

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

LAÍS DA CUNHA GODOY CAVALHEIRO FERREIRA

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UM ATENTADO À AUTONOMIA CORPORAL
DA MULHER

Rio de Janeiro
2018/2º SEMESTRE

LAÍS DA CUNHA GODOY CAVALHEIRO FERREIRA

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UM ATENTADO À AUTONOMIA CORPORAL
DA MULHER

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 Fabiana Rodrigues Barletta.

Rio de Janeiro
2018/2º SEMESTRE

LAÍS DA CUNHA GODOY CAVALHEIRO FERREIRA

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UM ATENTADO À AUTONOMIA CORPORAL
DA MULHER

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 Fabiana Rodrigues Barletta.

Rio de Janeiro ,

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Universidade

Membro da Banca

Universidade

Membro da Banca

Universidade

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, ao meu marido, à minha linda filha, aos meus irmãos, à Irazinha e aos demais familiares e amigos que sempre me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por até aqui ter me sustentado. Sem Ele, eu não teria chegado onde cheguei... Toda Honra e Toda Glória seja dada a Ti, meu Senhor! Gratidão por tudo!

Agradeço aos meus pais, por serem meu suporte e por me apoiarem em cada fase de minha vida, inclusive na gravidez da Manuela e na luta pelo diploma. Vocês foram essenciais para essa vitória! Amo vocês para sempre!

Agradeço ao meu marido, por batalhar por nossos sonhos e metas e sempre me ajudar da forma que é possível. Você me incentivou a continuar, mesmo quando eu queria largar tudo... Eu te amo muito, minha vida, e não teria chegado aqui sem você também!

Agradeço à minha filha, Manuela, por ter chegado e me incentivar a cada dia buscar o melhor de mim. Essa vitória é sua e é somente o começo de muitas que virão! Mamãe não existe sem você e de nada valeria isso tudo sem a sua existência. Eu te amo e te amarei além da eternidade!

Agradeço aos meus irmãos e à Irazinha, pela ajuda com a Manuela e por todo apoio e amor que me deram nessa fase tão maçante e tensa. Vocês são tudo pra mim, amo mais que chocolate!

Agradeço aos meus demais familiares por todas as palavras de apoio e incentivo. Em especial, ao meu avô Luciano, que sempre acreditou em mim... Essa vitória é sua, vovô! Amo muito todos vocês!

Agradeço aos meus amigos, em especial às minhas amigas de graduação: Larissa, Dominique, Beatriz, Sthefany, Letícia, Isabel e Sofia. Obrigada por tudo, minhas amigas! Sem vocês, eu não teria me formado e não teria aguentado tantas coisas durante o curso... Obrigada por cada caderno repassado, cada risada, cada lágrima, cada incentivo, por tudo... Amo vocês!

"Nada dura para sempre. Nem as dores, nem as alegrias.
Tudo na vida é aprendido. Tudo na vida se supera."
(Caio Fernando Abreu)

RESUMO

Apesar de ter havido uma grande evolução médica, no tocante à área obstétrica, o que possibilitou um amparo maior no momento do nascimento, o modelo de assistência ao parto no Brasil é dotado de muitas intervenções desnecessárias e possui um caráter extremamente patológico. É certo que as cesáreas, por exemplo, salvaram e salvam vidas de mães e de seus bebês. Porém, as excessivas interferências médicas acabam por causar a perda da autonomia e dos direitos das gestantes e parturientes. E, em diversas situações, ocorre a violência obstétrica, que é um tema que vem ganhando cada vez mais espaço no Brasil. Uma vez que os meios de comunicação, principalmente a mídia, têm exposto a cruel realidade que milhares de mulheres enfrentam todos os dias durante suas gestações, em seus partos e momentos pós-parto. Nesse contexto, os médicos deixam de enxergar o parto como um processo natural, pois focam na ciência e em suas técnicas, tendo a mulher como um simples objeto de suas atuações. Por essa razão, o que era para ser algo comum e natural, passa a ser visto como um evento patológico. Logo, há a mitigação da autonomia corporal da mulher em um momento tão importante em sua vida, onde deve ser a protagonista e não a coadjuvante. Com isso, podem ocorrer agressões morais e/ou físicas, durante a gestação, no parto ou no pós-parto, que caracterizam a violência obstétrica. O presente trabalho busca analisar brevemente, com base em evidências científicas, a previsão e disposição da questão da violência obstétrica e da perda da autonomia corporal da mulher pelo ordenamento jurídico brasileiro.

Palavras-chave: violência obstétrica, parto humanizado, autonomia corporal, assistência ao parto.

ABSTRACT

Although there has been a great medical evolution in the area of obstetrics, which has made possible greater protection at the time of birth, the model of childbirth care in Brazil is endowed with many unnecessary interventions and has an extremely pathological character. It is true that C-sections (Cesarean sections), for example, have saved and save the lives of mothers and their babies, but excessive medical interference results in loss of autonomy and rights for pregnant and parturient women. On several occasions there is also obstetric violence, an issue that is becoming increasingly popular in Brazil, since the media has reported the cruel reality that thousands of women face every day during pregnancy, childbirth and postpartum period. In this context, doctors fail to face birth as a natural process, because they focus on science and its techniques, and end up by taking women as simple objects. Therefore, what should be something common and natural is unfortunately taken as a pathologic condition. Hence, there is a loss of the woman's bodily autonomy at such an important moment in her life, when she should be the protagonist and not the coadjutant. As a result, there may be moral and / or physical aggression during pregnancy, delivery or postpartum, which characterizes obstetric violence. The purpose of this study is to briefly analyze, based on scientific evidence, the prediction and disposition of obstetric violence and the loss of body autonomy by women according to the Brazilian legal system."

Keywords: obstetric violence, humanized birth, bodily autonomy, childbirth care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	14
2.1	BREVE HISTÓRIA DO PARTO: CESÁREA E MEDICALIZAÇÃO DO NASCIMENTO	14
2.2	CONCEITO	16
2.3	A DIFERENÇA ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O ERRO MÉDICO .	18
2.4	FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	20
2.4.1	Negação de atendimento	20
2.4.2	Omissão de informações e falta de consentimento da mulher	22
2.4.3	Agressões morais e psicológicas	22
2.4.4	Episiotomia	24
2.4.5	Manobra de Kristeller	26
2.4.6	Uso indiscriminado da ocitocina sintética para a indução do parto	27
2.4.7	Posição litotômica	28
2.4.8	Outras práticas e procedimentos dolorosos	29
2.4.9	Cesárea sem indicação clínica e autorização da mãe	29
2.4.10	Impedimento do contato do bebê com a mãe após o nascimento	30
2.4.11	Situações de abortamento	31
2.4.12	Impedimento da entrada de acompanhante	31
2.5	A DESIGUALDADE SOCIAL E RACIAL COMO AGRAVANTES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	31
3	A AUTONOMIA CORPORAL DA MULHER	33
3.1	ABUSO DA MEDICALIZAÇÃO	33
3.2	PATOLOGIZAÇÃO DOS PROCESSOS NATURAIS	35
3.3	A PERDA DA AUTONOMIA	36
3.4	A CESÁREA DESNECESSÁRIA COMO INIMIGA DA AUTONOMIA CORPORAL FEMININA E ELEMENTO PROPULSORA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	38
3.5	CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DA MITIGAÇÃO DA AUTONOMIA CORPORAL DA MULHER	40
4	O COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A LUTA PELA RECUPERAÇÃO DA AUTONOMIA CORPORAL FEMININA	42
4.1	O DIREITO AO PARTO HUMANIZADO	42
4.1.1	Legislação brasileira no contexto do parto humanizado	46
4.1.2	Projetos de lei em direção à humanização do parto	53

4.1.3	As resoluções 265/2012 e 266/2012 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro – CREMERJ sob o prisma constitucional e o princípio da legalidade . . .	57
4.2	DIRETRIZES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO	60
5	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS	66

1 INTRODUÇÃO

A perspectiva sobre o corpo, em relação a sua disciplina e regulação, foi bastante alterada no decorrer do tempo. Foi Descartes que fez o primeiro registro sistemático acerca da ligação entre mente e corpo. E foi ele que deu início ao tempo da autonomia da razão e do pensamento. Com o método da dúvida, começou a era do espírito crítico, que abriu espaço para a ciência moderna.

Nesse contexto, corpo e mente foram divididos em coisas bem diferentes, de forma que pudessem ser estudados de maneira individual. Logo, veio o denominado dualismo cartesiano. Assim, o sujeito é composto pela alma, mente ou pensamento.

O corpo seria uma continuação mortal da mente, que, por sua vez, é imortal e controla o corpo, sendo autônoma. A mente seria “uma substância, cuja essência ou natureza é apenas o pensamento, que para existir não tem necessidade de nenhum lugar nem depende de nenhuma coisa material” (DESCARTES, 1943, p. 40).

Por conseguinte, o elo entre mente e corpo “não é de modo algum o coração, nem o cérebro todo, mas somente a mais interior de suas partes, que é certa glândula muito pequena, situada no meio de sua substância” (DESCARTES, 1943, p. 116-117). O corpo incidiria sobre a mente pela sensação consciente dos movimentos animais a partir dos nervos. E a mente influenciaria o corpo através da ação consciente.

O dualismo, trazido por Descartes, é visto como o berço do pensamento mecanicista da medicina ocidental. A ideia era que o corpo passa por um processo racional e trabalha conforme a matemática e suas regras, com peças que se encaixam de forma perfeita. A doença, nesse caso, seria um dano passageiro ou eterno de uma das partes do corpo, ou da conexão entre elas. Então, dentro dessa perspectiva, os médicos teriam passado por um processo de “desumanização”, porque se tornaram profissionais e técnicos conhecedores das individualidades do corpo humano, mas leigos quanto às questões humanas e à (inter)subjetividade do paciente (SOUSA, 2007, p. 7).

Freud, em seu estudo sobre a histeria, mostra um novo ponto de vista sobre corpo. E, apesar de não ser nítida, pode-se perceber a impossibilidade de divisão entre corpo e mente dentro da definição de pulsão, que seria como o representante psíquico dos estímulos que são iniciados no organismo e chegam até a mente, como uma exigência feita à mente para trabalhar em função de seu vínculo com o corpo (FREUD, 2006 (1), p. 142).

O Eu freudiano também expõe a unidade entre mente e corpo, já que o Eu vem das sensações corporais, inclusive das que se surgem da superfície do corpo. Ele pode ser tido como uma projeção mental da superfície do corpo, representando também as superfícies do aparelho mental (FREUD, 2006 (2), p. 39).

No século XX, houve a mudança do corpo-objeto individualizado e do corpo-organismo para o corpo-sujeito, em função da relação entre corpo e mente, o que ultrapassou o dualismo cartesiano. O corpo agora era visto através de várias perspectivas, não somente pela abordagem de Freud e de outros psicanalistas que vieram após ele.

No Direito, a ascensão da proteção da pessoa como base do ordenamento jurídico deu início a uma época de imensa insegurança jurídica, já que o Direito era o encarregado de regular o corpo como mais um âmbito de liberdade, inclusive no que diz respeito a autonomia corporal, uma questão que ainda gera extremos dilemas jurídicos (MORAES, CASTRO, 2014, p. 780-781).

Já na esfera política, o corpo deveria se submeter às torturas estabelecidas pelo soberano, mas passou a ser regulado de forma extremamente individualizada e detalhista. E, mais tarde, passou por uma interferência que era a “biopolítica” (FOUCAULT, 2005, p. 289).

A soberania pode ser compreendida pelos dizeres “fazer morrer e deixar viver”, que reinaram até o século XVIII. Nesse tempo, o suplício, ou seja, a tortura era a principal maneira de incidência desse poder soberano.

O suplício se inseriu tão fortemente na prática judicial porque é revelador da verdade e agente do poder. Ele (...) permite que o crime seja reproduzido e voltado contra o corpo visível do criminoso; faz com que o crime, no mesmo horror, se manifeste e se anule. Faz também do corpo do condenado o local de aplicação da vindita soberana, o ponto sobre o qual se manifesta o poder, a ocasião de afirmar a dissimetria das forças (FOUCAULT, 2010, p. 55).

O poder que é imposto sobre o corpo acaba por passar por relevantes mudanças, do século XVIII para o século XIX, pois não é mais manifesto pela tortura. Contudo, é traduzido por meio de uma utilização útil do corpo, relacionada à alma.

O que era chamado de “docilidade-utilidade” começou a ser executado para que se houvesse um comando preciso e detalhista sobre o corpo, procurando menos alcançar um vínculo de sujeição ou a expansão de habilidades do que uma maior utilidade, por intermédio da obediência.

Ou seja, “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode

ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2010, p. 132). Esta docilidade é relacionada ao

desenvolvimento, na época clássica, de uma nova técnica para a apropriação do tempo das existências singulares: para reger as relações do tempo, dos corpos e das forças; para realizar uma acumulação da duração; e para inverter em lucro ou em utilidade sempre aumentados o movimento do tempo que passa (FOUCAULT, 2010, p. 151).

Portanto, uma vez que a economia do poder visava sua própria competência e instrumentalização, mediante técnicas disciplinares, os corpos acabaram por se tornar dóceis e úteis, para atenderem os interesses de um cenário capitalista.

