁸⁷.

Ainda na esfera penal, sublinha-se a lei federal nº. 11.942/2009, que substituiu os arts. 14, 83 e 89 da lei de Execução Penal para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Sobre esta temática, apresenta-se, *in verbis*:

⁸⁵ DUARTE, Ana Cris. O que é doulas. Disponível em <<https://www.doulas.com.br/oque.php>> Acesso em 15 jun. 2018.

⁸⁶ Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Sagura. Saúde Materna e Neonatal. [Brasília]; Ministério da Saúde; 1996. 53 p. Livro. (OMS/SRF/MSM/96.24).

⁸⁷ Cf. cap. 1

Art. 14 § 3º Será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido.”

Art. 83 § 2º Os estabelecimentos penais destinados a mulheres serão dotados de berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade.”

Art. 89 Além dos requisitos referidos no art. 88, a penitenciária de mulheres será dotada de seção para gestante e parturiente e de creche para abrigar crianças maiores de 6 (seis) meses e menores de 7 (sete) anos, com a finalidade de assistir a criança desamparada cuja responsável estiver presa.

Parágrafo único. São requisitos básicos da seção e da creche referidas neste artigo:

I – atendimento por pessoal qualificado, de acordo com as diretrizes adotadas pela legislação educacional e em unidades autônomas; e II – horário de funcionamento que garanta a melhor assistência à criança e à sua responsável.

Conforme salientado, contudo, referidas leis não versam especificamente sobre a questão da violência obstétrica, e muito menos, apresentam medidas coercitivas que coibam esta violência institucional.

Embora as portarias sejam denominadas normas infralegais e não tenham força cogente suficiente para, de fato, obrigar os profissionais de saúde ao cumprimento de suas normas, faz-se necessário destacar as portarias nº 569/2000 e 1.067/2005, ambas do Ministério da Saúde, que estabelecem estratégias para assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério⁸⁸.

Através da Portaria nº 569/2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, conhecido como PHPN, cujo objetivo é o de melhorar a qualidade de assistência obstétrica neonatal. A esse respeito, aduzem Carvalho et al:

“O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro refere-se ao dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isto, há necessidade de uma atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e, também, romper com o isolamento normalmente imposto à mulher. O segundo aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido”.⁸⁹

⁸⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em 17 jun. 2018.

⁸⁹ CARVALHO, Vanessa Franco De; KERBER, Nalú Pereira da Costa; BUSANELLO, Josefina; GONÇALVES, Bruna Goulart; RODRIGUES, Eloísa da Fonseca; AZAMBUJA Eliana Pinho. Como os trabalhadores de um

Já a portaria nº 1.067/2005, trouxe inovações importantíssimas na prestação de assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto, instaurando a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, conhecida por PNAN. Esta portaria apresentou recomendações como: a promoção de uso restrito de episiotomia - somente com indicação precisa, a permissão da liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, o estímulo de posições não-supinas durante o trabalho de parto, o respeito à escolha da mulher sobre o local e a posição do parto, o respeito do direito da mulher à privacidade no local do parto, o fornecimento de todas as informações e explicações que desejarem, dentre outras. Entretanto, há que salientar que não há no bojo destas importantes portarias penalidades a serem aplicadas em caso de seus descumprimentos, o que acaba por tornar fácil a inobservância destas⁹⁰.

No que concernem os projetos de leis que versem sobre violência obstétrica, o primeiro aceno realizado pelo Planalto considerando-se a crise humanitária instaurada na atividade obstétrica brasileira, foi o projeto de lei 5.304/2013, apresentado em 3 de abril de 2013 por dois hoje ex-deputados do PT de São Paulo, Vanderlei Siraque e Janete Rocha Pietá, com o objetivo de alterar o artigo 19-J da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A referida norma, que versa sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde já abordava o tema desde a alteração realizada pela lei federal 11.108/2005, que incluiu a obrigatoriedade da presença de um acompanhante indicado pela parturiente durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, seja em hospitais públicos ou particulares, conforme já analisado. Ademais, tal norma também impõe que todos estes hospitais deveriam publicizar esta ordem, através de aviso fixado nos estabelecimentos.

O projeto de lei apresentado em 2013 sugeriu a extensão da obrigatoriedade para, além de um acompanhante, uma doula que também acompanhasse a parturiente durante todo o trabalho de parto, o que alguns estados do Brasil, como o Rio de Janeiro, já contemplam consoante leis estaduais e municipais. Posteriormente, foram apresentados outros dois projetos

Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. Revista Esc Enfermagem USP, 2012, p. 31.

⁹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Disponível em: <<http://vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatologia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal>>. Acesso em 17 jun. 2018.

de lei com matéria praticamente idêntica, são estes os Projetos de lei nº 3.455/2015 e nº 4.662/2016.

Poucos meses após a apresentação deste Projeto de Lei, foi apresentado pelo Senador Gim Argello, do PTB do Distrito Federal, o Projeto de Lei nº 6.567/2013, sugerindo a substituição do caput do mesmo dispositivo, que versava apenas sobre a questão do acompanhamento, para uma visão mais abrangente das melhorias para a mulher no que tange o parto, sugerindo que o SUS, os hospitais particulares e conveniados seriam obrigados a "obedecer às diretrizes e orientações técnicas e oferecer as condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado em suas dependências"⁹¹. Ambos os projetos foram apensados pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados pela alegada correlatividade da matéria versada.

Estes projetos foram sinais que indicaram o início da viabilização da institucionalização do parto humanizado no ordenamento normativo brasileiro, apesar de serem pouco técnicos e bastante abrangentes.

Com um mergulho na tecnicidade e na apresentação de alternativas ao desumano - e lucrativo - serviço rápido de partos no Brasil, em 29 de maio de 2014, foi apresentado no Plenário da Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 7633/2014 pelo Deputado Federal Jean Wyllys, do PSOL.

O projeto, como a própria ementa já indica, "dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências"⁹². De fato, o projeto apresenta um considerável número de princípios e diretrizes a serem seguidos com a finalidade de oferecer um cuidado digno e necessário às mulheres parturientes, de forma a tirar o Brasil das cabeças das sombrias estatísticas da violência obstétrica no mundo.

No momento, o Projeto de Lei nº 7.633/2014 tramita junto à Comissão de Educação aonde aguarda parecer e posteriormente remessa à Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, à

⁹¹ BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 6.567/2013. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=596285>> Acesso em 18 jun. 2018.

⁹² BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico – puerperal e dá outras providências. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785 . Acesso em 15 jun. 2018. Texto Original.

Comissão de Seguridade Social e Família e por fim, à Comissão de Constituição de Justiça e de Cidadania⁹³. Ainda em 2014, foi proposta a realização de uma audiência pública, não realizada, no entanto, pelo fim do período de legislatura.

Tendo em vista, de fato, a impedir e coibir as práticas abusivas pelos profissionais de saúde, em 13 de junho de 2017, foi apresentado pela Deputada Federal Jô Moraes do PCdoB de Minas Gerais o projeto de lei 7867/2017.

Diferentemente do projeto do parlamentar fluminense, a deputada elaborou uma minuta de projeto com um viés terminantemente inibitório, incluindo de forma inédita o termo "violência obstétrica" na ementa de uma possível Lei Federal. No projeto de nº 7867/2017, ocorre a introdução não só de imposições de medidas técnicas, como a obrigação da elaboração do plano de parto⁹⁴, mas também definições que buscam elucidar os termos que margeiam o tema da violência obstétrica, como a diferenciação entre a violência física e verbal, sendo estas ramificações amplamente exploradas, abarcando desde a ironia e recriminação do profissional da saúde frente ao comportamento da parturiente no caso verbal, quanto a omissão de informação sobre os procedimentos a serem realizados, ou, no caso da violência física, procedimentos desnecessários como a episiotomia, aplicação da ocitocina sintética, conforme discorridos no primeiro capítulo da presente dissertação, até práticas menos expostas mas não menos absurdas como a submissão da parturiente à procedimentos desnecessários com o intuito de treinar estudantes de medicina.⁹⁵

Apesar de materialmente abordar a violência obstétrica de forma diversa e mais combativa frente às práticas realizadas contra as parturientes, em 29 de junho de 2017, a Mesa Diretora da Câmara dos Deputados emitiu despacho apensando o presente projeto de lei aos anteriores aqui citados. Em 12 de abril de 2018, a deputada apresentou o Requerimento de Desapensação que, no entanto, foi negado. No momento, o projeto de lei tramita na Comissão de Educação, junto às propostas anteriores.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ [Plano de parto constitui um documento em que a mulher parturiente registrada todas as suas vontades em relação ao parto, é recomendado pela OMS].

⁹⁵ BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7867/2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>> Acesso em 15 jun. 2018. Texto Original.