Todavia, na segunda metade do século XVIII, o “homem-corpo” passa a ser tido como o “homem-espécie”. Por conseguinte, o poder se transforma no direito de “fazer viver e deixar morrer”, regulamentando esse modo de vida em um grau global ligado à população, com a finalidade de aumentar o conhecimento e ter poder para moderar os imprevistos e abater as lacunas e os déficits dos processos naturais.

À vista disso, a discriminação e determinação do corpo ocorrem por meio da disciplina que vem junto de uma padronização política do ser humano, através da regulamentação. Logo, surge a “biopolítica”, que controla os processos biológicos e naturais, como o nascimento, a morte e a doença do homem. Determinados eventos, nesse contexto, passam a ter efeito tanto no plano individual quanto no plano populacional e, portanto, são sujeitos à tecnologia do poder nos níveis da disciplina e da regulamentação.

Há, então uma conexão do poder disciplinar e da regulamentação, que são transpostos pela chamada “norma”. A medicina, por sua vez, possui uma importante função nesse processo de normalização e na coexistência desses poderes, em virtude de ser

uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores (FOUCAULT, 2005, pág. 302).

Destarte, o corpo toma novas dimensões, sendo elas psíquica, jurídica e política, uma vez que antes era somente considerado a partir do ponto de vista físico.

Nesse contexto, na passagem do século XVIII para o século XIX, vem a teoria feminista ocidental, advinda da Revolução Francesa e, assim, fundamentada em uma percepção de igualdade ainda conectada ao liberalismo burguês. Pode-se citar que o feminismo tem dupla natureza, visto que se baseia na militância pela igualdade de gênero, assim como na apuração que visa a determinação das causas e dos instrumentos de

propagação da dominação masculina (MIGUEL, 2013, p. 7).

E o feminismo defendeu, entre tantas outras questões, a autonomia da mulher sobre o próprio corpo. Logo, após muito tempo do aparecimento da corrente feminista ocidental, o feminismo após 1968 investiu em slogans como “meu corpo me pertence”, “meu corpo, minhas regras” e “teremos as crianças que quisermos, se quisermos”, vinculados à capacidade e ao poder de escolha no que se refere a maternidade e à libertação sexual feminina (HIRATA, 2009, p. 133).

2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 BREVE HISTÓRIA DO PARTO: CESÁREA E MEDICALIZAÇÃO DO NASCIMENTO

A medicalização e o crescimento dos números de cesáreas, principalmente no Brasil, são situações inegavelmente conectadas. Pois, vieram da busca por mais amparo, auxílio e assistência no momento do parto e do pós-parto, ou seja, na maternidade em geral, com a finalidade da redução da mortalidade e de sequelas e complicações possíveis.

Até o século XIX, o parto era um acontecimento que deveria ser totalmente feminino, sem a participação do sexo masculino, podendo estar presentes somente a parturiente, amigas e familiares próximas e, obviamente, as parteiras.

As primeiras cesáreas ocorreram na Babilônia, em 1795 a.C., de acordo com registros legais. Eram realizadas apenas em mulheres com risco iminente de vida ou já mortas, para que o bebê pudesse nascer com vida. Quando não havia a possibilidade de sobrevivência do feto, a cesárea era executada por razões religiosas, como, por exemplo, o batizado e enterro da criança de forma independente de sua mãe (PARENTE, 2010, p. 481-482).

A Igreja Católica, em 1280, decretou que fosse obrigatória a realização de cesárea post mortem. Francis Rousset, em 1581, sugeriu, pela primeira vez, esse procedimento cirúrgico em prol da sobrevivência de sua mãe. Há relatos, não comprovados, de que, no começo do mesmo século, parturientes tenham permanecido vivas frente a prática de cesáreas (PARENTE, 2010, p. 483).

A expansão de hospitais e o estudo do parto por médicos como William Smellie, que detalhou o mecanismo do trabalho de parto em 1752, fizeram com que houvesse o aumento de cesáreas, no século XVIII e em parte do século XIX (PARENTE, 2010, p. 483).

Não é pacífico o entendimento de quando teria ocorrido a primeira cesárea no Brasil, porque é questionado se foi feita pelo médico José Corrêa Picanço, no Hospital Militar do Recife, onde a parturiente teria sobrevivido, em 1817. Ou se aconteceu com o médico Luiz da Cunha Feijó, culminando na morte da mãe, em 1855, no Rio de Janeiro. Os falecimentos eram motivados, geralmente, por hemorragia ou sepse, visto que, até 1876, era comum a não sutura do útero, de acordo com Rousset (PARENTE, 2010, p. 483-484).

A datar de 1876, através da técnica do médico Eduardo Porro, que era italiano, três

novos procedimentos diminuíram a mortalidade potencial da mãe, que, outrora, chegava perto de 100%: em 1847, o incremento da anestesia, a antisepsia por intermédio de spray carbólico e a obrigatória lavagem das mãos antes da cesárea. Dessa forma, a mortalidade materna foi abatida para 56%, em 1881, e a sobrevivência do bebê batia a taxa de 86%. Na Alemanha, em 1889, posteriormente a sutura do útero e a drenagem do órgão e da cavidade peritoneal pós-cesárea, esses percentuais chegaram a 6,41% e 94,41% (PARENTE, 2010, p. 484).

A evolução da cesárea aconteceu ao longo do tempo devido a uma série de razões, como o surgimento e o uso da penicilina e as transfusões de sangue, por exemplo. Assim, o desenvolvimento da medicalização do parto e a ampliação de cesáreas na França se mostraram como maneiras de ultrapassar as mortes e, assim, a crise demográfica que veio com a Primeira Guerra Mundial.

Nessa conjuntura, o conhecimento profissional e médico foi sendo construído nos séculos XVIII e XIX, coexistindo com as parteiras, até que passou a ser adotado nas grandes cidades e suas maternidades. Isso tudo ocorreu mesmo com o fato de o acesso ser ruim, por representar uma desigualdade social e geográfica, uma vez que as mulheres do interior e mais pobres seguiam tendo seus partos domiciliares (THÉBAUD, 2002, p. 419-420).

Em 1915, surgiu a técnica de exteriorização do útero, por intermédio do médico Fernando Magalhães, fazendo com que os percentuais de mortalidade materna e fetal no Brasil fossem menores em relação aos de países de primeiro mundo: 6,8% e 2,6%, respectivamente. A cesárea segmentar, em que não havia a técnica de exteriorização do útero, passou a ser feita de forma mais proveitosa no país, a partir de 1924 (PARENTE, 2010, p. 485).

O parto, assim, virou um acontecimento basicamente hospitalar, pois começou a ser tido pelos médicos como algo com caráter patológico. Desse modo, profissionais leigos, como as parteiras, foram vetados de assistir e acompanhar partos e nascimentos, já que se tratava de um trabalho restrito e exclusivo dos médicos. Inclusive, em diversos países o parto hospitalar se tornou obrigatório.

O momento do parto, no processo de patologização, passou a ser enxergado como uma situação tenebrosa da qual a mãe deveria ser resguardada, por exemplo, com a utilização de anestesia e medicamentos amnésicos, além de ser acompanhado por várias intervenções, com a justificativa de ser um caminho para o parto humanizado. Mas, essas práticas nunca tiveram sua eficácia comprovada por evidência científica alguma (DINIZ, 2005, p. 628).

Ao se enxergar o parto como um episódio que precisa ter os médicos como protagonistas, o corpo feminino acaba por ser tido como uma coisa que apresenta defeitos e que deve passar por um processo intervencionista para que seja corrigido, de acordo com os padrões impostos pela medicina.

As intervenções que acontecem no parto natural sem qualquer evidência científica de que possam trazer segurança à mulher e ao bebê, ou de que sejam realmente necessárias, foram se acumulando com o tempo e sendo traduzidas em experiências violentas e traumatizantes para as mulheres (PORTO, 2010, p. 528).

A violência obstétrica, principalmente no que se refere ao parto natural, não se restringe às intervenções que causam muita dor ou que não são necessárias, pois já são muitos os relatos de violência contra a mulher gestante ou parturiente tanto no pré-parto, por exemplo, em suas consultas de pré-natal, quanto no pós-parto.

12

Em contrapartida, a cesárea é tida e vendida como o parto menos violento e que fornece mais segurança. E isso contraria a Organização Mundial de Saúde (OMS), que, por sua vez, recomenda que as cesáreas permaneçam entre os percentuais de 10% e 15%. É importante frisar que, no Brasil, a taxa é de 55,6%, chegando a mais de 80% nas redes particulares.

2.2 CONCEITO

Existem diversos conceitos, porém é importante destacar que não há uma definição exata do que significa a violência obstétrica, conforme frisa Ana Paula Meirelles, coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, da Defensoria Pública do Estado de São Paulo.

1 JORNAL ESTADÃO. Com novas recomendações, OMS tenta frear explosão de cesáreas. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-novas-recomendacoes-omstenta-frear-explosao-de-cesareas,70002190283>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

2 OMS. Segundo a Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, de 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

Nesta linha, de acordo com as leis venezuelana e argentina³, a violência obstétrica é considerada pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo⁴ como

a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Entre a impossibilidade de somente um conceito adequado, a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵ declarou que

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não-discriminação.

Ainda de acordo com a OMS, a violência obstétrica consiste em abusos verbais; em não permitir a entrada de acompanhante; em procedimentos médicos sem a autorização da gestante ou parturiente; em violar a privacidade da mulher; em negar a aplicação de analgésicos, ou melhor, analgesia; em praticar violência física, entre outros. Além desses exemplos, a declaração diz que mulheres solteiras, adolescentes, pobres, migrantes e de minorias étnicas são as que mais tendem a sofrerem abusos, desrespeito e maus-tratos. Por fim, afirma que a violência obstétrica é uma “violação dos direitos humanos fundamentais”.

Há também a menção a diversas pesquisas que relatam as experiências das mulheres durante a gestação e, especialmente no parto, o que leva a um “quadro perturbador”.

No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde. Isso representa uma violação da confiança entre as mulheres e suas equipes de saúde e pode ser também um poderoso desestímulo para as mulheres procurarem e usarem os serviços de assistência obstétrica.

As legislações argentina e venezuelana, conforme o Dossiê “Violência Obstétrica - Parirás com dor”⁶, mostram o quão o Brasil está atrasado juridicamente em relação a essa questão. Uma vez que os dois países possuem bastante similaridades em relação ao conceito

³ A Lei Nacional nº 26.485 de 2009 (Lei de proteção integral às mulheres), da Argentina, define Violência Obstétrica na alínea “e” do artigo 6º, que trata das modalidades de violência contra a mulher. Já a Lei Orgânica Sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, publicada na Venezuela em 2007, define a violência obstétrica em seu artigo 15, em uma lista de 19 formas de violência contra a mulher.

⁴ EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. Defensoria Pública orienta mulheres sobre violência obstétrica. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-03/defensoria-publica-orienta-mulheres-sobre-violencia-obstetrica>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

⁵ CÂMARA LEGISLATIVA. Violência obstétrica é violação dos direitos humanos, diz OMS. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>> Acesso em 29 de novembro de 2018.

⁶ SENADO. Dossiê "Violência Obstétrica - Parirás com dor". Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

de violência obstétrica, pois a definem como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais.

No tocante à lei venezuelana, complementa-se o conceito com as consequências ou causalidades, trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Ainda é possível dizer que, conforme o documento supracitado, a violência obstétrica concerne em todos aqueles atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue.

Todavia, é importante frisar que o seu conceito não se restringe somente ao momento do parto, mas engloba todo o processo da gestação e, inclusive, o período pós-parto. De maneira extremamente errônea, muitas pessoas acreditam e pensam que esse tipo de violência se refere apenas ao espaço de tempo do nascimento.

Portanto, a violência obstétrica é caracterizada por atos desrespeitosos, agressões físicas ou morais, abusos e negligência, em milhares de formas, sem o consentimento da mulher, que permanece em uma posição severamente vulnerável, visto que não há o respeito à sua autonomia corporal.

2.3 A DIFERENÇA ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O ERRO MÉDICO

O Poder Judiciário frequentemente classifica, de maneira errônea, como casos de erro médico condutas que fazem parte do conceito da violência obstétrica. Logo, é muito importante diferenciar esse dois tipos de crime.

O Manual de Orientação Ética e Disciplinar do Conselho Federal de Medicina conceitua o erro médico como

a falha do médico *no exercício da profissão*. É o *mau resultado ou resultado adverso* decorrente da ação ou da omissão do médico, por *inobservância de conduta técnica*, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior (grifou-se).

Primeiramente, o sujeito ativo do ato, que é o erro médico, nada mais é que o

profissional da área de saúde. O erro médico acontece durante o exercício das funções de um médico, nos momentos em que intervenções médicas estão sendo realizadas. Outro ponto do erro médico é referente à culpa, que se caracteriza pela imprudência, imperícia ou negligência. Portanto, o “mau resultado” do erro médico é visto como uma consequência indesejada, de origem médica, que traz o resultado adverso de ordem fisiológica.

A violência obstétrica apresenta pontos em comum com o erro médico, todavia, engloba muito mais atos. São bastante similares e encontram suas diferenças em relação à origem e às razões pelas quais acontecem.

Pois, o que é violência obstétrica não está incluído no quadro de erro médico, uma vez que pode acontecer em casos onde não estão presentes intervenções médicas. Um exemplo é o tratamento desumanizado que é conferido à mulher, seja antes, durante ou após o parto, que pode ocorrer mediante xingamentos ou outras formas de violência. Este tipo de conduta está nitidamente incorporado no conceito de violência obstétrica, contudo não possui respaldo dentro do que é o erro médico.

O resultado desses dois tipos de conduta fixa mais uma relevante diferença entre elas: o erro médico é corroborado de maneira somente técnica e gera um resultado malquisto do âmbito físico, enquanto a violência obstétrica pode trazer consequências que prejudicam somente a esfera moral, ou que tragam danos somente físicos, ou que digam respeito às duas esferas.

O que gera o erro médico é uma conduta culposa, sem a intenção de fazer, ou seja, o ato deve advir de imprudência, imperícia ou negligência. A violência obstétrica, de igual modo, pode vir a acontecer em casos assim também. Não obstante, é comum que venha de condutas dolosas, com a intenção de fazer, como em situações de “desumanização” em relação ao tratamento e à assistência conferida antes, durante e após o parto, e em um cenário de medicalização excessiva.

7

Em casos onde o erro médico abrange mais de uma pessoa, ou acontece de maneira continuada de forma continuada, configura-se uma conduta pontual e que, quase sempre tem início e fim, numa perspectiva de espaço e tempo. Entretanto, a violência obstétrica decorre

7 No artigo “A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde”, as autoras destacam a violência institucional direcionada às mulheres, bem como os problemas gerados pela falta do ensino dos direitos das mulheres na formação médica: “Vários autores mostram a cultura disseminada do ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres pelos alunos de medicina e outras profissões, para fins de treinamento de habilidades. Tais abusos permanecem normalizados por uma cultura institucional que não os reconhece como violações de direitos”. As autoras ainda destacam a “resistência ao reconhecimento e ao ensino dos direitos humanos das pacientes, bem como de seu direito à escolha e à recusa informada” (DINIZ, 2016, p. 255).

de forma institucional e sistemática, sendo fundamentada em uma cultura de negação da autonomia da mulher e do reconhecimento dos direitos femininos sobre seu próprio corpo e de seu protagonismo nos acontecimentos referentes ao parto.

2.4 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, sem o consentimento da mulher, sendo elas agressões morais e/ou físicas e, inclusive, podendo ocorrer através de coação e manipulação. Ainda, não se restringe ao momento do parto, uma vez que pode ocorrer, e tem ocorrido frequentemente, durante a gestação e no período pós-parto.

8

Para que haja o efetivo combate da violência obstétrica, é preciso saber como esta ocorre, quais são as formas que pode tomar, atentando contra a autonomia corporal feminina. Logo, abaixo serão relatadas as mais variadas maneiras de praticá-la, através de um rol exemplificativo e não taxativo, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e com o Dossiê “Violência Obstétrica - Parirás com dor”.

9

Antes, é importante destacar que existe uma diferença entre o parto normal e o parto natural. Esses dois modelos de parto ocorrem pela via vaginal. Mas, enquanto o primeiro acaba por sofrer algum tipo de intervenção, o segundo já flui de forma natural, sem qualquer tipo de interferência médica, como o chamado “sorinho”, que será detalhado nos tópicos abaixo.

2.4.1 Negação de atendimento

Durante a gestação e no período de trabalho de parto, a violência obstétrica pode ocorrer no momento em que os médicos negam atendimento à gestante ou parturiente. Ou seja, em uma consulta pré-natal, caso a mulher manifeste o desejo de tentar um parto natural, o obstetra pode se negar a atendê-la por não concordar com esse modelo de parto, sendo a favor da cesárea.

De igual modo, esse tipo de violência ocorre quando os hospitais ou maternidades se

8 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

9 BLOG CASA DA DOULA. Disponível em: <<https://blog.casadadoula.com.br/2018/01/31/parto-normal-parto-natural-parto-humanizado/>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

negam a atender uma mãe que chega em trabalho de parto, com a alegação de que não é a hora ainda, sem sequer fazer exames e melhorar a situação, ou com o argumento de que não há leitos suficientes no local. Caso não haja, de fato, como atendê-la, é preciso que todo o suporte seja dado a ela e que seja transferida para um lugar que tenha a capacidade de recebê-la.

Porém, a atual realidade está muito longe de ser assim. A peregrinação em busca de vaga é uma das maiores razões da mortalidade materna. Cartazes de “Não há vagas”, por exemplo, acabam por aumentar a jornada, à procura de um local que possa receber a mulher. Além disso, essa situação demonstra a omissão de profissionais e de suas instituições ao passo que escolhem não encaminhar a gestante ou parturiente a um hospital ou maternidade que possa dar a devida assistência ao parto, o que vai contra à norma:

5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

5.6.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002 (RDC 36, de 2008, da ANVISA).

Em alguns estados, ao longo do pré-natal, existe a vinculação da gestante ao local que irá dar assistência ao seu parto, com a condição de que haja disponibilidade de vagas, segundo a Lei Federal 11.634/2007. Entretanto, não existe fundamento legal para mandar a mulher “procurar vaga sozinha”, quando esta procura um hospital ou maternidade em prol de seu atendimento, com a justificativa de que “não tem vaga para você”.

É possível a ocorrência da negação de atendimento em um cenário de discriminação racial e socioeconômica. Visto que as mulheres negras e pobres, por serem vistas como seres inferiores, são tratadas de forma cruel e desleixada. Há a ideia de que não são providas de conhecimento, nem de direitos, logo acreditam que elas precisam se submeter a humilhações ou não serem atendidas de forma devida. A prioridade é atender pessoas de classe média a alta, já que essas são mais inteligentes, possuem maior credibilidade e, por isso, não são passivas e têm direito de voz, podendo causar problemas à equipe médica.

Inclusive, nota-se que as mulheres aceitam o tratamento cruel a que são submetidas durante a gestação, no parto e no pós-parto, como uma punição por sua sexualidade e gestação. Esse cenário pode ser visto, principalmente, em casos que envolvem mães solteiras, jovens adolescentes e até deficientes, além das negras e pobres, como citado acima.

2.4.2 Omissão de informações e falta de consentimento da mulher

Em muitos hospitais e maternidades, os médicos não informam, nem pedem o consentimento das mulheres em relação a todos os procedimentos que serão realizados. Não explicam como se dá a evolução do parto, não há informações que são essenciais para que as mães possam decidir sobre seus próprios corpos e exercerem seu papel como protagonista do nascimento. Muitas buscam perguntar e tirar as suas dúvidas, mas simplesmente são ignoradas ou não há o esclarecimento adequado¹⁰.

Ainda, não há o uso do partograma¹¹, o que afeta extremamente o monitoramento da paciente, além de contrariar norma expressa da ANVISA.

5.6. Processos Operacionais Assistenciais

5.6.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

5.6.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma; (RDC 36 de 2008 da ANVISA).

2.4.3 Agressões morais e psicológicas

Faz-se mister enumerar alguns tipos de agressões morais e psicológicas que traduzem graves formas de violência obstétrica. Podem ocorrer ao longo da gravidez, no decorrer do parto e no puerpério, sendo muito mais frequentes do que se pensa.

O descaso e o abandono são os primeiros exemplos de agressões nesse molde. Configuram-se em momentos em que a gestante ou parturiente é abandonada, seja em trabalho de parto ou até parindo, inclusive, sem contato com o mundo exterior, sem estar acompanhada, nem poder falar com ninguém ou caminhar. Pode ocorrer também no pré-natal e no pós-parto, quando o obstetra não confere a atenção apropriada à mulher, não receita as medicações de forma propícia. Assim como quando não são dadas as orientações fundamentais para o período, não havendo respostas de ligações, mensagens ou até durante um mau atendimento, sem se importar com o bem estar da mãe e do bebê.

¹⁰ Muitas mulheres fazem questionamentos aos pediatras, referentes a quais procedimentos serão feitos no bebê após seu nascimento, como a aplicação de colírio de nitrato de prata nos olhos, verificação do ânus perfurado com cateter, aspiração do líquido estomacal, etc. Mas, nem sempre obtém respostas claras, o que ratifica a ideia de subordinação à figura médica.

¹¹ "Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias." (BRASIL, 2001:45)

O desprezo e a humilhação são outras situações que demonstram esse tipo de violência. São casos em que ofensas ou condutas colocam a mulher em situação inferior e degradante, como xingamentos, piadas e ações verbais que vulnerabilizam e provocam insegurança e terror. Nota-se também esse quadro em momentos em que a equipe de saúde despreza o fato de que lidam com uma pessoa e não com um objeto, dispensando um tratamento integralmente mecânico e insensível, sem a consideração pelos sentimentos da mulher.

Nessa conjuntura, a ameaça e a coação exteriorizam outras formas de violência obstétrica. Podem se desenrolar mediante várias condutas, como no cenário em que um profissional de saúde determina que a mulher fique quieta, em silêncio e sem exprimir sua dor no trabalho de parto, porque outras, inclusive com menos idade, permanecem caladas. Bem como, podem advir de situações em que a gestante ou parturiente é obrigada a se conservar silente, com a afirmativa de que a equipe médica maltrata as pessoas que são mais intensas e dão mais trabalho. Ainda, existem casos de ameaça de furos pelo corpo, caso não haja silêncio, ao ser aplicada a ocitocina sintética, vulgo “sorinho”.

O preconceito e a discriminação, que foram preliminarmente citados em relação a negação de atendimento, são formas bastante recorrentes de violência obstétrica. As condições socioeconômica, racial e física costumam ser bastante utilizadas para que diagnósticos sejam determinados. Há relatos que nitidamente expõem esses acontecimentos, como uma mulher negra, pobre e tatuada ser taxada de drogada, enquanto apresentava o quadro de eclâmpsia¹². Com isso, o acesso da mulher a um tratamento adequado e digno é demasiadamente prejudicado.

O preconceito também pode ser de origem regional, como acontece sucessivamente com os nordestinos, por suas fisionomias ou sotaques. Ademais, pode ser de cunho estrangeiro, podendo até caracterizar a xenofobia, por haver a aversão ou rejeição a estrangeiros.

A homofobia, que nada mais é do que a aversão ao homossexual, pode representar outra forma de violência obstétrica. Pois, muitas mulheres lésbicas ou bissexuais são discriminadas e sofrem com o preconceito desde o momento em que engravidam, sofrendo ameaças de denúncia ao Conselho Tutelar. Além disso, são muitos os comentários pejorativos,

¹² A eclâmpsia ocorre quando a gestante apresenta convulsões em algum momento de sua gestação, no parto ou no puerpério. As causas, geralmente, são pressão arterial alta e proteína na urina, que caracterizam a pré-eclâmpsia. Essas condições e distúrbios hipertensivos atingem mais a população negra do que a branca, contribuindo de forma severa para a mortalidade materna da população negra. Apesar disso, os médicos insistem em diagnosticar as mulheres baseados em seu preconceito racial e socioeconômico.

que envolvem a incapacidade de serem boas mães e de criarem de maneira saudável e apropriada seus filhos.

A estigmatização, por sua vez, é mais uma forma muito séria e repetitiva de violência obstétrica, por representar os tabus presentes na sociedade. Alguns exemplos de sua ocorrência são: afirmar que na rede privada as mulheres são mais preguiçosas e que lá são realizadas apenas cesáreas; alegar que, em um parto adequado, a mulher não pode gritar e manifestar a sua dor, devendo até manter um diálogo com seu bebê; estimular o pensamento de que as mães que dão trabalho sofrerão maus-tratos; fazer piadas com gestantes ou parturientes da rede pública, como a de que irão retornar ao hospital ou maternidade no ano posterior, como se só servissem para reprodução sexual e para parir; falar que a mulher é muito velha ou muito nova; entre outros conceitos e declarações ultrapassadas.

É importante citar que o sadismo e o assédio podem acontecer de forma moral, numa tradução do que também pode ser violência obstétrica. São circunstâncias em que são feitos comentários de cunho sexual, que violem de qualquer maneira a mulher e que possam ameaçá-la.

Por fim, mas sem esgotar as diversas maneiras de agressões morais e psicológicas, a culpabilização e a chantagem são muito comuns no contexto da violência obstétrica, onde os médicos e outros profissionais da equipe culpam a mãe pela morte ou por algum dano causado ao bebê. Ainda, atribuem a responsabilidade a ela de qualquer prejuízo que possa vir a ocorrer. É possível enxergar isso em momentos em que o médico força o fluxo do parto e manda a mulher fazer mais força e parir logo, caso contrário a criança virá a óbito.

2.4.4 Episiotomia

Uma das mais temidas agressões físicas, que configura uma forma terrível de violência obstétrica, é a episiotomia: um corte cirúrgico feito no períneo, que se localiza entre a vagina e o ânus, que ocorre em cerca de 94% dos partos normais no Brasil (BRASIL; CEBRAP, 2006). A justificativa é a de facilitar a saída do bebê, quando há dificuldades em sua passagem, durante o parto normal. Quase sempre foi realizada rotineiramente, mesmo sem real necessidade, como se fosse parte essencial do parto normal. Apesar de, hodiernamente, alguns médicos não executarem mais essa forma de violência de forma habitual, muitos ainda a praticam, mesmo com a contra-indicação pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985 (WHO, 1985).