Também pensado aos demais, o último projeto de lei apresentado junto à Câmara dos Deputados foi de autoria de Francisco Floriano do partido DEM do Rio de Janeiro, no dia 09 de agosto de 2017. A íntegra do projeto não traz grandes novidades em relação aos extensivos projetos de lei previamente apresentados pelos deputados Jean Wyllys e Jô Moraes. No entanto, inova na proposição de penalidade de detenção de seis meses a dois anos, além de multa para os agentes praticantes da violência obstétrica, seja pela agressão verbal ou física, incluindo a omissão de informações, a submissão da parturiente à cesariana sem indicação clínica, ou ao fato de impedir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto.

Além disto, o parlamentar destaca um artigo exclusivo para a prática da episiotomia, classificando-o como "inaqueado e violento, devendo ser praticado exclusivamente nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher"⁹⁶. No caso da prática inadequada da episiotomia, o parlamentar indicou a pena de detenção de um a dois anos, além de multa.

Por fim, cabe concluir que os três projetos que tramitam em conjunto serão transformados em uma proposta única que, se aprovada pelas comissões, pode ser enviada ao Senado sem passar pelo Plenário da Câmara. Os três Projetos de Lei consideram casos de violência passíveis de punição⁹⁷, recusar atendimento, deixar de aplicar anestesia, impedir a presença do pai ou acompanhante no parto, induzir a mulher a fazer uma cesariana, impedir o contato de mãe e filho sem justificativa ou submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, e a aprovação deste Projeto de Lei significaria um avanço na luta pela humanização do parto e daria visibilidade à violência obstétrica como uma violência institucional⁹⁸.

2.2. Aplicação do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor

⁹⁶ BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 8.219/2017. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico – puerperal e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>>. Acesso em 15 jun. 2018. Texto Original.

⁹⁷ [Punições previstas, que vão de multa a dois anos de prisão].

⁹⁸ VITAL, Antonio. Três projetos de lei sobre violência obstétrica tramitam em conjunto na Câmara. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/542432-TRES-PROJETOS-DE-LEI-SOBRE-VIOLENCIA-OBSTETRICA-TRAMITAM-EM-CONJUNTO-NA-CAMARA.html>> Acesso em 19 jun. 2018.

Conforme exposto no item anterior, apesar da existência de resoluções esparsas e da lei do acompanhante, bem como dos Projetos de Leis em tramitação, a definição de violência obstétrica como uma espécie de violência contra a mulher em razão do gênero ainda não possui legislação específica no ordenamento jurídico brasileiro. Todavia, faz-se necessária a análise das vertentes da violação sofrida pelas mulheres vítimas de violência obstétrica ante os incontáveis relatos sofridos no Brasil, a fim de buscar a condenação através dos meios legais já existentes.

Embora a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres parturientes seja uma profunda ferida e, além disso, seja extremamente delicado reacender as agressões sofridas justamente no momento em que elas encontravam-se tão vulneráveis, mister acentuar que o Poder Judiciário é uma das alternativas para as vítimas de violência. “Uma condenação justa pode não apagar as marcas e dores geradas em razão da conduta médica ou do estabelecimento hospitalar, mas podem servir de desestímulo à perpetração dessa conduta com gestantes e parturientes.”⁹⁹

A fim de que aludida condenação torne-se possível é essencial apresentar a responsabilidade civil dos atores envolvidos na violência obstétrica. Demonstrar-se-á, elaborando uma breve análise da violência obstétrica e as responsabilidades civis dos agentes causadores, consoante o Código de Defesa do Consumidor e Código Civil, a responsabilidade civil atinente ao médico, que é subjetiva, bem como a da entidade hospitalar, que é objetiva.

Hodiernamente, o sistema de responsabilidade civil é complexo, posto a necessidade de abarcar a diversidade de indagações que envolvem o corpo social. O objetivo deste trabalho, frisa-se, não é adentrar em suas pormenores, mas sim, apresentar a responsabilidade civil como possível solução em determinados casos, mesmo sob muitas críticas, tendo em vista a omissão legislativa no ordenamento brasileiro que exclusivamente aborde a violência obstétrica. Sobre a correlação da responsabilidade civil e a violência obstétrica, aduz Regina Celi:

“A responsabilidade civil é uma provável resposta jurídica a qualquer dano sofrido por alguém, seja físico ou moral, e que estejam em desacordo com os direitos do indivíduo. Em relação à violência obstétrica não seria diferente. Todavia, a responsabilização civil no caso da violência obstétrica não tem condão de devolver a

⁹⁹ HILDEBRAND, Cecília Rodrigues Frutuoso. Violência obstétrica, direito de informação e a responsabilidade médico e hospitalar. In: Congresso Nacional da FEPODI, 4., 2015, São Paulo. Anais do IV Congresso Nacional da Federação de Pós-Graduandos em Direito. São Paulo, 2016. p. 63-73. p. 71.

integridade física, psicológica e moral da gestante, significando, portanto, mero ressarcimento. Os danos causados pela reprovável conduta dos profissionais da saúde mediante a prática de procedimentos que violam os direitos da parturiente devem ser indenizados”.¹⁰⁰

A responsabilidade civil ora analisada, será apreciada sob a ótica objetiva e subjetiva. Para tanto, realizar-se-á uma breve demonstração acerca das características e elementos destas espécies. À luz de Anderson Schreiber¹⁰¹, a responsabilidade subjetiva é aquela calcada no pressuposto de culpa, e, no Código Civil Brasileiro, está estampada, como cláusula geral, no art. 186¹⁰² conjugado com o art. 927¹⁰³. A respeito de referida modalidade, Cavalieri expõe:

“A responsabilidade subjetiva é assim chamada porque exige, ainda, o elemento culpa. A conduta culposa do agente erige-se, como assinalado, em pressuposto principal da obrigação de indenizar. Importa dizer que nem todo comportamento do agente será apto a gerar o dever de indenizar, mas somente aquele que estiver revestido de certas características previstas na ordem jurídica. A vítima de um dano só poderá pleitear ressarcimento de alguém se conseguir provar que esse alguém agiu com culpa; caso contrário, terá que conformar-se com a sua má sorte e sozinha suportar o prejuízo. Vem daí a observação: “a irresponsabilidade é a regra, a responsabilidade a exceção”¹⁰⁴.

Em contrapartida, a responsabilidade objetiva dispensa a culpa e se satisfaz apenas com o dano e o nexos de causalidade. De acordo com Anderson Schreiber, “a consagração da responsabilidade objetiva, ao promover a cisão entre o juízo de responsabilização do ato ilícito, não apenas eliminou a exigência de culpa, mas também isentou o Poder Judiciário de preocupações com a antijuridicidade. [...] Com isso, as ações de responsabilidades objetivas passaram a depender tão-somente da configuração do nexos causal e do dano.”¹⁰⁵. O Código Civil, em seu art. 927, parágrafo único, positiva a responsabilidade objetiva, *in verbis*:

Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

¹⁰⁰ OLIVEIRA, Regina Celi Ferreira. O fenômeno da violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro. Revista Pensa Direito, v.7, n. 2, p. 10, julho 2016.

¹⁰¹ SCHREIBER, Anderson. Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil: da erosão dos filtros da reparação à diluição dos danos. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2015, p 155.

¹⁰² Art. 186: Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

¹⁰³ Art. 927: Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

¹⁰⁴ CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de responsabilidade civil. 9. Ed. Rev. E ampl. São Paulo: Atlas, 2010, p. 29.

¹⁰⁵ SCHREIBER, Anderson. Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil: da erosão dos filtros da reparação à diluição dos danos. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2015, p. 187.

Aludidas modalidades diferenciam-se, portanto, pela inexigibilidade de culpa. Enquanto a responsabilidade subjetiva exige necessária comprovação de culpa do agente, de modo que, se não há culpa, não há responsabilidade; a responsabilidade objetiva, por outro lado, decorre de dano causado em função de um ato doloso ou culposo, ou seja, independente da culpa do agente.

No que concerne à responsabilização civil do profissional da saúde, o médico deve ser responsabilizado pela violência obstétrica que cometeu, conjugando os arts. 186 e 927 do Código Civil, considerando que a violência contra a mulher é também uma violência contra os direitos humanos e direitos fundamentais¹⁰⁶, bem como o fato de que qualquer indivíduo deve ser responsabilizado pelo prejuízo causado à outrem.

Nesta perspectiva, mister ressaltar “a necessidade de comprovação de existência do dano e o nexo causal entre a conduta do agente e o dano causado”¹⁰⁷, o que acaba por dificultar a responsabilização do médico obstetra, tendo em vista a inequívoca dificuldade que a vítima da violência obstétrica terá para comprovar a culpa do profissional para ser ressarcida pelo dano sofrido. Mesmo em casos de danos físicos, em que perícias e provas documentais facilmente comprovariam a existência de violência, essa dificuldade pode se referir à prova do dano ou do nexo causal.