E o que mais agrava esse quadro é o fato de que, além de ser muitas vezes feita sem indicação, sequer é pedida a autorização à mãe, e não há informações científicas suficientes. É uma situação na qual não é possível se defender, constituindo em violência obstétrica de caráter físico, sexual e psicológico. É obrigatório que haja o consentimento da gestante/parturiente, caso o médico pense na possibilidade do corte. A episiotomia indiscriminada e de rotina nada mais é como uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e uma violação da integridade corporal feminina.

Inclusive, médicos conscientes explicam que é possível ter um bebê pela via vaginal e permanecer com o períneo íntegro. E, caso haja algum tipo de laceração, ainda seria preferível frente a episiotomia. Pois, a cicatrização é mais rápida, já que se trata de trauma superficial e não profundo como um corte. Estudos mostram que mulheres que não sofreram episiotomia tiveram menos trauma no períneo, precisaram levar menos pontos, com uma melhora mais rápida do tecido (MATTAR, 2007; LARSSON, 1991; ANDREWS, 2008).

Se não bastasse a ocorrência imotivada da episiotomia, ainda existe a questão do “ponto do marido”. “O ponto do marido é um ponto que se faz ao término da sutura de uma episiotomia, onde se 'aperta' a entrada da vagina, com o intuito de torná-la mais estreita, teoricamente aumentando a satisfação sexual do marido”, explica a ginecologista e obstetra Flávia Maciel Aguiar, coordenadora do grupo Geração Mãe, de Ribeirão Preto (SP)¹³.

Flávia acrescenta: "Sendo assim, o ponto do marido seria uma tentativa de não só reconstruir a anatomia da região que foi lesada no corte, mas tornar novamente esta mulher 'apertada', e com isso, mais apta a dar prazer ao marido na penetração vaginal. Nesse sentido, cabe uma reflexão que envolve questões de gênero, uma vez que a vagina é da mulher - e não do marido - e que o prazer sexual envolve muitas outras questões que não se restringem à anatomia genital". Logo, é uma prática que reproduz a violência obstétrica, além de perpetrar o machismo, pois ocorre em nome da satisfação do homem, sem pensar na mulher.

É importante acrescentar o fato de que, em muitos casos, além de não ter aviso, nem a permissão da mulher, o corte e os pontos são feitos sem qualquer tipo de anestesia. Logo, se já não havia a intensa dor do parto, o sofrimento ainda é maior devido a esse tipo cruel de intervenção.

Há situações em que as mulheres pedem pela episiotomia. Porque são induzidas pela

13 REVISTA CRESCER. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Polemica-does-noticia/2017/06/ponto-do-marido-depois-do-parto-voce-ja-ouviu-falar.html>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

sociedade machista a acreditar que irão ficar flácidas e com o canal vaginal mais largo. Porém, isso é um grande erro, uma vez que é comprovado cientificamente que esse corte cirúrgico piora o estado da vagina¹⁴.

Portanto, os possíveis resultados dessa primeira forma de violência obstétrica são traumas psicológicos e físicos, além da perda da autonomia corporal da mulher. Visto que ela pode vir a ter danos e sentir dor em suas relações sexuais, perdendo sua liberdade e seu prazer. Pode-se citar ainda incontinência urinária e fecal, como também problemas infecciosos e de cicatrização recorrentes.

2.4.5 Manobra de Kristeller

Nada mais é do que outra forma de agressão física, que também reflete a violência obstétrica. A Manobra de Kristeller, que é contraindicada pelo Ministério da Saúde e pela OMS¹⁵, consiste no ato de comprimir, pressionar e forçar a parte superior do útero da mulher, para tentar “auxiliar” a expulsão do bebê.

E, mesmo tendo sido banida pela OMS, há mais de 60 anos, ainda é comum em hospitais e maternidades brasileiras. De acordo com o Conselho Regional de Medicina em São Paulo “é procedimento proscrito [banido desde 1952], estando atrelada a inúmeros traumas materno-fetais”.

Entre os riscos decorrentes mais frequentes desta prática estão: hemorragias; desprendimento prematuro da placenta; aumento do risco de descolamento do períneo e/ou da vagina em terceiro ou quarto grau; rotura do útero e inversão uterina; fratura das costelas; falta de ar da parturiente; traumatismos e lesões graves no bebê, desde uma clavícula quebrada até danos cerebrais.

“Além de não ser eficaz, a manobra pode provocar sérios danos para a mulher e para o bebê, como rupturas de costelas e hemorragias”, afirma a enfermeira obstétrica do hospital de Belo Horizonte Sofia Feldman, Vera Bonazzi.

Na mesma linha, Lenice Gnocchi da Costa Reis defende que “A Manobra de Kristeller

14 REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Dossiê Humanização do Parto.

15 JORNAL ESTADÃO. Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contr-manobras-agressivas-em-partos,70001688083>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

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”. (REIS, 2005).

“Ela é considerada como uma violência obstétrica. Há inúmeros relatos de casos de mulheres que ficam contundidas, com hemorragias e outros graves problemas em decorrência dessa prática, que já foi desaconselhada pela Organização Mundial da Saúde”, certifica a advogada Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho, especialista em direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Logo, monta-se um cenário em que a mulher, além da perda de sua autonomia corporal, por não poder empurrar sozinha no momento de expulsão de seu filho, também sofre um atentado contra seu bem estar físico e sua dignidade. Uma vez que acaba por se sujeitar a um movimento tão agressivo e doloroso, completamente desnecessário e contraindicado, sendo proibido em muitos países.

É importante frisar que esta não é uma prática contraindicada perpetuada apenas por obstetras, mas por enfermeiras obstétricas e outros membros da equipe médica.

2.4.6 Uso indiscriminado da ocitocina sintética para a indução do parto

A ocitocina sintética é um hormônio que é utilizado para que o parto seja acelerado e o bebê possa nascer. Quando bem indicada, auxilia mulheres que não conseguem entrar em trabalho de parto ou que, simplesmente, não conseguem dilatar de maneira suficiente, dentro do tempo permitido.

Porém, é usada em muitos hospitais e maternidades de jeito indiscriminado, pois os médicos e sua equipe nem sempre escolhem esperar o fluxo natural do parto, em função de “produzir” mais em pouco tempo. Ou seja, optam por fazer a maior quantidade de partos que puderem, em um espaço de tempo que seja o menor possível.

Essa situação ocorre também em prol de forçar partos que não deveriam ser naturais, muitas vezes em hospitais públicos. Pois, no sistema público, as cesáreas são mais evitadas, até pela questão dos recursos que são demandados e, logo, dos gastos consequentes.

Os riscos mais comuns são o aumento da intensidade e potência das contrações

uterinas, o que faz crescer o risco de oscilações na frequência cardíaca e no aporte de oxigênio para o bebê, durante o processo do parto.

Portanto, a ocitocina sintética não deve ser aplicada em um parto que apresenta uma evolução natural e tranquila. Ao mesmo tempo em que não deve estar presente em casos de perigo para a mãe e seu bebê, em que há a imposição de partos que não deveriam ocorrer pela via vaginal.

2.4.7 Posição litotômica

Conforme a pesquisa "Nascer no Brasil"¹⁶, 91,7% das brasileiras parem deitadas, ou seja, na posição chamada de litotômica/ginecológica. Contudo, ela é extremamente incorreta, visto que não respeita a fisiologia natural da mulher, o que gera esforços e riscos desnecessários.

Até o século XVII, as mulheres davam à luz na posição de cócoras, que é a mais natural e indicada, de acordo com evidências científicas, sentadas ou em pé. Parir na vertical diminui a chance e necessidade de intervenções, visto que o bebê desce mais rápido e, inclusive, reduz a possibilidade de haver laceração ou necessidade real de episiotomia. Além disso, evita o sofrimento fetal, porque aumenta a oxigenação do bebê.

A posição litotômica é um exemplo gritante de atentado à autonomia corporal feminina. Pois, restringe os movimentos e a liberdade da mãe, que é obrigada a sentir dor e empurrar o bebê deitada e imobilizada, podendo atrapalhar o parto de fluir de maneira natural.

Este procedimento, além de todos os danos já apresentados, constituindo violência obstétrica de caráter físico e psicológico, contradiz claramente as indicações da RDC 36/2008 da ANVISA: “Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve: garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos”.

Nessa seara, durante o trabalho de parto deve ser estimulada a liberdade de posição e movimento. Ademais, deve haver o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto. (BRASIL, 2001).

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas: uso

16 FIOCRUZ. Pesquisa Nascer no Brasil. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto; uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto (OMS, 1996). Portanto, a mulher precisa recuperar sua autonomia e dispor de seu próprio corpo.

2.4.8 Outras práticas e procedimentos dolorosos

Realizar procedimentos sem necessidade, degradantes e dolorosos, são, indubitavelmente, modos de praticar a violência obstétrica. A lavagem intestinal, a raspagem dos pelos íntimos, a privação de água e alimentos, a posição litotômica com portas abertas, a imobilização de braços e pernas e o exame de toque excessivo, inclusive quando é feito por mais de um profissional, são claras violações ao corpo da mulher, de acordo com a Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo¹⁷.

Submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes, ainda mais quando forem desnecessários, também configura uma grave ameaça à autonomia e à integridade corporal feminina. É crucial pedir a autorização das mulheres antes de qualquer procedimento, sem objetificá-las de forma cruel e mecânica.

Ademais, a recusa de administração de analgesia, bem como a aplicação sem o consentimento devido, são outras formas de violência obstétrica.

2.4.9 Cesárea sem indicação clínica e autorização da mãe

Em consonância com o disposto no sobredito Dossiê "Violência Obstétrica - Parirás com dor", muitas das indicações de cesáreas que são realizadas frequentemente na obstetria brasileira não possuem respaldo na literatura científica. (SOUZA, AMORIM, PORTO, 2010).

O artigo Vagina-Escola¹⁸ afirma, nesse contexto, que "a permanência de uma assistência agressiva tem como finalidade coagir à cesárea, tornada assim, comparativamente, uma alternativa menos aflitiva, dolorosa e insegura."

Ainda de acordo com a Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, as

¹⁷ Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Cartilha sobre a Violência Obstétrica. Disponível em: <[https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia Obstetrica.pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf)> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

¹⁸ Scielo. Artigo Vagina-Escola. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0253.pdf>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

mulheres não têm acesso a explicações da real necessidade da cirurgia, ou por vezes são enganadas por falsas indicações, como: “não tem dilatação”, “não tem passagem”, “o seu bebê prendeu o pé na sua costela”, “já passou da hora”, “o bebê está sentado”, “o cordão está enrolado no pescoço”, entre outras.

19

Há a ilusão de que a cesárea é mais segura, porém, conforme comprovado no Dossiê supracitado, trata-se de uma cirurgia de emergência e de grande porte, com muitos riscos. É demonstrado que vários bebês nascidos antes de suas bolsas estourarem, tiveram uma série de problemas e precisaram ficar na UTI Neonatal. Uma vez que a gestação pode ir até as 42 semanas, salvo complicações.

Explica-se que, hodiernamente, os obstetras pensam quase sempre em lucrar e que os partos são agendados para que seja realizada a maior quantidade possível. São citados diversos casos em que os profissionais escolhem aterrorizar suas pacientes, para que possa haver a escolha pela cesárea e sua agenda seja organizada.

Existe a urgência do conhecimento das reais indicações para esta cirurgia. O Dossiê enumera reais indicações, como pressão alta, sofrimento fetal, chances de prematuridade, desproporção cefalopélvica, entre outras. Ao contrário, a violência obstétrica é praticada de forma que muitos indivíduos julgam de inofensiva, com o incentivo a cesáreas desnecessárias.

Portanto, indicar uma cesárea sem evidências científicas e sem a autorização da mãe é mais uma forma do tipo de violência em questão.

2.4.10 Impedimento do contato do bebê com a mãe após o nascimento

Impedir o contato do bebê com a mãe, após seu nascimento, dificultar a amamentação durante a primeira hora de vida e o alojamento conjunto da mãe e do bebê, com a ida rotineira ao berçário, sem real indicação médica, são outros exemplos de violência obstétrica.

A Cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e o Dossiê sobre Violência Obstétrica, já comentados, destacam que ambos precisam ficar juntos, sem obstáculo algum em relação a amamentação em livre demanda, desde que estejam em boas condições de saúde.

19 A duração da gestação é de 37 a 42 semanas. Dessa forma, um bebê que nasce após 37 semanas de uma gestação que duraria 42 semanas é considerado “termo precoce” (TORRES, 2014, p. 228-229).

2.4.11 Situações de abortamento

O Dossiê também expõe os quadros de aborto. Não pode haver a negativa ou demora na assistência à mulher, bem como não devem ser feitos questionamentos de como ocorreu a determinada situação. Procedimentos devem ocorrer mediante prévia autorização, além haver o oferecimento de anestesia.

Ameaças e acusações, em quadro de aborto intencional, são vedadas. Seja o fato provocado ou não, a mulher deve ser obrigatoriamente bem atendida, caso contrário resta existente mais uma forma de violência obstétrica.

2.4.12 Impedimento da entrada de acompanhante

Por último, contudo sem a restrição de mais exemplos que possam surgir, existe a questão do impedimento da entrada de acompanhante, que está expressa na Lei nº 11.108/2005.