Nesta perspectiva, mesmo que algumas práticas sejam facilmente comprovadas por tratarem-se de danos físicos, que são tratados no art. 949 do Código Civil, como é o caso da episiotomia, na qual “decorre uma lesão e causa cicatrizes que se estendem para além da vagina, afetando a dignidade, integridade física e psíquica da vítima, o que gera direito de pleitear indenização pelo dano moral sofrido, além da possibilidade de pleitear indenização por dano estético”¹⁰⁸, ainda assim, é difícil a identificação das motivações que o médico obstetra teve na realização desta prática, em função da episiotomia ser uma conduta violenta, porém, institucionalizada no Brasil. Desta forma, mesmo que demonstradas as evidências físicas do dano, pode-se argumentar, por parte do médico obstetra, que este procedimento foi tecnicamente necessário para salvar a vida da parturiente ou do neonato, sendo difícil

¹⁰⁶ [Cf. será analisado no capítulo 3 do presente estudo].

¹⁰⁷ OLIVEIRA, Regina Celi Ferreira. O fenômeno da violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro. revista pensar direito, v.7, n. 2, julho 2016. p. 10.

¹⁰⁸ Ibidem, p. 11.

comprovar o contrário. A esse respeito, importante ressaltar que a episiotomia, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento da parturiente¹⁰⁹.

Outrossim, se a manifestação da violência obstétrica causou um dano psicológico e não físico, como é o caso do assédio moral, privação de alimentos e interdição da movimentação da mulher durante o parto, por exemplo, ainda “é mais difícil a comprovação do nexo causal entre um trauma psicológico e a prática”¹¹⁰. Diante dessa dificuldade, inúmeras mulheres sequer procuram o judiciário a fim de obter ressarcimento pecuniário.

Importante ressaltar que a mulher gestante, parturiente ou puérpera só torna-se capaz em decidir sobre determinado assunto caso tenha sido adequadamente informada pelo médico, senão haverá um vício em sua vontade. “Assim, a informação não é apenas direito do consumidor, é também dever do fornecedor, do médico, da equipe e da entidade hospitalar”.¹¹¹ Desta forma, é dever do médico informar ao paciente sobre todas as possibilidades do seu quadro clínico, atentando também ao princípio de confiança do médico-paciente.

A esse respeito, o Código de Ética Médica¹¹² consoante seu art. 34, estabelece que é vedado ao médico omitir informação ao paciente quanto ao diagnóstico, riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta puder lhe causar dano. Nesse caso, o dever de informação persiste, porém ao seu representante legal. De toda forma, se não houve a informação, o médico incorreu em uma violência.

A título de exemplo, se a ocitocina sintética for induzida sem o consentimento da mulher parturiente, há que ter uma alteração no quadro clínico do bebê para que o médico e o hospital sejam responsabilizados pelos danos consequentes, ou seja, a mulher poderá ser ressarcida somente caso hajam danos físicos, como a morte do neonato, contudo, a parturiente dificilmente será ressarcida em função do tão somente uso da ocitocina sintética, que já caracteriza uma forma de violência contra a mulher¹¹³.

¹⁰⁹ AMORIM, Melania Maria de Ramos; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, v. 36. n. 1, p.48-54, jan. 2008. p. 53.

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ HILDEBRAND, Cecília Rodrigues Frutuoso. Violência obstétrica, direito de informação e a responsabilidade médico e hospitalar. In: Congresso Nacional da FEPODI, 4., 2015, São Paulo. Anais do IV Congresso Nacional da Federação de Pós-Graduandos em Direito. São Paulo, 2016. p. 63-73. p. 72.

¹¹² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/graduacao_197_Novo-Codigo-de-Etica-Medica-Set-2009.pdf>

¹¹³ HILDEBRAND, op. cit.

Nesta perspectiva, interpretar a responsabilidade civil dos agentes ativos da violência obstétrica, também, sob a ótica consumerista é de suma importância tendo em vista que as partes das relações envolvidas ocupam posições profundamente assimétricas. Desse modo, o direito do consumidor surge como instrumento de equilíbrio entre os sujeitos, quais sejam, a mulher em situação de vulnerabilidade vítima de violência obstétrica ora consumidora, e os médicos, hospitais e planos de saúde na posição de fornecedores¹¹⁴.

De acordo com o Código de defesa do Consumidor, em seu art. 14, § 4º, a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais, inserindo-se aqui o médico obstetra, será apurada mediante a verificação de culpa. Sendo que a responsabilização dos estabelecimentos hospitalares, por serem fornecedores de serviços, será objetiva, sem prejuízo de um eventual direito de regresso contra o médico.

Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos. § 1º O serviço é defeituoso quando não fornece a segurança que o consumidor dele pode esperar, levando-se em consideração as circunstâncias relevantes, entre as quais: I - o modo de seu fornecimento; II - o resultado e os riscos que razoavelmente dele se esperam; III - a época em que foi fornecido. § 2º O serviço não é considerado defeituoso pela adoção de novas técnicas. § 3º O fornecedor de serviços só não será responsabilizado quando provar. I - que, tendo prestado o serviço, o defeito inexiste; II - a culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro § 4º **A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa.**

De acordo com Cavalieri Filho, “essa sistemática gera responsabilidade solidária entre todos os participantes da cadeia de fornecedores do serviço, quer pela disciplina do art. 34 do Código de Defesa do Consumidor, quer à luz do art. 932, III, do Código Civil, que trata da responsabilidade na preposição.”¹¹⁵ Assim, caso o plano de saúde atue como mais um ator nesta cadeia, tendo participação na escolha do médico e ou do hospital, também terá responsabilidade na indenização à mulher parturiente. Importante ressaltar que a responsabilidade civil do plano de saúde será sempre objetiva, visto ser um caso análogo aos dos hospitais¹¹⁶.

¹¹⁴ OLIVEIRA, Regina Celi Ferreira. O fenômeno da violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro. revista pensar direito, v.7, n. 2, p. 11, julho 2016.

¹¹⁵ CAVALIERI FILHO, Sérgio. Programa de responsabilidade civil. 9.Ed. São Paulo: Atlas, 2010, p. 403.

¹¹⁶ OLIVEIRA, Regina Celi Ferreira, op. cit, p. 10.

Destaca-se que caso a violência obstétrica tenha se dado no âmbito do SUS, a Constituição da República expõe, em seu art. 37, que as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Constata-se, então que “o dever de indenizar o paciente por parte do poder público independe de culpa ou dolo de seus agentes de saúde. [...] Ao Estado apenas é assegurado o direito de regresso contra o agente que praticou a violência obstétrica, caso comprove a culpa deste”¹¹⁷.

É imperioso frisar, mais uma vez, a dificuldade em provar erros e condutas médicas. A esse respeito, o promotor de justiça federal do distrito federal, Diaulas Ribeiro¹¹⁸, aduz que esta dificuldade vincula-se à falta de conhecimento de juízes e promotores de justiça na área técnica da medicina, por isso, acabam tendo uma leitura muito elementar do que acontece na relação médico e paciente e apelam para a figura genérica da absolvição por falta de provas.

Ainda segundo o procurador, por tratar-se de ação penal condicionada, o Ministério Público só pode agir quando é provocado, ou seja, quando recebe uma comunicação da vítima. Considerando que, em conjunto com a representação da vítima, também há a necessidade da quebra do sigilo médico, o médico acaba por ter uma imunidade quase absoluta. Neste ponto, o procurador faz uma crítica à justiça tradicional e afirma que o sistema conselhal de medicina ainda é mais eficaz para punir do que o próprio sistema de justiça brasileiro.

O procurador afirma que os códigos de ética médica tratam a violência obstétrica com mais rigor do que a lei - nem a condenação do médico por homicídio culposo no sistema jurídico brasileiro promove a cassação do registro do médico - o responsável por cassar os médicos, em 90% dos casos são os conselhos de medicina. A esse respeito, salienta-se a importância da cassação do registro profissional posto que ela equivale a morte civil.

Diante da ausência de uma norma legal que abarque a violência obstétrica com todos os seus delineamentos e coíba a manifestação desta no sistema jurídico brasileiro, e, ante a

¹¹⁷ Ibidem.

¹¹⁸ A DOR ALÉM DO PARTO, op. cit.

dificuldade da aplicabilidade do Código Civil e Código de Defesa do Consumidor, em alguns casos de manifestação da violência obstétrica, em função da complexidade na comprovação do nexo de causalidade entre a conduta do agente e o dano causado, analisar-se-á, no capítulo subsequente, a violência obstétrica como uma violência institucional.

CAPÍTULO 3

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

3.1. Violência obstétrica como violência de gênero

Apesar de inserida dentro do rol das diversas formas de violência médica, a violência obstétrica possui peculiaridades e especificidades que a distingue profundamente das demais. A esse respeito, Michelle Sadler, antropóloga e especialista em violência obstétrica, aduz que, por ser uma transgressão que envolve o subjugado do corpo da mulher aos profissionais de saúde, pertencentes à um ambiente dominado predominantemente por homens, acaba por tornar-se uma questão de gênero, sendo assim, uma questão feminista.¹¹⁹

Por ser um ambiente dominado por homens, as tomadas de decisões realizadas nas maternidades e hospitais acabam assumindo contornos masculinos. A esse respeito, Simone de Beauvoir ensina que o corpo feminino é marcado no interior do discurso masculinista, pelo qual o corpo masculino, em sua fusão com o universal, permanece não marcado.¹²⁰ De acordo com Beauvoir:

“É preciso entender que os homens não nasceram com a faculdade do universal e que, ao nascerem, as mulheres não foram reduzidas ao particular. **O universal tem sido, e é continuamente, em todo momento, apropriado pelo homem.** [...] **Trata-se de um ato criminoso, perpetrado de uma classe contra a outra.** Trata-se de um ato levado a cabo no âmbito dos conceitos, da filosofia e da política”. (Grifos nossos)¹²¹

No que concerne o termo violência de gênero, Heidari e Moreno expõem que esta expressão foi empregada inicialmente a fim de dar destaque à desigualdade de gênero, ou seja, às dinâmicas de poder entre homens e mulheres e ao acesso desigual a recursos por parte das mulheres que as expõe a um risco maior de sofrerem formas específicas formas de violência.