Ou seja, a parturiente tem o direito à escolha de um acompanhante durante todo o processo do parto, inclusive no puerpério. Qualquer imposição diferente do disposto nesta lei, determina mais uma forma de violência obstétrica.

2.5 A DESIGUALDADE SOCIAL E RACIAL COMO AGRAVANTES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Cada forma que a violência obstétrica assume é uma violência de gênero, que é refletida na medicina. Visto que é fundamentada, acima de tudo, na perspectiva do corpo da mulher como um objeto que apresenta defeitos e que deve ser consertado, explorado sem a necessidade de consentimento, para sanar as suas imperfeições e incapacidades. Assim, a principal vítima da violência obstétrica é a mulher, apesar de o bebê também ser afetado e, de maneira indireta e secundária, alcançar o pai ou a mãe não-gestante, caso haja o impedimento da entrada de acompanhante na hora do parto.

Todavia, conforme já demonstrado nos tópicos acima, essa violência também pode ser racial e social, pois não atinge todas as mulheres de maneira homogênea. A Pesquisa Nascer no Brasil obteve resultados sobre a desigualdade na assistência à gravidez e ao parto no país, certificando que a intensidade e a maneira que ocorre a violência variam conforme raça, orientação sexual, região e hospital público ou privado, entre outros pontos.

Os resultados mostram que a maior escolaridade, o atendimento na Região Sudeste ou Sul e a presença do acompanhante foram fatores significativamente associados à percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento com mais respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas. A cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência. A fonte de pagamento privado foi associada ao menor relato de violência, mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidade de fazer perguntas e maior participação nas decisões. Por fim, todos os aspectos da relação profissional de saúde/parturiente foram fatores independentes associados à maior satisfação geral com o atendimento ao parto, enquanto, entre as características sociodemográficas e do parto, a região e a fonte de pagamento permaneceram associadas ao desfecho principal (satisfação com o parto) no modelo final (D'ORSI, 2014, p. 161).

Isto posto, constata-se que existe uma grande desigualdade em relação ao tratamento conferido no parto. Logo, uma assistência que é repleta de violência apresenta seu lado desigual frente a mulheres desiguais.

3 A AUTONOMIA CORPORAL DA MULHER

A atual discussão gira em torno de questões como o protagonismo da mulher na hora do parto, que deve autorizar cada procedimento realizado em seu corpo, bem como ser tratada de maneira humanizada. Contudo, isso não ocorre em função da postura fria e mecânica adotada e perpetuada por profissionais da saúde.

E, quando fala-se em violência obstétrica, é impossível não falar na autonomia corporal da mulher. Uma vez que a violência obstétrica possui três pontos relacionados entre si: a subordinação do corpo da mulher a um sistema egoísta, que é o capitalismo, onde os médicos visam, principalmente, o lucro; a perspectiva de que o parto é uma doença, algo essencialmente patológico, que precisa de intervenções médicas, e não natural, que faz parte da natureza feminina, pois a mulher sabe parir; a ideia de que o médico é o protagonista na hora do parto, inclusive antes dele, o que mitiga a autonomia corporal da mulher.

E, conforme a definição conferida pela Defensoria Pública de São Paulo, no tópico 2.2, a violência obstétrica se desdobra em eventos, que podem ocorrer de maneira isolada ou conjunta, tais como: o abuso da medicalização; a patologização de processos naturais; o tratamento desumanizado conferido à mulher; a perda da autonomia corporal e da capacidade de decisão da mulher.

Dessa maneira, a medicalização do parto é o que explica a patologização do parto e a mitigação da autonomia e do protagonismo feminino, porque expõe o parto como um processo repleto de dor e perigo, em que a mulher não tem a capacidade de enfrentar sem um médico ao seu lado. Por isso, a mulher abre mão de sua autonomia e de seu protagonismo em função e seu corpo fica disponível às práticas médicas.

Nos tópicos abaixo, detalha-se as questões da medicalização e da patologização do parto, como fatores relevantes e inimigos da autonomia corporal feminina.

3.1 ABUSO DA MEDICALIZAÇÃO

Uma das causas é o abuso da medicalização, que acontece quando há intervenções médicas desnecessárias. A palavra “desnecessárias”, nesse contexto, diz respeito aos atos que beneficiam somente o médico, o hospital, ou qual que seja a instituição, sem trazer benefício algum para a mãe e seu bebê. Além disso, são considerados também desnecessários os atos que são motivados por objetivos que poderiam ser atingidos através de meios que não fossem

tão agressivos e invasivos. Devido a essas interferências, ocorrem muitos problemas durante o parto, ocasionando em sequelas que podem ser irreversíveis para a mãe e/ou o bebê.

Alguns exemplos de abuso de medicalização são: o uso indiscriminado da ocitocina sintética, o fórceps, o vácuo extrator, a episiotomia e a litotomia, pois são intervenções que são dispensáveis. Uma vez que ocorrem para que se possa ganhar mais tempo e sejam reduzidos os gastos, ou seja, o médico quer fazer o maior número de partos em um mesmo dia e com o mínimo custo.

Janaína Marques de Aguiar, pesquisadora da Faculdade de Medicina (FMUSP), explica que essa violência também está ligada ao gênero por vários motivos. Por exemplo, em função da objetificação da mulher: ela é vista somente como um corpo, que pode sofrer intervenções, não sendo mais vista como um sujeito, dotado de capacidade de escolher, decidir e de ser autônomo. A pesquisadora ainda frisa que a frase “se preocupa com a roupinha do neném, deixa que do parto eu cuido” é bem frequente entre os obstetras. “O parto se tornou o ofício médico, não é mais da mulher. Objetificada, ela se torna um meio para chegar a um fim; o que importa é o bebê”, completa²⁰.

Portanto, essa medicalização, que cada vez mais é comum, é uma das principais responsáveis pela perda do protagonismo da mulher em seu próprio parto. Conforme a pesquisadora, hoje o parto é tecnocrático e funciona como uma “linha de produção”, visto que é tido como uma situação de grande risco para a gestante/parturiente. O parto natural acaba por ser impedido por intervenções e procedimentos, quase sempre desnecessários, que são de praxe no dia a dia médico.

A ascensão do médico, por sua vez, é mais um fruto da medicalização, visto que ele é tido como a pessoa que tem posse do conhecimento necessário e possui a capacidade de salvar as mães e seus bebês. Assim como é capaz de diminuir ou acabar com a dor do parto, sendo o ator principal do parto e do nascimento, impondo à parturiente uma função equiparada a inutilidade ou bastante secundária, seja na evolução do parto, ou na questão de tomar suas próprias decisões como protagonista.

Trata-se, enfim, de uma violência que é confundida com cuidado, já que profissionais, sejam os médicos ou, inclusive, os enfermeiros, é que a cometem. Por essa razão, pode ser difícil combatê-la e reverter esse quadro. “A gente tem bons profissionais que reproduzem essa violência acreditando que estão fazendo isso para o bem da paciente”, ressalta Janaína.

²⁰ USP. Estudo procura compreender causas da violência obstétrica. Disponível em: <<https://paineira.usp.br/aun/index.php/2017/05/23/estudo-procura-compreender-causas-da-violencia-obstetrica/>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

“E não perceber isso como uma violência é o que faz com que ela se reproduza tantas e tantas vezes.”

Logo, todos esses procedimentos sem necessidade vão contra a segurança, o bem estar e a integridade física da mãe e do bebê, mesmo que haja a explicação de ser o melhor para eles e que não pareça ser nada violento, nem invasivo.

3.2 PATOLOGIZAÇÃO DOS PROCESSOS NATURAIS

A patologização dos processos naturais pode ser confundida com o abuso da medicalização, porque também se trata de intervenções desnecessárias. Porém, a diferença com a primeira é que a sua ocorrência é “justificada” pelo fato de ser a melhor opção para a mãe e seu bebê, por fornecer mais segurança e bem estar. Enquanto a medicalização excessiva, por sua vez, causa procedimentos desnecessários por visar um objetivo que não é a proteção dos envolvidos, mas, sim, a economia de tempo e recursos, por exemplo.

A visão do médico, que é treinada para identificar e tratar riscos e patologias, gera essa patologização. Visto que o obstetra visualiza, erroneamente, um processo que era para ser natural, mas que é interrompido por uma intervenção desproporcional, que é certamente dispensável no momento. Uma situação em que isso se sucede é a realização de uma cesárea por não haver “passagem”, ou seja, a dilatação que é preciso ter para que o bebê nasça. Alegam que não há como o parto ocorrer de forma natural, já que o bebê pode entrar em sofrimento, pois não há dilatação. Sendo que, se fossem esperadas algumas horas, dentro do permitido pela medicina, o parto poderia fluir de jeito natural.

A perspectiva do parto como fato patológico se origina da própria formação acadêmica do médico obstetra. Pois, em suas faculdades, esse tipo de profissional aprende principalmente a reconhecer as patologias, os riscos e as intervenções que devem ser utilizadas para retrocedê-los, olhando o corpo humano geralmente como o destinatário dessas intervenções e, na maioria das vezes, usando como base um ponto de vista recheado de mecanismos e técnicas.

Desse jeito, a patologização de processos naturais se dá com a simples figura médica no momento do parto. Assim, pode-se compreender de onde surgiram as intervenções que viraram rotina desde o século passado e que, sem qualquer estudo científico como base, continuam sendo utilizadas até os dias de hoje e, portanto, gerando riscos e muita dor desnecessária para as mulheres e seus filhos.

3.3 A PERDA DA AUTONOMIA

Como consequência da violência obstétrica, há a perda da autonomia e da capacidade decisória da mulher, que tem o direito de ter a liberdade de decidir sobre questões que envolvam seu próprio corpo e sua sexualidade. E isso ocorre em todos os casos, seja em um cenário de desumanização do tratamento conferido antes, durante e após o parto, no quadro de medicalização excessiva ou quando se dá a patologização de processos naturais. Além disso, algumas situações que podem se encaixar nesse contexto se resumem ao fato de do médico negar a respeitar a vontade da mãe de ter o parto que ela almeja.

A Lei Nacional nº 25.929, promulgada na Argentina em 2004, estabelece, nas alíneas a e c de seu artigo 2º, que a mulher possui o direito à informação e de ser a protagonista de qualquer situação referente à gravidez.

Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

(...)

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

Nota-se a preocupação da legislação argentina com a luta e o respeito ao protagonismo feminino durante o nascimento, que é promovido através do compartilhamento de informações que possibilitam a execução da capacidade de tomar decisões e do direito à autonomia feminina.

Nos processos da gestação e do parto, há dois sujeitos que são os únicos que figuram nesse momento: mãe e bebê. Por essa razão, qualquer intervenção que possa acontecer não pode desprezar as circunstâncias em que os dois estão ali, única e exclusivamente, em benefício um e do outro. Assim, todas as condutas realizadas precisam e devem assegurar a continuidade e o fluxo da harmonia e do equilíbrio entre a gestante ou parturiente e seu filho.

Por outro lado, na maioria dos casos, a mulher é leiga em relação a tudo que acontece no processo do parto, ou seja, não conhece algumas coisas ou quase tudo que envolve essa questão. E isso ocorre sem importar a sua classe social ou seu nível de escolaridade, apesar de que, quanto melhor a sua condição geral, melhor fica o acesso a essas informações. Logo, quase sempre, a mãe e, inclusive, sua família encontram-se sujeitos e dependentes do conhecimento e das condutas do médico, pois é nele que encontram a possibilidade de

garantia à integridade física e emocional da gestante ou parturiente e de seu bebê.

Nessa seara, todos esses apontamentos interferem, de maneira significativa, sobre como a mulher irá exercer a sua autonomia, por duas principais razões: Primeiramente, como a mãe não é o único sujeito da gestação e do parto, pois existe o bebê também, tudo o que for decidido deve considerar não somente a vontade dela, mas também o interesse do nascituro.

Por conseguinte, pelo tema tratado em questão, é importante citar que a autonomia feminina acaba por possuir limites em função de sua gestação, não sendo plena. Pois, é necessário que se zele pela integridade e a vida do bebê. De igual maneira, não se deve pensar somente nos interesses do nascituro, não há proteção plena em relação a ele, uma vez que encontra restrições devido à integridade materna.

Outro ponto que afeta o grau da autonomia da mulher é que, sendo a gravidez desejada e estando interessada na segurança e no bem estar de seu bebê, ela irá alterar os seus hábitos e terá que se sujeitar a procedimentos e rotinas. Por isso, normalmente há mais receios e cuidados, quando é preciso decidir sobre questões referentes à gravidez. E, com o pouco ou quase nada de informações que mãe tem, é construído um quadro em que o obstetra possui domínio e controle da situação, de forma positiva ou negativa, sobre toda a gravidez e o parto, em função da vulnerabilidade feminina.

Ante o exposto, quando se fala em autonomia e na capacidade de livre decisão, entende-se que deve ser conferido e garantido à mulher o grau máximo de autonomia, levando em consideração tanto o seu próprio interesse, quanto o interesse que ela possui pelo bebê. E isso tudo só será possível mediante ao acesso a todo tipo de informação relevante à tomada de decisão. Portanto, a mulher não pode sofrer limitações que não sejam em prol de seus próprios direitos ou de seu filho, no momento em que exerce sua autonomia e a capacidade de decidir.