¹¹⁹ SADLER, Michelle; SANTOS, Mário JDS; RUIZ-BERDÚN, Dolores; ROJAS, Gonzalo Leiva; SKOKO, Elena; GILLEN; Patricia, CLAUSEN, Jette A. Para além do desrespeitos e do abuso: as dimensões estruturais da violência obstétrica, p. 28.

¹²⁰ BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução: Renato Aguiar. Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2003, p. 36.

¹²¹ Ibidem, p. 202.

Porém, hodiernamente, o termo tem sido mais utilizado para se referir à violência baseada no sexo, na orientação sexual ou na identidade de gênero das pessoas.¹²²

Sobre a violência de gênero, Flávia Piovesan explica:

“A violência baseada no gênero ocorre quando um ato é dirigido contra uma mulher, porque é mulher, ou quando atos afetam as mulheres de forma desproporcional. Afirmam [Declaração da ONU sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher e a Convenção de “Belém do Pará”] que a violência baseada no gênero reflete relações de poder historicamente desiguais e assimétricas entre homens e mulheres”.¹²³

Abordar a magnitude e a natureza da violência sofrida pelas mulheres na obstetrícia faz-se necessária para que se possa enfrentar essa espécie de violência superando os obstáculos como a falta de informação e o protagonismo no médico obstetra ao invés da mulher, que limitam o acesso das mulheres à um parto humanizado.

É imperioso, portanto, apresentar os conceitos de gênero e seus aspectos para tornar possível a análise das matrizes da violência obstétrica como uma violência com base na identidade de gênero.

À luz de Joan Scott, deve-se analisar o gênero como elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças perceptíveis entre os dois sexos e, em posteriormente, como forma de representar as relações de poder aonde a dominação masculina é inerente e inquestionável.¹²⁴ “Louro corrobora com esta corrente de pensamento ao discorrer, defendendo a ideia de que “[...] gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino e feminino [...]”.¹²⁵

¹²² HEIDARI, Shirin; MORENO, Cláudia García. Violência de Gênero: um Obstáculo para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. *Reproductive Health Matter*. Londres, v. 11, n. 10, p. 12, dezembro 2017.

¹²³ PIOVESAN, Flávia. A luta das mulheres pelo direito a uma vida sem violência. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, v.18, n. 426, p. 30, out. 2014.

¹²⁴ WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. p. 141 apud SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5- 22, jul./dez. 1990.

¹²⁵ WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. p. 141 apud LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18, p. 9.

Em contraponto, Judith Butler desconstrói a ideia de gênero e sexo como dicotômicos ao discutir o conceito de gênero. Butler levantará uma teoria para a desconstrução da independência do gênero e sexo, questionando, assim, a célebre frase de Simone de Beauvoir: “Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”.

Judith Butler demonstra que somente os homens são considerados “pessoas”, posto que o masculino é sinônimo do universal, por isso, não existe nenhum gênero senão o feminino.

“O gênero é o índice linguístico da oposição política entre os sexos. E gênero é usado aqui no singular porque sem dúvida não há dois gêneros. Há somente um: o feminino, o “masculino” não sendo um gênero. Pois o masculino não é o masculino, mas o geral”,¹²⁶

De todo modo, independente das diferentes concepções de gênero existentes, é fundamental a percepção de que a violência contra as mulheres possui suas raízes fincadas na desigualdade de gênero, o que representa um imenso problema para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres atingidas.

“Estereótipos de gênero se tornam problemáticos quando usados para ignorar as preferências ou habilidades de um indivíduo, negando seus direitos humanos ou criando e fortalecendo hierarquias de gênero”.¹²⁷ Tais estereótipos estabelecem impactos desproporcionais sobre as mulheres, por exemplo, ao colocar em risco sua capacidade de decisão quando confrontadas com o conhecimento médico.

Vacaflor aduz que os estereótipos de gênero sobre mulheres grávidas reforçam o papel social primário das mulheres como mães e incapazes de tomarem decisões. A consolidação desses papéis sociais através dos estereótipos de gênero depõe as mulheres de seu poder decisório e de expressar suas opiniões sobre o parto e a maternidade.¹²⁸

Assim, o autor explica que as mulheres são permanentemente consideradas agentes incapazes de tomar decisões em circunstâncias em que as mulheres estão em uma posição de

¹²⁶ BUTLER, Judith. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. p. 48 apud SCOTT, Joan. “Gender as a Useful Category of Historical Analysis”, *Gender and the Politics of History*, Nova York: Columbia University Press, 1988, pp. 28-52, reproduzido da *American Historical Review*, v. p. 91. 5, 1986.

¹²⁷ VACAFLOR, Carlos Herrera. Violência obstétrica: uma nova abordagem para identificar obstáculos ao acesso à saúde materna na Argentina. *Reproductive Health Matter*. Londres, v. 11, n. 10, p. 12, dezembro 2017.

¹²⁸ *Ibidem*, p. 49.

menor poder diante dos médicos e “em uma sociedade onde a capacidade feminina de engravidar continua sendo historicamente usada como justificativa para a negação de direitos”¹²⁹. Além disso, comumente a mulher é vista como mero instrumento, como um meio para o nascimento, quando, na verdade, deveria ser vista como um fim.

Verificar a origem precisa desta modalidade de violência é uma tarefa complexa. Sobre esta temática, Michelle Sadler, aduz que “ainda que as motivações sejam das mais diversas, estão interligadas à um retrospecto de violência de gênero que desenvolve características de violência sexual e é exercida pelos profissionais da saúde, porque o contexto de misoginia e sexismo assim o permite”.¹³⁰

Em relação à violência de gênero adquirindo particularidades de violência sexual, Sarah Shabot expõe que tanto o nascimento quanto o parto podem ser interpretados como eventos sexuais. Seguindo essa lógica, a violência obstétrica também pode ser concebida como o estupro, o que reforça a importância desse debate.¹³¹

Há que se fazer um questionamento acerca do padrão que envolve a obstetrícia atual, pelo qual as mulheres sofrem a violência e os homens exercem o poder, o que é evidentemente contraditório, posto que a mulher é quem gera o indivíduo. Colocá-la como cidadã de segunda classe mesmo no momento em que ela é, naturalmente, a protagonista, é inconcebível e precisar ser transformado.

Conforme alude Tiburi, é um fato que a violência contra as mulheres é institucional e crescente. As mulheres pertencem bem mais ao campo da violência do que ao âmbito do poder. “Enquanto a violência é ‘sofrida’ pelas mulheres, o poder é ‘exercido’ pelos homens”¹³², posto ser ela símbolo da inferioridade humana.

A dinâmica de poder e violência no contexto da violência obstétrica no Brasil acompanha as adversidades sociais gritantes do país, e pode ser observada entre as próprias mulheres

¹²⁹ Ibidem, p. 35.

¹³⁰ FREIXAS, Meritxell. O abuso silenciado que há por trás das cesáreas. EL PAÍS. (2017) Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/24/actualidad/1503582688_802126.html>. Acesso em 01 jun. 2018.

¹³¹ SADLER, Michelle et al. Para além do desrespeitos e do abuso: as dimensões estruturais da violência obstétrica apud Cohen Shabot S. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist- -Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. Human Studies.

¹³² TIBURI, M. Feminismo em comum: para todas, todes e todos. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018, p. 107

gestantes, isto porque, segundo estudos do Ministério da Saúde, as mulheres negras representam 62,8% das vítimas de morte materna, considerada por especialistas como uma situação evitável com o devido acesso a informações e assessoria do pré-natal ao parto. Em relação à violência obstétrica, mulheres negras e pardas constituem 65,9% de mulheres que sofreram algum tipo desta violência, de acordo com o estudo Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil - estudo nacional de base hospitalar, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz.¹³³

Ainda, o contexto de violência obstétrica vivenciado pelas mulheres:

“se intensifica no contexto do Norte e do Nordeste, onde as taxas de mortalidade superam os indicadores esperados e as condições estruturais precárias não propiciam renda, nem escolaridade suficiente à população. Os serviços de saúde lidam com dificuldades de estrutura física, precarização dos trabalhadores, modelos de atenção e de gestão centralizadores e autoritários, práticas de atenção ao parto baseadas em cesáreas e sem o respeito aos direitos das mulheres de acompanhante, boas práticas e “empoderamento” no processo do parto”.¹³⁴

É notório que a violência sofrida por mulheres é exercida certamente por homens, mas também por toda uma sociedade que produz esses mesmos homens como seres de privilégios contra outros seres que, não sendo homens, não teriam privilégios. Diversas mulheres que se sentem parte naturalmente do patriarcado ajudam a confirmar a ordem vigente e a tendência dominante machista, porque aproveitam algo do sistema de privilégios.

Há que salientar que reduzir a questão da violência à questão de privilégios seria vigorosamente reducionista, no entanto, há que considerá-la, sob o prisma de que os privilégios moldam o senso comum e são a forma imediata de poder, tornando aparentemente natural o fato de que o indivíduo com privilégios tenha mais poder e que este, conseqüentemente, sofrerá menos violência.¹³⁵

¹³³ SADLER, Michelle, op. cit.

¹³⁴ GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil. Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento, p. 140. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf> Acesso em: 19 jun. 2018

¹³⁵ [Notoriamente, também há violência contra os homens, portanto, não é essa ideia que a presente dissertação pretende sustentar, haja visto que além das opressões de gênero, existem também as de classe, raça e sexualidade].

O grande obstáculo concernente à violência obstétrica como uma forma específica da violência de gênero dá-se na identificação clara dos atos que constituem abuso e desrespeito e aqueles que se relacionam à baixa qualidade da assistência em sistemas de saúde precários¹³⁶.

3.2. Da violência obstétrica como uma violência institucionalizada

A violência é um problema social que está em constante processo de expansão em todas as suas formas. O seu conceito é ambíguo, complexo, implica vários elementos e posições teóricas e variadas maneiras de solução ou eliminação. As modalidades de violência são tão variadas, que é difícil catalogá-las de modo satisfatório. Consoante expressa Minayo, “a visão de violência presente na consciência contemporânea é a forma criminal e delituosa, associada ao crime, que fere a moral de todas as culturas”.¹³⁷

Porém, aludida visão nos parece simplista posto que existem outras manifestações de violência que podem ser, inclusive, mais opressoras e complexas de enfrentar do que a violência exteriorizada pela força física, considerando a fragilidade e sutileza que estão inseridas no macrossistema, na estrutura institucional e no corpo social, é o caso das abaixo elencadas violências institucionais e estruturais.

Sob uma visão crítica, constitui conceito mais apropriado de violência, posto que abrange as diversas formas de violências existentes “a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas”.¹³⁸

De acordo com a OMS, violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a

¹³⁶ Cf. será abordado no item 3.3

¹³⁷ GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil. Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento apud MINAYO, M. C. S. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

¹³⁸ AGUIAR, Janaína Marques de. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAGuiar.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018 apud Chauí, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In : Chauí M, Cardoso R, Paoli MC, organizadores. Perspectivas Antropológicas da Mulher. Rio de Janeiro: Zahar. 1985. p.25-62. 4v.

Violência contra a Mulher¹³⁹, a violência contra a mulher é definida em seu art. 1º como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada¹⁴⁰”.

No que concerne à violência estrutural, esta “consiste em uma força macrossocial no âmbito político-econômico, que limita injustamente o acesso às oportunidades dos desfavorecidos”¹⁴¹, constitui-se em um fenômeno absorvido, naturalizado, sonogado e consentido pelos indivíduos de uma sociedade.

A prática da violência estrutural é realizada especialmente contra amostras consideradas vulneráveis da sociedade, como é o caso de deficientes, mulheres, idosos e crianças. A relação de poder vigente acaba por fomentar abusos cometidos por profissionais contra usuários em uma situação de clara dominação.

Nesta perspectiva, insere-se a violência institucional, que pode ser considerada uma das faces mais preocupantes da violência, posto que caracteriza-se por ser uma violência exercida tanto por ação ou por omissão, pelos próprios atores que, em teoria, têm o dever de proteger as vítimas da violência, já que é papel destes conferir aos setores mais marginalizados uma assistência eficiente.

A violência institucional é praticada por agentes e órgãos públicos com o objetivo de manter a ordem social vigente, independente se esta se mostra injusta e inaceitável. Estes tipos de violência podem ser reconhecidas de diversas formas: seja pela falta de acesso à saúde, pela má prestação de serviços, falta de escuta, negligência e maus tratos dos profissionais motivados por qualquer forma de discriminação, englobando questões como orientação sexual, gênero, racismo, deficiências físicas e mentais, dentre outras.

¹³⁹ [Também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”].

¹⁴⁰ SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 43, Jul/Dez. 2017.

¹⁴¹ GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil. Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento apud ABADIA-BARRERO; CASTRO, 2006.

A violência institucional é de difícil identificação devido ao fato de que os indivíduos associam o termo violência à ações cometidas por desconhecidos. Desse modo, a expressão da violência vivenciada é dificilmente relatada com essa terminologia¹⁴².

De acordo com o sociólogo francês Pierre Bourdieu, a violência simbólica é a maneira mais traiçoeira exercida pelos agentes institucionais sobre as classes populares.¹⁴³ Mister mencionar que aludida violência não restringe-se à perspectiva de classe, mas sim, à todas as minorias excluídas do padrão da heteronormatividade, sejam elas de gênero ou de raça.

Schraiber aduz que a existência de uma cultura institucional pautada em estereótipos de classe e gênero, solidificando práticas desumanizadas, naturalizando-as, constitui grave conjuntura, posto que resulta na banalização desta rotina, e conseqüentemente, torna a violência invisível, já que as formas de manifestação de violência consituem práticas normalizadas e consentidas.¹⁴⁴ A violência obstétrica se insere perfeitamente neste cenário, no qual o abuso e desrespeito, em que a assistência à saúde é organizado, é normalizado.

A forma como a assistência à saúde é oferecida pela equipe médica acaba por refletir o preconceito de gênero historicamente observado ao longo dos anos contra as mulheres, que sempre foram consideradas indivíduos com menos poder. Aliado à isto, a medicina como ciência, tradicionalmente, foi pensada e realizada pela ótica dos homens, o que culmina em uma assistência calcada nas demandas masculinas, e não femininas. Dessa forma, é necessário que o direito que atenda aos anseios das mulheres, deve ser repensado e recriado sob um viés que atenda às questões femininas.

Nota-se que a violência sob o viés da obstetrícia constitui gênero da espécie de violência institucional.¹⁴⁵ A violência obstétrica enquanto violência institucional, portanto, é entrelaçada

¹⁴² BORBA, Camila. Violência institucional durante a parturição. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55284/000856962.pdf?sequence=1>> Acesso em 08 jun. 2018..

¹⁴³ GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil. Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento apud BORDIEAU, Pierre. Language and symbolic power. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

¹⁴⁴ GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil. Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento apud SCHRAIBER, I. B. et al. violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, jul./ago. 2009.

¹⁴⁵ DINIZ, Simone G. et al. Equidade e serviços de saúde da mulher para contracepção, aborto e parto no Brasil. Reproductive Health Matter. Londres, v. 11, n. 10, p. 125, dezembro 2017.

com as identidades de gênero, isto porque, mesmo que as relações desiguais de poder envolvam médicos e pacientes, “as parturientes são negligenciadas como sujeitos de direitos, principalmente no contexto sexual e reprodutivo, uma vez que há uma relação hierárquica na qual a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional.”¹⁴⁶

Verifica-se que esta forma de violência institucional é, infelizmente, um cenário bastante comum nas instituições de saúde brasileiras. Os delineamentos que o poder e dominação se apresentam em ações dos profissionais de saúde em relação às mulheres gestantes, puérperas e parturientes, podem ser manifestados de diversas formas, conforme demonstrados no primeiro capítulo do presente estudo.

Historicamente, as mulheres são marcadas como indivíduos mais prováveis de tornarem-se vítimas de violência em virtude da subalternidade cultural em relação aos homens construídas dentro das organizações sociais, o que acaba por originar uma “violência consentida pelas mulheres em trabalho de parto e parto.”¹⁴⁷ Faz-se necessária, portanto, a conscientização e o empoderamento das mulheres gestantes, parturientes e puérperas para superar a cultura repressora da violência institucional, tornando possível a denúncia. Aliado à isto, é necessária a criação de uma cultura de direitos humanos no Brasil instaurando modelos mais igualitaristas de percepção do outro e, conseqüentemente, a capacitação de agentes públicos e operadores de direito na formação na temática de gênero, direitos humanos e violência para terem condições de oferecer atendimento humanizado às mulheres.

Imperioso salientar que o Brasil, tradicionalmente marcado pela ênfase ao bacharelismo, garantiu privilégios ao discurso dos profissionais mais letrados, em detrimento à população de setores sociais flagelados. Além do mais, os profissionais de saúde lidam com sua área de saber como forma de controle social, o que acaba por criar um ambiente favorável à prática da violência institucional. Contudo, o direito à informação e expressão é componente inexorável do ordenamento jurídico brasileiro, independentemente da origem, classe social e gênero.