No momento em que são colocados empecilhos à total informação que a mulher pode obter, a violência obstétrica ocorre em uma de suas formas, já que tira da mãe o direito de ser autônoma no grau máximo que lhe seria admissível. E, nesse contexto, precisam estar inseridas as decisões relativas às intervenções médicas que podem ocorrer e ser realizadas durante o parto, em casos que não configurem emergência. Optar pelo tipo de parto que deseja também é um exemplo do exercício da autonomia.

A Pesquisa Nascer no Brasil publicou um relatório que diz respeito à opção pelo parto vaginal ou pela cesárea, atentando ao fato de que, no princípio da gestação, a escolha pela cesárea é feita por menos de 30% das mães. Porém, no decorrer do processo, esse percentual

aumenta e, no setor privado, chega próximo de 70% na hora do parto.

O acompanhamento de aproximadamente 80% das gestantes do setor privado pelo mesmo médico durante o pré-natal e o parto sugere um aconselhamento favorável à cesariana, já que a decisão pela cesariana não foi definida apenas por intercorrências na gestação. Ressalta-se que entre as mulheres desse setor, após o aconselhamento recebido durante a assistência pré-natal, predominou a percepção de que a segurança da mulher independe do tipo de parto, o que pode ser entendido como uma falta de estímulo para que a mulher persista na sua opção pelo parto vaginal. É reconhecido que a atitude do profissional de saúde em relação ao parto cesáreo é influenciada por diversos aspectos, dentre elas a conveniência da cesariana por questões econômicas e financeiras, existindo a possibilidade de um aconselhamento enviesado (DOMINGUES, 2014, p. 112).

Por esse motivo, a definição de violência obstétrica deveria incluir a atitude de causar obstáculos ao acesso à informação necessária ao pleno exercício da autonomia da mulher ou de qualquer forma a omitir, bem como o encorajamento incessante durante o pré-natal para que a mulher escolha pela cesárea, quando já se dispõe de evidências científicas suficientes para se comprovar a maior segurança do parto vaginal e a despeito de recomendações da OMS.

3.4 A CESÁREA DESNECESSÁRIA COMO INIMIGA DA AUTONOMIA CORPORAL FEMININA E ELEMENTO PROPULSORA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

É importante destacar que a violência obstétrica e o desprezo à autonomia da vontade da mulher podem ocorrer não somente em partos que ocorrem pela via vaginal, mas também em cesarianas. Muitos profissionais, movidos de forma robótica, realizam esse tipo de cirurgia e sequer consideram respeitar o direito que a mãe tem de sentir pele a pele seu bebê por uns minutos – desde que esteja tudo bem e não haja algum tipo de emergência que levou à escolha desse tipo de parto. Ou seja, os bebês são retirados e levados imediatamente para longe de suas genitoras, ao passo que são costumeiramente realizados muitos procedimentos desnecessários em função da “saúde” da criança.

21

Nesse quadro, a submissão corporal feminina às conveniências capitalistas se reflete de várias maneiras, como nas taxas de cesárea. O Brasil, por exemplo, ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece em até 15% a proporção recomendada, no Brasil esse percentual chega a 57%. Grande parte dessas cesarianas é feita de forma eletiva, sem fatores de risco que justifiquem a cirurgia, e antes de a mulher entrar em trabalho de parto .

É importante frisar que a cesárea é uma cirurgia de emergência e que salva vidas, em

21 SENADO. Especialistas apontam epidemia de cesarianas. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

momentos em que é constatada a impossibilidade de parto natural. Logo, a discussão gira em torno da cesárea eletiva, que ocorre por escolha da mulher, porém quase sempre influenciada por seu médico. Uma vez que a Pesquisa Nascer no Brasil expõe que apenas 27,6% das mulheres mostram interesse por essa via de parto no começo da gestação (DOMINGUES, 2014. p.101).

Portanto, no início, a maioria das mães opta pelo parto vaginal, seja ele natural, sem intervenções, ou normal, com algumas. Contudo, o obstetra durante o pré-natal costuma colocar obstáculos para a não realização desse tipo de parto, sem nenhuma comprovação científica e de maneira enganosa. O que acontece, na maioria das vezes, não passa de extrema violência obstétrica, justificada pelo fato de o médico sempre saber o que é melhor para a gestante e seu bebê. O anseio capitalista é mais importante, é preciso lucrar o quanto puder, em um curto espaço de tempo.

Assim, com cesáreas eletivas e marcadas, a agenda médica seria mais organizada e haveria mais tempo para realizar diversos partos em um dia só, por exemplo. Já com partos vaginais, que podem acontecer a qualquer hora, os horários seriam instáveis e, assim, o lucro seria menor, visto a tamanha dedicação que estes também requerem. E isso ocorre mesmo com o fato de que o valor pago pelas operadoras de saúde não possui muita diferença entre o parto vaginal e a cesárea.

Não obstante, a cesárea representaria vários riscos para a mãe e seu bebê. Por se tratar de uma cirurgia complexa e super invasiva, que requer uma recuperação muito mais cuidadosa e longa, sem esforços da mulher para que se restabeleça logo, o crescimento do número de cesáreas está vinculado às taxas mais altas de crianças que nascem prematuras. Uma vez que a maioria dos partos por cesariana são realizados na 37^a ou 38^a semana de gravidez, que faz com cresça a quantidade de bebês que precisam ficar em UTI neonatal logo após o parto, por não haver respeito ao tempo de nascer da criança.

O aumento de cesáreas também decorre da precarização e dos episódios violentos cada vez mais presentes e comuns no parto natural. Em um universo de tantas intervenções e dor no modelo de assistência ao parto natural no Brasil, muitas mulheres buscam a cesárea como uma opção mais certa, segura e menos violenta, como se fosse uma alternativa mais respeitosa.

Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. A Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da

posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2005, p. 631).

3.5 CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E DA MITIGAÇÃO DA AUTONOMIA CORPORAL DA MULHER

A figura da parturiente na nossa cultura é muito idealizada, imagina-se que a mulher será como uma Virgem Maria parindo e, quando ela não corresponde a essa expectativa, vem um terrível ódio.”, explica a psicóloga Vera Iaconelli, diretora do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal – Gerar e doutora em psicologia pela Universidade de São Paulo²².

Elas não conseguem reconhecer a violência, pois já estão muito ligadas a certo lugar da mulher na cultura. A mulher está acostumada ao corpo dela ficar muito à mercê do outro. Só na medida em que elas descobrem que o parto poderia ser de outra forma, é que compreendem o que sofreram (IACONELLI, 2016).

Faz-se mister citar que outras causas dessa violência institucional são a formação de profissionais e a impunidade nesse meio, além de problemas de infraestrutura das unidades de saúde. Pois, não há humanização em relação às condições de trabalho, o que pode gerar a desumanização no momento da assistência conferida à gestante ou parturiente.

Assim, é possível constatar e resumir alguns fatores que perpetuam a violência obstétrica, logo a perda da autonomia, como: o preconceito contra a mulher, vulgo machismo, que permanece enraizado na sociedade por questões culturais; a tecnologia, incentivada pelo capitalismo; questões raciais e socioeconômicas, visto que, apesar de mulheres de todas as classes serem vítimas, a maior parte é negra e pobre; egoísmo e sede de lucrar advinda dos profissionais de saúde; a desumanização das condições de trabalho na área da saúde, que refletem no tratamento oferecido às gestantes ou parturientes.

Nesse contexto, são muitas as consequências decorrentes desse tipo de violência. Em relação ao corpo, primeiramente, uma série de problemas podem repercutir na vida da mulher. Os mais variados depoimentos encontrados nas redes sociais, em entrevistas, notícias, entre outros meios de comunicação, mostram que muitas sofrem com dores e incômodos em relações sexuais pós-parto, ou até mesmo fora delas.

22 EDITORA ABRIL. Hora do parto: o que é considerado violência obstétrica. Disponível em: <<https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/hora-do-parto-o-que-e-considerado-violencia-obstetrica/>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

Nessa linha, há relatos de infecções urinárias recorrentes, deformações e problemas de cunho sexual, além de sequelas na estrutura óssea e muscular e, ainda, diversos casos de prejuízo aos sistemas nervoso e circulatório.

Quanto ao aspecto emocional, restam os sentimentos de impotência, insegurança, tristeza, raiva e desconfiança, que resultam em várias dificuldades na vida da vítima. Por exemplo, obstáculos como a depressão e a síndrome do pânico podem vir a ser enfrentados. De igual forma, a baixa autoestima, problemas de amor próprio e referentes aos relacionamentos amorosos podem ser gerados.

Uma vez que o trauma pode ter sido tão impactante, que origina cicatrizes não somente físicas, mas na alma, incidindo de maneira brusca na forma da mulher lidar com si própria e com outras pessoas. O medo de engravidar novamente, de ter relações sexuais e a rejeição ao próprio corpo são exemplos comuns do modo de se externar todos os ferimentos emocionais ocasionados.

4 O COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A LUTA PELA RECUPERAÇÃO DA AUTONOMIA CORPORAL FEMININA

Tendo em vista todo o contexto apresentado nos capítulos anteriores, há a extrema necessidade do reconhecimento e da recuperação da autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo. Porque esse direito tem sido violentamente limitado ao longo do tempo, por questões culturais e costumeiras enraizadas na sociedade.

Logo, nos tópicos a seguir, irão ser apresentadas soluções e alternativas que envolvem o combate à violência obstétrica e a luta pela recuperação da autonomia corporal feminina.

4.1 O DIREITO AO PARTO HUMANIZADO

Em 1985, houve a publicação da Carta de Fortaleza (WHO, 1985), que também era chamada de “Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre o Nascimento”, que foi o primeiro documento específico, em âmbito internacional, referente à questão da assistência ao parto.

Dentre o seu conteúdo e seus apontamentos, há a recomendação de que a mãe precisa e deve ser informada de tudo e ter o incentivo de exercer a sua capacidade de decisão sobre quaisquer questões do parto e procedimentos que possam vir a acontecer. Assim como devem ter todo tipo de apoio durante o trabalho de parto, bem como não deve ter o seu bebê tirado de seu colo na primeira hora após o nascimento, salvo emergências.

Nessa linha, outras condutas são tidas como dispensáveis ou até mesmo nocivas, como a realização de enema, a raspagem ou depilação dos pelos íntimos, a imposição da posição de litotomia, assim como o uso indiscriminado da ocitocina sintética e a ruptura artificial da bolsa amniótica.

É importante, enfim, estabelecer que a violência obstétrica é uma violação sistemática dos direitos humanos, além de ser uma violência de gênero. Visto que reduz a mulher a um mero objeto de atuação do médico, construindo uma vez que se traduz em uma redução do corpo humano a objeto de atuação médica e tem como fundamento a perspectiva do corpo humano como algo defeituoso e que necessita da intervenção de uma equipe médica.

Ratificada pelo Brasil em 1984, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, datada do ano de 1979, possui a finalidade de promover a

igualdade de gênero e acabar com todas as formas de discriminação por parte dos Estados-partes. A assistência adequada ao parto é um desses direitos, que se encontra previsto no Artigo 12 da referida Convenção.

Artigo 12

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

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

O Pacto de San José da Costa Rica, que nada mais é que a Convenção Interamericana de Direitos Humanos de 1992, originou o Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Possui status de norma supralegal, mesmo sendo um tratado internacional que versa sobre direitos humanos, uma vez que foi internalizado antes da Emenda Constitucional nº 45/2004.

O Pacto de San José da Costa Rica aborda diversos direitos humanos que são aplicados dentro do cenário da violência obstétrica. Dentre eles, é possível enumerar os direitos à integridade física, psíquica e moral (artigo 5º), à liberdade e segurança individuais (artigo 7º), ao respeito à honra e à dignidade (artigo 11) e à proteção da família (artigo 17).

A violência obstétrica, que vem de uma assistência repleta de técnicas, medicalização, em um quadro hospitalizado fundamentado na perspectiva mecanicista do corpo feminino e focada no sujeito médico, acha consonância no atendimento humanizado em relação ao parto.

O parto humanizado é dotado de várias características que zelam por uma boa assistência, com o foco na mulher como protagonista e sujeito ativo no decorrer do parto, prezando pela execução de sua capacidade de decidir.

O objetivo é garantir um parto que esteja firmado no respeito aos direitos da mãe, priorizando os seus interesses e do bebê, para que haja a desmedicalização do momento do nascimento, com novos profissionais de saúde no momento da assistência ao parto e na eliminação de intervenções que não sejam essenciais, ou que sejam até perigosas sob a visão da medicina firmada em evidências científicas.

No Brasil, ainda não existe uma legislação interna específica sobre o tema, ao contrário do que ocorre na Argentina e na Venezuela. Embora exista a Lei Estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que abrange apenas o Estado de Santa Catarina, dispositivos

constitucionais e legais, portarias do Ministério da Saúde, como garantia do direito ao parto humanizado, é de extrema importância e urgência que exista uma previsão legal sobre essa questão.

Faz-se relevante também a criação e a execução de políticas públicas que fomentem o acesso à informação, a diminuição do percentual de cesáreas e o incentivo à assistência humanizada ao parto, levando em conta a individualidade do tema, a necessidade de revolução na conjuntura do atendimento ao parto na nação brasileira e a teimosia e relutância de entidades médicas quanto à esse tipo de violência.