¹⁴⁶ SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 46, Jul/Dez. 2017.

¹⁴⁷ WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. op, cit.

3.3. Direitos fundamentais da mulher

Embora seja um pleonasmo dizer que a violência obstétrica fere diretamente princípios e direitos norteadores do direito brasileiro, faz-se necessário trazer essa análise ao diálogo. Os princípios da liberdade, igualdade, dignidade da pessoa humana, bem como os direitos fundamentais como: o direito à saúde, à autonomia e à integridade psico-física, e diversos direitos da personalidade, previstos no art. 5º da CF/88, oferecem respaldo às mulheres a exigir um tratamento humanizado, respeitando suas crenças e individualidades¹⁴⁸.

No que concerne à dignidade da pessoa humana, o constituinte de 1988 deixou claro que o Estado Democrático de Direito o tem como um princípio basilar no ordenamento jurídico brasileiro, visto ser uma determinação de otimização dos direitos mínimos inerentes a qualquer indivíduo, garantindo a efetividade das garantias fundamentais apresentado no art. 1º, inciso III da carta magna, *in verbis*:

Art. 1º - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamento: [...] III - a dignidade da pessoa humana.

O princípio da dignidade da pessoa humana constitui a prerrogativa de todo o ser humano em ser respeitado como indivíduo em todos os âmbitos de sua vida, corpo e saúde, além do direito do indivíduo de “fruir de um âmbito existencial próprio”¹⁴⁹. Conforme ensina Alexandre de Moraes, é necessário ter em conta que:

“A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se em um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos”.¹⁵⁰

¹⁴⁸ BARRETO, Gisela. Violência Obstétrica no Brasil. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/57163/violencia-obstetrica-no-brasil>> Acesso em 20 jun. 2018.

¹⁴⁹ AWAD, Fahd. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Revista Justiça do Direito. Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 113, 2006. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rjd/article/viewFile/2182/1413>> Acesso em 14 jun. 2018.

¹⁵⁰ MORAES, Alexandre de. Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional. São Paulo: Atlas, 2002. p. 128.

Observa-se que a dignidade da pessoa humana é um conceito que coteja diretamente a imagem que a pessoa tem de si própria, além de seu lugar no sistema macrossocial. Conforme apresenta a Declaração da Conferência do Ano Internacional da Mulher¹⁵¹, “O corpo humano, independentemente de ser de um homem ou de uma mulher, é inviolável e o respeito por ele é um elemento fundamental da liberdade e da dignidade humanas”.

Salienta-se que referida liberdade das mulheres sobre seus corpos não significa, de maneira alguma, um meio de tratar o corpo como simples objeto, e sim, a proteção de que as mulheres poderão usar seus próprios corpos da forma como entenderem considerando o papel de sujeitos integrantes operantes e funcionais dentro do corpo social. Observa-se que tal direito, no entanto, não é uma realidade vivenciada pelas mulheres parturientes no ato de parir.

“A dignidade da pessoa humana, como grande fundamento dos direitos humanos e o foco principal do nosso ordenamento jurídico em que a Carta Magna inspirou a criação de uma gama de direitos fundamentais que se configuram como obrigatórios para a garantia desse fundamento constitucional, no que tange à violência obstétrica, tem sido amplamente desconsiderada, uma vez que os elementos essenciais pertinentes a tal princípio têm sido ignorados”.¹⁵²

Nota-se, conseqüentemente, que o princípio da dignidade humana não abarca o atual modelo tecnocrático¹⁵³ de parto presente na maioria das maternidades brasileiras, posto que este padrão enseja a manifestação de inúmeras formas de violência obstétrica, ora violando diretamente a dignidade das parturientes, por meio de agressões verbais ou com tomadas de decisões sem a comunicação à parturiente, ora atuando de forma a controlar o próprio corpo da mulher, tornando-a coadjuvante no ato de parir, transferindo o protagonismo e o foco de atenção ao médico obstetra.

Importante salientar que a esfera de proteção do direito à maternidade, que foi concebido como direito social na Carta Constitucional, em seu art. 6º, abrange um conjunto de outros direitos fundamentais, presentes no art. 5º da CRFB/88, como o direito à saúde, o direito à vida, a integridade psico-física, todos atinentes ao fundamento da dignidade da pessoa humana,

¹⁵¹ [Ocorrida na Cidade do México em 1975].

¹⁵² SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 57, Jul/Dez. 2017.

¹⁵³ [É importante expor que a tecnocracia do parto surgiu como tentativa de redução da dor da mulher no momento do parto, sem, no entanto, derivar de pesquisas que demonstrassem que a medicalização originaria maior conforto à mulher parturiente. Com o decorrer do tempo, constatou-se que o movimento foi antagônico e que a dor física e psicológica é tanto maior quanto maior a mecanização do nascimento].

estando, dessa forma, elevado à proteção constitucional. No entanto, o que deveria ser um alicerce constitucional de proteção à maternidade, na prática, é uma estrutura vazia abertamente ignorada.

No tocante ao princípio da liberdade, essencial conceituar o termo liberdade, que consiste na autonomia pessoal das escolhas, isto é, a possibilidade de indivíduos em tomar decisões por si mesmos, considerando, é claro, que estes foram informados sobre as respectivas consequências de seus atos.

Com respaldo no princípio da liberdade, observa-se que o médico tem a obrigação de expor todos os desdobramentos do caso concreto para que a mulher gestante, parturiente ou puérpera, informada e consciente, escolha qual é a melhor possibilidade de acordo com a sua trajetória pessoal, considerando as suas particularidades e características. Há que se considerar a liberdade da mulher em decidir sobre seu próprio corpo e sexualidade, dentro das diversas possibilidades técnicas que a medicina oferece.

Em relação ao princípio da igualdade, há que ser considerada a igualdade material, que é explicada pela célebre frase de Aristóteles, “devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente aos desiguais, na medida de sua desigualdade”. No contexto da violência obstétrica, existem dois desdobramentos nos quais verifica-se a inobservância deste axioma, quais sejam, a desigualdade de gênero e a desigualdade na comparação entre as próprias mulheres com classes sociais distintas. A esse respeito, observa-se-se que mesmo que haja lei que garanta a liberdade de escolha da mulher sobre os atos praticados em seu corpo esta não terá eficácia se não forem superadas as causas das referidas desigualdades.

Ademais, a violência obstétrica tem de ser considerada como uma questão de saúde, portanto, a sua existência significa uma ruptura do direito que garante o acesso à saúde para todos, instrumento trazido pelo poder constituinte através de prerrogativa prevista no art. 196, da Constituição Federal, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Há que salientar que existem poucos estudos que permeiam a violência obstétrica como uma matéria de saúde, porém, há quem entenda que a violência em maternidades, em grande parte, é advinda da própria precariedade do sistema, que, submete os profissionais de saúde a condições desfavoráveis de trabalho, bem como submete às mulheres parturientes à uma longa jornada até conseguir realizar o parto no Sistema Único de Saúde, o que acaba por deflagrar um sucateamento da saúde em geral.

No entanto, aludida hipótese não é aceita de forma consensual entre os autores que versam sobre a violência obstétrica. A esse respeito, Diniz aduz que ainda que sejam realizados avanços tecnológicos e procedimentais que viabilizariam a implementação de partos humanizados em maior escala, a estrutura verticalizada do campo da saúde permite a perpetuação de práticas relacionadas à violência obstétrica e para reverter este quadro, seria necessário uma reformulação educativa do engendrado modelo de saúde brasileiro¹⁵⁴.

“Na busca da humanização do parto e do nascimento, investimentos são feitos na melhoria obstétrica e neonatal, universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto, exames de rotina, diminuição das taxas de cesáreas desnecessárias. Persistem, entretanto, uma cultura discriminatória, punitiva e correccional dirigida às mulheres e características de uma relação profissional-usuário: autoritária, com tratamento discriminatório, desumano ou degradante, desafiando a uma transformação das desigualdades”.¹⁵⁵

Mister salientar, ainda, que embora a Constituição Federal garanta à mulher os mesmos direitos e deveres oferecido ao homem, ela continua sendo vítima das mais variadas formas de barbáries, posto que os princípios e direitos fundamentais supracitados não são observados em hospitais e maternidades. No entanto, há que se observar que a mulher tem conquistado seu espaço diante da sociedade, e luta incansavelmente pela busca de garantias e direitos ao longo da história.

Ademais, a violência obstétrica pode ser observada como violação aos Direitos Humanos. Por isto, é dever do Estado, realizar o cumprimento de tratados internacionais ratificados, como é o caso da “Convenção de Belém do Pará”, de 09 de junho de 1994. Sobre isto, aduz Schraiber:

¹⁵⁴ DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento, p. 632. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019> Acesso em: 20 jun. 2018

¹⁵⁵ GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil. *Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento*. ed: 4. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/.../caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf> Acesso em: 20 jun. 2018.

“A propósito especificamente da violência de gênero a convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher, realizada em Belém do Pará. Essa convenção é parte do sistema norte americano de proteção aos direitos humanos e tem importância especial porque possui força de lei interna na Constituição brasileira (Barted & Hermann, 1999). [...] Artigo 5º - Toda mulher poderá exercer livre e plenamente seus direitos civis, políticos, econômicos sociais e culturais e contará com a total proteção destes direitos consagrados nos instrumentos internacionais sobre direitos humanos. Os Estados-parte reconheceram que a violência contra a mulher impede e anula o exercício desses direitos. Artigo 6º - O direito de toda mulher a uma vida livre de violência inclui, entre outros: a) o direito da mulher de ser livre de toda forma de discriminação, e b) o direito da mulher de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamentos e práticas sociais e culturais baseadas em conceitos de inferioridade ou subordinação. Ao ratificar essa convenção os países signatários se comprometem a proteger e garantir os referidos direitos e a tomar ações efetivas no combate à violência contra mulher. Esses deveres dos países incluem entre outros: [...] a. abster-se de ato de violência contra a mulher; b. estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeita de violência; [...]”.¹⁵⁶

Isto posto, conclui-se que pelo fato da Constituição Federal brasileira atribuir aos direitos fundamentais natureza de núcleo essencial do sistema jurídico e fundamento de sua legitimidade, o Poder Público vincula-se ao cumprimento das premissas observadas pelos direitos fundamentais. Dessa forma, os elementos que envolvem a violência obstétrica tornam-se de responsabilidade do Estado, e, portanto, este deveria oferecer alternativas que promovam a mudança deste lastimável paradigma.

3.4. O papel dos direitos humanos na luta por um parto humanizado

O movimento pela humanização do parto, correlaciona-se com o feminismo, por tratar-se de uma questão de gênero. Isto se explica, vez que os dois movimentos lutam para que mulheres possam controlar seus corpos, partindo do axioma de que, para que as mulheres sejam respeitadas como indivíduos morais ativos, estas precisam ocupar lugar de verdadeira igualdade com os homens na estrutura macrossocial. Portanto, a conferência de tratamento diferenciado e depreciativo à determinado grupo de pessoas constitui uma violação aos direitos humanos.

“A humanização da assistência ao parto, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. O modelo anterior da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. A obstetrícia médica passa a reivindicar seu papel

¹⁵⁶ SCHRAIBER, Lilla Blima et al. A violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos: UNESP, São Paulo, 2005, p. 115.

de resgatadora das mulheres, trazendo: uma preocupação humanitária de resolver o problema da parturição sem dor, revogando assim a sentença do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem atribulando a hora bendita da maternidade”.¹⁵⁷

Entende-se por um parto humanizado aquele parto que não utiliza práticas desnecessárias. Para que este seja efetivado, a parturiente deve ser respeitada em sua integralidade, participando ativamente das decisões que envolvem este momento tão importante, o de dar à luz. Quando não há respeito aos direitos e vontades da mulher, ocorre uma descaracterização da assistência humanizada.

Tratar esta forma de maus tratos a partir da perspectiva dos direitos humanos e no âmbito da violência contra as mulheres tem o objetivo de destacar sua dimensão estrutural e aumentar a visibilidade do problema, produzindo ações nos sistemas de saúde que garantem a oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva que respeitem a decisão, a autonomia e os direitos das mulheres. Este princípio deve se aplicar a todos os indivíduos, incluindo as pessoas cuja orientação sexual ou identidade de gênero diferem da heteronormatividade. Conforme aduz Diniz, “nada de politicamente útil acontece até que as pessoas comecem a dizer coisas nunca ditas antes, permitindo assim que visualizemos práticas novas, ao invés de apenas analisar as velhas”.¹⁵⁸

A conquista do parto humanizado como regra muito tem a ver com a luta por dignidade da mulher. Os direitos humanos são comumente discorridos como sendo aqueles consagrados pela declaração Universal dos Direitos do Homem e positivados nos tratados internacionais sobre Direitos humanos e constituições nacionais. Estes documentos, que universalizam o entendimento de direitos humanos, no entanto, têm como ponto de partida conjunturas específicas da cultura ocidental europeia, que possuem peculiaridades representativas de sua própria realidade, embora sejam projetadas como sendo características universais da própria humanidade.¹⁵⁹

Consagrada pela teoria tradicional de direitos humanos, a noção de humanidade universal não assume que a natureza humana possui raça, classe e gênero, e esquece tanto a multiplicidade

¹⁵⁷ DINIZ, Carmen Simone Grilo, op. cit. p. 628.

¹⁵⁸ Ibidem, p. 629.

¹⁵⁹ WOLKMER, Antonio Carlos. Introdução ao Pensamento Jurídico Crítico. São Paulo: Saraiva, 4 ed., 2002.

de realidades existentes no mundo quanto os sujeitos que estão a margem do poder hegemônico eurocêntrico, dentre eles: as mulheres.

Se olharmos para as reiteradas violações de direitos humanos ocorridas antes, durante e após o parto que se perpetuam mesmo com a promulgação de todos esses mecanismos internacionais e nacionais, conseguimos entender a violência obstétrica como uma violência institucional, um tipo de violência que contribui na consolidação de uma ordem social injusta que precisa ser superada.

Ante a limitada eficácia dos direitos humanos da forma como são expostos hodiernamente, é necessário repensá-los sob um novo viés, que se desloque dos pressupostos idealizados e positivistas, tendo em vista o abismo que há entre esses direitos e os indivíduos e dos dogmas jusnaturalistas, que entende os direitos humanos como condição existencial de todas as pessoas para entendê-los como processos culturais de luta por dignidade, como bem apresenta Herrera Flores.

A dignidade concebida por Herrera é oferecer condições sociais, políticas, econômicas e culturais para que todos os indivíduos estejam em pé de igualdade para produzir os elementos necessários em que possam discutir, lutar e decidir sobre suas realidades e modos de vida e desenvolver sua capacidade de realizar.¹⁶⁰

Para atingirmos a dignidade das mulheres sob o prisma da realidade obstétrica, faz-se necessário que deixemos de assumir passivamente o que nos é imposto como natural, racional e universal, para reconhecermos a condição de animais culturais, conforme aduz Flores, que reagem criativamente às realidades em que vivem.¹⁶¹

Herrera Flores apresenta a ideia do “fazer humano”, que é o pressuposto capaz de transformar o mundo, o livrando de opressões. Os direitos humanos e a dignidade humana, para o autor, são a concretização da luta pelo “poder fazer” e “poder criar”¹⁶². Neste sentido, reitera-

¹⁶⁰ HERRERA FLORES, Joaquín. El proceso cultural. Materiales para la creatividad humana. 1ª. Ed. Sevilla: AconcaguaLibros, 2005, p. 12.

¹⁶¹ Do original: “Más que animales sociales, somos *animales culturales* que explicamos, interpretamos e intervenimos en el mundo guiados y encaminados por nuestras reacciones culturales –por las metodologías de la acción social que constantemente construimos - frente a la realidad.” Ibidem, p. 33.

¹⁶² Idem.

se a importância do empoderamento feminino na luta das mulheres pelo direito de ter um parto humanizado, levando em consideração que lutas sociais, políticas, econômicas e culturais manifestadas pelas mulheres originaram mudanças de padrões culturais, e por conseguintes, jurídicos, políticos e institucionais, sendo possível à essa minoria hegemônica alcançar condições de uma vida mais digna, de garantias jurídicas e conquista de espaços, como verificamos com avanços adquiridos no decorrer dos anos.¹⁶³

¹⁶³ [Convém esclarecer que tais direitos não foram permanentemente conquistados].

CONCLUSÃO

Conforme se demonstrou no presente estudo, a violência obstétrica é uma realidade abissal no cenário brasileiro, em especial pela cultura patriarcal existente no sistema de saúde nacional. Sabe-se que mudar uma cultura é algo difícil, porém, prefiro acreditar no ilustre Herrera Flores, que diz que nenhuma cultura é tão rígida que não possa ser transformada.

Dessa forma, não devemos nos conformar com condutas desta violência institucionalizada e nem aceitar as condições intrínsecas à violência obstétrica como as únicas possíveis neste momento tão único que é o nascimento. Observa-se que os profissionais, fomentados por uma ciência médica feita por e para homens são ensinados à propagar práticas arcaicas que não condizem com os preceitos fundamentais de direitos humanos, o que demonstra a concepção da mulher, na cultura, como um sujeito de segunda classe.

Salienta-se que a violência obstétrica não pode ser um assunto que diz respeito somente às mulheres, mas sim, à integralidade do corpo social. A luta pela transformação do modus operandi do ato de nascer faz-se urgente, e, para que essa luta seja possível, é preciso que tenhamos informação das circunstâncias que rodeiam as mulheres gestantes, parturientes e puérperas, bem como tenhamos consciência do contexto em que estas mulheres estão inseridas, seja ele de classe ou raça.