O parto humanizado possui diversos conceitos que encontram seus pontos em comum em quatro principais pontos: no parto assentado em direitos, na autonomia e no protagonismo feminino, no veto de intervenções médicas desnecessárias ou nocivas e a incorporação de novos profissionais na área da saúde.

O parto assentado em direitos tem como centro a obediência aos direitos humanos, em especial os direitos reprodutivos e sexuais femininos. Através desse conceito, surge a vedação de tratamentos degradantes ou que possam ofender de forma física e psicológica a gestante ou parturiente, além de estimular a concepção da mulher não como objeto de intervenções médicas, porém como protagonista e sujeito ativo de um grande acontecimento, que é o parto.

A defesa do protagonismo e da autonomia feminina no decorrer da gestação e no parto tem sido um grande desafio para a assistência ao parto. Posto que a mulher perde o controle de seu próprio corpo nesses dois momentos em função da medicalização do parto e da supremacia da figura do médico, ficando com o papel de coadjuvante, como de objeto, o que gera a presente assistência medicalizada e com a predominância de técnicas e sistemáticas.

A autonomia privada existencial é relativamente atual no ordenamento jurídico brasileiro e surgiu em decorrência da preponderância da Constituição frente às outras normas, gerando o domínio das questões existenciais em relação às questões patrimoniais.

A autonomia privada existencial, por sua vez, seria o instrumento da liberdade que incide precisamente – mas não exclusivamente – nas situações jurídicas subjetivas situadas na esfera extrapatrimonial. Do ponto de vista da garantia constitucional, portanto, o conteúdo da liberdade individual, no que se refere às decisões pessoais, é um espaço, uma possibilidade de escolha que pode se expressar de modos variados: é liberdade tanto a possibilidade de realizar tudo o que não é proibido como a exigência de não intervenção na vida privada do indivíduo, ou ainda a possibilidade de autodeterminação ou obediência a si mesmo (isto é, ao próprio regulamento). A possibilidade de escolha precisa ser assegurada, seu conteúdo é que deve ser escolhido pelo indivíduo (MORAES, CASTRO, 2014, p. 794).

Em um olhar *a contrario sensu* do artigo 13 do Código Civil, o ser humano é livre para dispor de seu próprio corpo, quando não houver a mitigação da integridade e a contrariedade dos “bons costumes”. Nesse sentido, o artigo 15 dispõe que “ninguém pode ser constringido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”.

A perspectiva constitucional do Código Civil empregada no contexto da assistência à gravidez e ao parto concebe a concepção de que a mulher necessita e deve ter a garantia de sua autonomia, além de desempenhar seu protagonismo nos acontecimentos que envolvem seu próprio corpo.

Não obstante, a prática dessa autonomia se depara com obstáculos no que diz respeito à relação entre a equipe de saúde e a mãe. Dado que a autonomia, em um cenário como esse, somente pode ser executada de forma integral com o acesso às informações corretas das questões que englobam a gravidez e o parto, o que só ocorre quando o médico se disponibiliza a agir com transparência e honestidade.

A vedação de intervenções desnecessárias ou nocivas à saúde é nivelada aos bons hábitos na assistência ao parto, à medicina alicerçada em evidências científicas e à demanda de acatar a natureza fisiológica do parto, fugindo de intervenções que possam ocasionar riscos ou prejuízos desnecessários.

Por fim, a inclusão de novos e atuais profissionais é uma necessidade daqueles que exigem e lutam pela humanização da assistência ao parto. Quando presentes no momento do parto e, inclusive, antes e depois, as parteiras, obstetrias e enfermeiras obstétricas são responsáveis pela menor incidência de intervenções, visto que seus estudos e sua formação estão relacionados a um olhar mais fisiológico do parto, está ligada a uma visão mais fisiológica do parto, em contraste ao entendimento patológico do médico.

Ainda, a presença dessas profissionais em partos de baixo risco foi vinculada ao menor tempo de trabalho de parto, menores taxas de episiotomia, maior probabilidade de parto espontâneo e maior sentimento de controle pela mulher, entre diversos benefícios (PORTO, 2010, p. 531). A presença da doula, por exemplo, “otimiza a fisiologia do parto e os sentimentos de controle e competência das mulheres, reduzindo a dependência de intervenções médicas”, porque é ela que foca na evolução do parto, ao passo que o médico se concentra no resultado (DINIZ, 2014, p. 142). Desse modo, a introdução de novas pessoas às

23 Art. 13, CC. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

equipes de saúde é fundamental para que haja a humanização do atendimento à gestação e ao parto.

4.1.1 Legislação brasileira no contexto do parto humanizado

O sistema normativo brasileiro foi, durante muito tempo, focado nas relações privadas e dotado de um caráter fundamentalmente patrimonialista, tendo o Código Civil como sua principal base. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o eixo central do ordenamento jurídico veio a ser as relações pessoais e seus interesses públicos e as relações pessoais, o que abalou as relações privadas e seus interesses patrimoniais.

Na Constituição, existe o princípio da dignidade da pessoa humana, que está previsto no artigo 1º, inciso III, transformando o ser humano no sujeito principal do Direito, considerando a primazia das normas constitucionais. O ser humano se encontra no seio do ordenamento jurídico brasileiro, pois é a base e o berço de todos os princípios nele existentes.

Assim, o princípio da dignidade da pessoa humana deve nortear quaisquer tipos de relações, de pessoas físicas e jurídicas, assim como as verticais, entre Estado e indivíduo, e as horizontais, entre os próprios indivíduos. Visto que a dignidade faz parte de cada esfera existente na vida dos indivíduos, em sua complexidade e em seus vínculos.

A partir do princípio da dignidade da pessoa humana surgem outros direitos presentes na Magna Carta, como os direitos à liberdade e à segurança (artigo 5º, caput), a não ser submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante (artigo 5º, III), à inviolabilidade da intimidade, da vida privada e da honra (artigo 5º, X).

Hodiernamente, a assistência ao parto acaba por expor um descumprimento e desrespeito sistemático à dignidade das gestantes e parturientes que são atendidas. Uma vez que não há a possibilidade de descobrir uma ligação entre a dignidade e um sistema repleto de técnicas, que ocorre através de linha de montagem, onde a eficiência e a tecnologia se sobressaem em relação ao ser humano.

De acordo com um modelo decadente do parto natural, que impulsiona os altos percentuais de cesáreas que favorecem a equipe médica frente às mulheres, resta-se nítida a crueldade deste tipo de violência: a violação da dignidade não acontece em ocasiões únicas ou por pessoas de forma específica. Pois, é uma consequência que não pode ser evitada advinda do modelo de atendimento ao parto e um dos fundamentos que o ampara.

A violação direta ao artigo 196 da Constituição Federal, que versa sobre o direito universal à saúde, é mais clara ainda:

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 (grifou-se).

Na humanização da assistência ao parto compreendida a partir da visão da medicina firmada em evidências científicas, a “redução do risco de doença e de outros agravos”, citada no artigo acima, corresponde a um modelo de atenção baseado na inexistência de intervenções potencialmente danosas ou desnecessárias.

Intervenções como a manobra de Kristeller, que conforme as recomendações da OMS não podem nunca ser praticadas, e a episiotomia, realizada de maneira indiscriminada em mais de 50% dos partos totais e em 75% dos partos em primíparas²⁴, quando só poderia acontecer na faixa de 10% e 30% das vezes, são somente alguns exemplos de intervenções que ocasionam riscos para mulheres e bebês. Em uma realidade onde apenas 5% dos partos evoluem sem intervenção alguma (LEAL, 2014, p. 20), os danos gerados por intervenções inúteis acarretam em dor e sofrimento para mães e filhos, além de tornar rotineiramente violento o atendimento ao parto e trazer gastos tanto públicos, quanto privados em saúde.

25

O parto natural tem o potencial de gerar danos por suas intervenções, bem como a cesárea, que é uma cirurgia de caráter extremamente invasivo, também possui a grande probabilidade de trazer prejuízos. Por conseguinte, a “epidemia” de cesáreas que, ultimamente, tem ocorrido no Brasil não está correlacionada à melhor assistência ao parto, contudo, está vinculada a um aumento indevido do risco à saúde das pessoas, em conflito com o previsto na Constituição sobre o direito à saúde, além do artigo 227 que estabelece a proteção da integridade e da saúde das crianças como uma obrigação estatal, como prioridade máxima.

A Lei 8.080/90, que aborda o direito previsto no artigo 196 da Constituição, ratifica a o aspecto universal do direito à saúde e o dever do Estado na diminuição de riscos de doenças e outros agravos, com a aplicação de políticas socioeconômicas.

24 Mulheres sem histórico de parto anterior.

25 “São conhecidos os prejuízos da cesariana para a mãe e o recém-nascido. Um estudo multicêntrico realizado em uma amostra de hospitais de oito países da América Latina avaliou os riscos e benefícios da cesárea em relação ao parto vaginal, e concluiu que na apresentação cefálica a cesárea aumentou o risco de morbidade grave e mortalidade materna e neonatal.

Resultados semelhantes foram encontrados por Souza et al em 2010 em um trabalho que incluiu, além da América Latina, países da África e Ásia, levando os autores a concluírem que a cesárea deve ser realizada quando for identificado um benefício que compense os custos e riscos adicionais desta cirurgia.” (LEAL, 2014, p. 28).

Quanto à legislação ordinária, não existe regulamentação específica alguma em função da assistência ao parto, salvo o artigo 19-J, da Lei 8.080/80, incluído pela Lei 11.108/05, que determina o direito da parturiente a um acompanhante nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto.

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.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º 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.

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no caput deste artigo.

Consoante a Pesquisa Nascer no Brasil, 18,8% das parturientes usufruíram de acompanhamento contínuo, enquanto 56,7% foram parcialmente acompanhadas e 24,5% não tiveram qualquer acompanhante. Sendo que, de todas as mulheres que não puderam ser acompanhadas, 52% foram impossibilitadas pela proibição ou restrição do próprio hospital, o que evidencia a completa falta de informação em relação ao direito da parturiente de ter um acompanhante (DINIZ, 2014, p. 144-145).

A presença de uma pessoa como acompanhante no decorrer do pré-parto, parto e pós-parto é uma das recomendações da OMS e suas vantagens já foram comprovadas através de diversos estudos.

A revisão sistemática mais recente sobre o apoio contínuo no parto (2011), mostra que as mulheres que tiveram esta intervenção eram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo e menos propensas a utilizar analgesia intraparto ou para relatar insatisfação; o trabalho de parto era mais curto, estas mulheres eram também menos propensas a ter parto por cesariana ou parto vaginal instrumental, ter analgesia regional, ou o bebê ter score de Apgar baixo no quinto minuto de vida. Além disso, as análises de subgrupos mostraram que o apoio contínuo foi mais eficaz quando feito por alguém que não fazia parte da equipe do hospital, nem da rede social da mulher, e seus efeitos foram ainda mais intensos em ambientes em que a analgesia peridural não estava rotineiramente disponível. A presença de acompanhante melhora a segurança da mulher no parto, uma vez que parece aumentar a sua capacidade para se expressar, o que pode ser especialmente valioso em casos de complicações graves, ajudando as mulheres a serem ouvidas quando o atendimento de urgência é necessário. A presença de acompanhante pode ser considerada um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência (DINIZ, 2014, p. 142).

26 As normas técnicas de segurança a estrutura estão presentes no RDC nº 36/2008 da ANVISA e a Resolução Normativa nº 387/2015, da ANS, proíbe a cobrança extraordinária pela presença do acompanhante, seja em enfermaria ou em quarto particular.

O aludido artigo, precisamente, designa a presença de um acompanhante, o qual fica a critério da mulher, que deve ser obrigatoriamente autorizada em qualquer hospital do país, seja público ou particular, nos momentos que compreendem o pré-parto, o parto e o pós-parto, não importa qual seja o tipo de parto ou a conexão com a instituição referida.

O descumprimento dessa lei, porém, não acarreta em nenhum tipo de sanção existente nela mesma, visto que o artigo 19-L, que estabelecia essa conduta como crime de responsabilidade, foi vetado, restando somente a opção de ajuizar ações de reparação de danos morais.

Por sua vez, a Portaria 569 de 2000, do Ministério da Saúde, criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, incluído no Sistema Único de Saúde (SUS). Determinou-se recursos próprios para programas de humanização do parto e medidas propulsoras ao pré-natal e de pontos operacionais e técnicos.

Ainda, a portaria estabelece, embora de modo geral, atividades em prol da garantia da assistência adequada ao parto. De todas as diretrizes, algumas são pautadas no acesso ao atendimento qualificado e de forma digna e no direito à assistência ao parto e ao pós-parto, zelando pela humanização e segurança.

Conforme o Anexo II da Portaria:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e nãointervencionistas.

Em 2004, como consequência da reunião da Comissão de Intergestores Tripartite, houve a publicação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal²⁹, que afirma que:

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao

27 No caso de mães adolescentes, a presença de um acompanhante é amparada, ainda pelo artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente: “Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

28 O período de pós-parto imediato a que alude o artigo é equivalente a 10 dias, segundo a Portaria 2.418 de 2015, do Ministério da Saúde.