A transformação desta realidade social na qual a obstetrícia está envolvida e a consequente conquista do parto humanizado como conduta normalizada apenas será possível com a mobilização e luta social a fim de que os fatos impostos como verdades absolutas por médicos obstetras possam ser questionados pelas mulheres parturientes - as verdadeiras protagonistas do parto. Somente estando informadas e empoderadas sobre as circunstâncias que as rodeiam, será viável a conquista de um novo paradigma de nascimento, distinta dos padrões culturais impostos e pela indústria que o nascimento se tornou. Empoderar-nos da nossa capacidade de reagir frente à realidade atual é o primeiro passo para que possamos devolver à mulher a humanização do parto que lhe é intrínseco.

Por fim, o estudo demonstrou que é preciso repensar o e recriar o Direito sob a ótica da violência obstétrica a fim de que sejam implementados mecanismos que efetivamente coibam a continuidade de práticas violentas, porém, silenciosas nos dias atuais. Isto porque, é difícil

combater uma espécie de violência invisível, na qual as próprias mulheres não se percebem violentadas, e, os próprios ofensores não se concebem como tais. É obrigação do Estado Democrático de Direito, portanto, ter uma atuação combativa para que o reconhecimento da violência obstétrica como violência de gênero seja uma realidade e o direito inerente da mulher à humanização do parto seja conquistado.

REFERÊNCIAS

A DOR ALÉM DO PARTO. Produção: Letícia Campos Guedes, Amanda Rizério, Nathália Machado Couto e Raísa Cruz. Edição: Léo Preto. Espaço Filme, Documentário.

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Disponível em: <<http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAGuiar.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2018.

AMORIM, Melania Maria de Ramos; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna.** *Femina*, v. 36. n. 1, p.48-54, jan. 2008.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista Marinho de Castro. **O modelo obstétrico neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos.** Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento, ed: 4.

AWAD, Fahd. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana.** *Revista Justiça do Direito. Passo Fundo*, v. 20, n. 1, p. 113, 2006. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rjd/article/viewFile/2182/1413>>. Acesso em 14 jun. 2018.

BARRETO, Gisele. **Violência obstétrica no Brasil.** Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/57163/violencia-obstetrica-no-brasil>>. Acesso em 20 mai. 2018.

BORBA, Camila. **Violência institucional durante a parturição.** Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55284/000856962.pdf?sequence=1>>. Acesso em 08 jun. 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DA SAÚDE. **ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticiasans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-partonormal-na-saude-suplementar>> Acesso em 30 mai. 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7633/2014. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico – puerperal e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785>. Acesso em 15 jun. 2018. Texto Original.

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 7867/2017. **Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.** Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>> Acesso em 15 jun. 2018. Texto Original.

BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 8219/2017. **Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.** Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>>. Acesso em 15 jun. 2018. Texto Original.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067, de 4 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.** Disponível em: <<http://vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/download/category/155-neonatologia?download=820:portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-atencao-obstetrica-e-neonatal>>. Acesso em 17 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em 17 jun. 2018.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Tradução: Renato Aguiar. Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2003, p. 36.

CARVALHO, Vanessa Franco De; KERBER, Nalú Pereira da Costa; BUSANELLO, Josefina; GONÇALVES, Bruna Goulart; RODRIGUES, Eloísa da Fonseca; AZAMBUJA Eliana Pinho. **Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal.** Revista Esc Enfermagem USP, 2012.

CAVALIERI FILHO, Sérgio. **Programa de responsabilidade civil.** 9. Ed. Rev. E ampl. São Paulo: Atlas, 2010.

COHEN SHABOT, Sarah. **Making Loud Bodies “Feminine”:** A Feminist - Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. Human Studies, 2015:1–17. Revista Human Studies, maio de 2016, Volume 39, 2ª Ed., pp. 231–247. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>>. Acesso em 5 jun. 2018.

Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **A Violência Obstétrica existe**. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2018.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, 2005, p. 632, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019> Acesso em: 20 jun. 2018

DINIZ, Simone Carmen Grilo. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**. 2003. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>> Acesso em: 25 mai. 2018

DINIZ, Simone G. et al. **Equidade e serviços de saúde da mulher para contracepção, aborto e parto no Brasil**. Reproductive Health Matter. Londres, v. 11, n. 10, p. 125, dezembro 2017.

DUARTE, Ana Cris. *O que é doulas*. Disponível em <<https://www.doulas.com.br/oque.php>> Acesso em 15 jun. 2018.

FREIXAS, Meritxell. **O abuso silenciado que há por trás das cesáreas**. EL PAÍS. (2017) Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/24/actualidad/1503582688_802126.html> Acesso em 01 jun. 2018.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim. **Da Violência Institucional à Rede Materna e Infantil**. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento, ed: 4.

HEIDARI, Shirin; MORENO, Cláudia García. **Violência de Gênero: um Obstáculo para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos**. Reproductive Health Matter. Londres, v. 11, n. 10, p. 12, dezembro 2017.

HERRERA FLORES, Joaquín. **El proceso cultural. Materiales para la creatividad humana**. 1ª. Ed. Sevilla: AconcaguaLibros, 2005, p. 12.

HILDEBRAND, Cecília Rodrigues Frutuoso. **Violência obstétrica, direito de informação e a responsabilidade médico e hospitalar**. In: Congresso Nacional da FEPODI, 4., 2015, São Paulo. Anais do IV Congresso Nacional da Federação de Pós-Graduandos em Direito. São Paulo, 2016, p. 63-73.

LARRAZ, Irene. EL PAÍS. **Porque a Cesárea se tornou um bom negócio na América Latina?** (13 agosto 2017). Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/09/actualidad/1502268381_004054.html?rel=mas>. Acesso em 03 jun. 2018.

LOPEZOSA , Pedro Hidalgo; Maestre , María Hidalgo; BORREGO, María Aurora Rodríguez. **Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais.** Revista Latino Americana de Enfermagem, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02744.pdf> Acesso em 21 mai. 2018.

MORAES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional.** São Paulo: Atlas, 2002.

O RENASCIMENTO DO PARTO. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula [09 de agosto de 2013

ODENT, Michel. **Menos adrenalina e mais ocitocina. Entrevista concedida ao Gazeta do povo.** Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/viver-bem/saude-e-bem-estar/maternidade/menos-adrenalina-e-mais-ocitocina-no-parto/>> Acesso em 30 mai. 2018.

OLIVEIRA, Regina Celi Ferreira. **O fenômeno da violência obstétrica no sistema de saúde brasileiro.** Revista Pensar Direito, v.7, n. 2, julho 2016.

OMS. **Wo Recomendatios for augmentation of labor.** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf> Acesso em 10 mai. 2018.

Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Sagura. Saúde Materna e Neonatal. [Brasília]; Ministério da Saúde; 1996. 53 p. Livro. (OMS/SRF/MSM/96.24).

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 01, Fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021 Acesso em 31 maio 2018.

PIOVESAN, Flávia. **A luta das mulheres pelo direito a uma vida sem violência.** Revista Jurídica Consulex, Brasília, v.18, n. 426, p. 30, out. 2014.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimento e partos: breve referencial teórico.** Interface. Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p. 595-602, 2009.

Rede Parto do Princípio. (2012). **Violência Obstétrica “Parirás com dor”** - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 29 mai. 2018.

SADLER, Michelle; SANTOS, Mário JDS; RUIZ-BERDÚN, Dolores; ROJAS, Gonzalo Leiva; SKOKO, Elena; GILLEN; Patricia, CLAUSEN, Jette A. **Para além do desrespeito e do abuso: as dimensões estruturais da violência obstétrica**, p. 28. Reproductive Health Matter. Londres, v. 11, n. 10, p. 125, dezembro 2017.

SAUAIA, Artenira da Silva e Silva; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco**. Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília, v. 2. n. 1, Jan/Jun. 2016.

SCHREIBER, Anderson. **Novos Paradigmas da Responsabilidade Civil: da erosão dos filtros da reparação à diluição dos danos**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

SCOTT, Joan. **“Gender as a Useful Category of Historical Analysis”**, Gender and the Politics of History, Nova York: Columbia University Press, 1988, pp. 28-52, reproduzido da American Historical Review, v. p. 91. 5, 1986

SILVA, Delmo Mattos; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana**. Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais, Maranhão, v. 3, n. 2, p. 57, Jul/Dez. 2017.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento**. São Paulo: Artemis, 2015;

TIBURI, Márcia. **Feminismo em comum: para todas, todes e todos**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

VACAFLOR, Carlos Herrera. **Violência obstétrica: uma nova abordagem para identificar obstáculos ao acesso à saúde materna na Argentina**. Reproductive Health Matter. Londres, v. 11, n. 10, p. 49, dezembro 2017.

VITAL, Antonio. **Três projetos de lei sobre violência obstétrica tramitam em conjunto na Câmara.** Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/RADIOAGENCIA/542432-TRES-PROJETOS-DE-LEI-SOBRE-VIOLENCIA-OBSTETRICA-TRAMITAM-EM-CONJUNTO-NA-CAMARA.html>>. Acesso em 19 jun. 2018.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>.> Acesso em: 18 jun. 2018.

WOLKMER, Antonio Carlos. **Introdução ao Pensamento Jurídico Crítico.** São Paulo: Saraiva, 4 ed., 2002.