29 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido.

3031

Em 2002, a taxa de mortalidade materna era de 53,4/100.000 nascidos vivos, apesar da dificuldade de se exercer um real controle sobre as mortes que envolvem mães e bebês. Esses obstáculos se resumem à subinformação, que nada mais é que omitir o fato de que o falecimento foi ligado à gestação ou ao parto. Ademais, há a questão do sub-registro, que consiste em omitir o registro de óbito nos cartórios.

Segundo o pacto, a morte materna e neonatal já foi tida como mera fatalidade, todavia, no momento presente, está conectada ao atendimento prestado e mostra uma desproporção ligada às condições socioeconômicas das mulheres, uma vez que não ocorre de maneira igual entre todas.

Dentre as medidas adotadas pelo pacto estão a administração humanizada da assistência e o cuidado humanizado ao aborto, porque é uma das razões predominantes da mortalidade materna³². Mediante a Portaria nº 1.459 de 2011, o Ministério da Saúde concebeu a Rede Cegonha, que:

consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha tem como base o acato à proteção e a promoção dos direitos humanos, a efetuação da equidade e o foco de gênero. Desse modo, a portaria nº 1.459 contribui para o reconhecimento da péssima assistência ao parto como um problema real de direitos humanos e de gênero, assim como caminha a passos largos em direção à valorização dos pontos sociais e étnicos referentes a hierarquização do acesso e de um atendimento qualificado.

A rede é composta por quatro etapas: o pré-natal, o parto, o nascimento e o puerpério, que engloba a total atenção ao bem estar e à saúde do bebê, além do sistema logístico, que abrange transporte sanitário e regulação. A constituição da rede ocorre por intermédio da adesão dos entes federativos, que possuem seus papéis estabelecidos pela portaria.

30 O sub-registro, segundo o documento, ocorre mais frequentemente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e está relacionada ao difícil acesso aos cartórios, à existência de cemitérios clandestinos e à pouca influência em termos de herança e benefícios previdenciários de mulheres de classes econômicas mais baixas na zona rural.

31 A taxa de países desenvolvidos, segundo o documento, é entre 6 e 20/100.000 nascidos vivos.

32 “A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, demonstra que, aproximadamente, 10 milhões de mulheres estão expostas à gravidez indesejada. No Sistema Único de Saúde (SUS) são atendidas, anualmente, cerca de 250.000 mulheres com complicações de aborto, sendo o aborto uma das principais causas de óbito materno”.

Resta nítido que a regulamentação sobre o atendimento ao parto brasileiro acontece quase que somente através de portarias editadas pelo Ministério da Saúde que, conforme o artigo 9º da Lei 8.080/90, tem o dever de direcionar o Sistema Único de Saúde na esfera federal. Porém, mesmo com a existência de previsão legal, o fato de assistência ao parto ser regulamentada apenas por portarias restringe o tema ao domínio do Poder Executivo.

Dessa forma, apesar de haver uma certa evolução em relação a humanização do atendimento ao parto, que foi obtida mediante as portarias, é de extrema importância que uma lei sobre essa questão seja editada. São três as razões: a primeira é que, ao haver a previsão legal da assistência humanizada ao parto, a política subordinada às ações de um governo seria transformada em direito legalmente previsto, logo, possuiria mais estabilidade e segurança jurídica.

No segundo ponto, uma portaria não tem a capacidade, em função de sua natureza, de determinar sanções em situações de descumprimento de suas normas. Assim, essas funções ficariam nas mãos de ações ajuizadas frente ao Poder Judiciário.

Por último, a edição de uma lei no âmbito nacional geraria normas com maior eficácia, uma vez que abrangeria mais pontos em um nível social, além de envolver a fiscalização não somente do Poder Executivo, mas também de todos os outros.

Na atual conjuntura, há uma polêmica no que se refere ao veto, pelo prefeito Marcelo Crivella, de projeto de lei que permite a entrada de doulas³³ em hospitais municipais. A prefeitura do Rio alegou que o projeto tem "vícios de inconstitucionalidade" e que aumentaria as despesas do Poder Executivo³⁴.

A presidente da Associação de Doulas do Estado do Rio de Janeiro, Morgana Eneile, explica que, apesar de haver a Lei estadual nº 7.314/2016, que permite a figura da doula em salas de parto, há questões que a lei municipal auxiliaria na regulamentação.

Segundo o advogado e professor de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie Bruno Boris, a lei estadual costuma prevalecer, mas o município tem o direito de vetar uma lei municipal. "Existe um princípio constitucional que diz que o município tem direito local. Se

33 Médico obstetra e sócio da Casa Moara, clínica multiprofissional que atende mulheres antes e depois do parto, Jorge Kuhn afirmou que o veto é um "retrocesso". "Há muitos anos que consideramos a doula uma profissional fundamental para a mulher, principalmente quando é o primeiro filho. Ela vai dar o apoio afetivo e emocional nos momentos mais trabalhosos do trabalho de parto."

34 JORNAL ESTADÃO. Crivella veta projeto que permite doulas em hospitais cariocas. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,crivella-veta-projeto-que-permite-doulas-em-hospitais-cariocas,70002099437>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

não é do interesse do município, o prefeito pode vetar."

É importante citar a existência da Lei nº 17.097/2017, sancionada pelo Estado de Santa Catarina, contra a violência obstétrica. Em seus artigos 2º e 3º, está o conceito de violência obstétrica e são elencadas as condutas que podem ser consideradas como ofensas verbais e físicas, que caracterizam esse tipo de violência:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Por sua vez, o artigo 6º dispõe sobre a possibilidade de sanções, quando houver infração a essa lei:

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

Contudo, como já debatido neste tópico, faz-se urgente a edição de lei em nível nacional, pois o tema em questão só tem sido tratado mediante portarias e, recentemente, pela Lei Estadual de Santa Catarina, que não abrange outros locais se não o próprio estado.

4.1.2 Projetos de lei em direção à humanização do parto

No Congresso Nacional, há uma Proposta de Emenda Constitucional e alguns Projetos de Lei em tramitação, que dizem respeito a humanização da assistência ao parto.

35

Pode-se citar a Proposta de Emenda Constitucional nº 100/2015, que procura incluir no artigo 200 da Constituição, que prevê as atribuições do Sistema Único de Saúde, o inciso IX, dispondo sobre a exigência de haver uma equipe multidisciplinar constituída por ginecologista, obstetra, enfermeiros, pediatra e psicólogo, que tem a obrigação de prestar total assistência à gestante ou parturiente no período que abarca a gravidez e o puerpério.

35 Proposta do Deputado Veneziano Vital do Rêgo (PMDB/PB). Atualmente, o projeto se encontra na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados, onde recebeu parecer favorável a admissibilidade da Relatora Fátima Bezerra e se encontra pronto para a pauta na Comissão.

A adição do inciso, de acordo com a justificativa do projeto, serviria como elemento propulsor da “formulação de políticas públicas direcionadas para a promoção e proteção da saúde desse grupo”.

36

Nessa linha, existe também o Projeto de Lei do Senado nº 8/2013, com o objetivo de incluir o inciso I no artigo 19-J da Lei 8.080/90, que estabelece como obrigação da rede própria e conveniada do SUS “obedecer às diretrizes e orientações técnicas e oferecer as condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado em suas dependências”.

Apesar de determinarem somente normas genéricas e programáticas, que precisam de outra que possa regulamentá-las, a PEC nº 100/2015 e o PLS nº 8/2013 são importantes para a evolução e o devido reconhecimento do direito à humanização da assistência ao parto.

Ainda, na Câmara dos Deputados há três Projetos de Lei em tramitação, que dispõem sobre normas com um caráter mais específico quanto ao tema em questão. Exemplo disso é o Projeto de Lei do Senado nº 75/2012³⁷, que defende a assistência total às presidiárias gestantes ou parturientes, com a vedação de que sejam algemadas no decorrer do parto.

38

O Projeto de Lei nº 359/2015, por sua vez, objetiva regulamentar a profissão de parteira tradicional, com a exigência de que seja realizado um curso de qualificação para que sua função seja devidamente exercida.

39

Nesse contexto, o Projeto de Lei nº 7633/2014 possui a maior capacidade de satisfação da demanda de uma regulamentação que não seja genérica, mas, sim, específica em relação a violência obstétrica, conferindo ainda um conceito paralelo às legislações venezuelana e argentina.

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou

36 Proposta do Senador Jorge Afonso Argello. Atualmente, o projeto se encontra na Comissão de Assuntos Sociais (Secretaria de Apoio à Comissão de Assuntos Sociais) onde recebeu parecer favorável a admissibilidade do Relator Armando Monteiro e se encontra pronto para a pauta na Comissão.

37 Proposta da Senadora Maria do Carmo Alves. Atualmente, o projeto se encontra na Coordenação de Arquivo e foi remetido à Câmara de Deputados, visto que foi aprovado por comissão em decisão terminativa.

38 Proposta da Deputada Janete Capiberibe (PSB/AP). Atualmente, o projeto se encontra aguardando remessa para as comissões, houve devolução à Coordenação de Comissões Permanentes (CCP).

39 Proposta do Deputado Jean Wyllys (PSOL/RJ). Atualmente, o projeto se encontra aguardando parecer do Relator na Comissão de Educação (CE).

física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

No Título I, está previsto o direito da gestante ou parturiente à assistência humanizada do parto em todas as situações, inclusive se houver provocação de abortamento ou não. O conceito de assistência humanizada está altamente vinculado à medicina que é fundamentada por evidências e ao parto pautado nos direitos reprodutivos e sexuais femininos, conforme o artigo 2º do projeto.

Art. 2º - Para os efeitos desta Lei, a assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério é aquela preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008, considerando precipuamente:

I - não comprometer ou oferecer risco à saúde da parturiente ou do recém-nascido, nem à segurança do processo fisiológico de parto;
40

II – adotar, exclusivamente, rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras instituições de excelência reconhecida, em cumprimento ao art. 19-Q § 2º, inciso I da Lei nº 8.080/90;

III - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos que lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo a disponibilização de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor;

IV – garantir à gestante o direito de escolher as circunstâncias em que o parto deverá ocorrer, considerando local, posição do parto, uso de intervenções e equipe de assistência, seja este vivenciado em diferentes tipos de estabelecimentos de saúde, tais como: hospital, maternidade, centro de parto normal, ou ainda em domicílio;

V – garantir a presença, junto à parturiente, de um(a) acompanhante, a ser por aquela indicado(a), durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Dessa forma, a assistência humanizada está firmada na ideia essencial de haver o mínimo de intervenções possíveis na evolução do parto, com o respeito à autonomia máxima da mulher no processo de escolhas e tomada de decisões, o que abarca a opção pelo local onde ocorrerá o nascimento, além do acesso à todo tipo de informações fundamentais para o total exercício da autonomia feminina. Há também a previsão do direito de elaborar um Plano Individual de Parto pela gestante⁴¹.

O Título II trata do combate à violência obstétrica, frisando a determinação expressa

40 Art. 19-Q. da Lei 8.080/90: A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

41 O Plano Individual de Parto é um documento elaborado pela gestante com o fim de manifestar sua vontade quanto ao parto e puerpério e tem natureza contratual entre a mulher e a equipe médica.

de responsabilização pessoal de cada pessoa que fizer parte da equipe médica, com atenção também à determinação da obrigatoriedade da inclusão, pelos mais diversos cursos de saúde, de disciplinas referentes ao atendimento humanizado conferido à mulher.

Por fim, o Título III cita o índice de cesarianas, com a previsão de que não pode haver o desrespeito ao limite imposto pela OMS, salvo os casos em locais especializados em gestações de alto risco, com a constituição da Comissão de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas – CMICBPO, incumbido de monitorar o índice de cesarianas e de receber as denúncias de situações de violência obstétrica.

Por conseguinte, há o projeto de Lei nº 8219/17⁴², que “dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.” Em seus artigos, expõe o conceito e as diversas formas que esse tipo de violência pode assumir, destacando, inclusive, a ocorrência indiscriminada da episiotomia.

Art. 2º. A violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia.

Art. 3º. Constitui violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais da saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após:

I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal;

II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc;

III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família;

IV - negligenciar o atendimento de qualidade;

V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto; VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher; VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição;

VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.).

IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa

Art. 3º. O procedimento médico denominado episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou

42 Proposta do Deputado Francisco Floriano (DEM-RJ). Atualmente, o projeto se encontra na Coordenação de Comissões Permanentes (CCP) e foi encaminhado à publicação.

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.

Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa.

Enfim, há o recente Projeto de Lei nº 7867/17⁴³ que “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” e que está apensado ao Projeto de Jean Wyllys sobre o mesmo tema.

4.1.3 As resoluções 265/2012 e 266/2012 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro – CREMERJ sob o prisma constitucional e o princípio da legalidade

O Conselho Regional de Medicina compõe a administração pública federal indireta, pois é uma autarquia federal, que foi instituída pela Lei nº 3.268/1957. É encarregado, entre outras funções, pela regulamentação e pela fiscalização do exercício da função médica, sempre se submetendo ao Conselho Federal de Medicina.

Dessa maneira, os Conselhos Regionais, em consonância com o Federal, são dotados de legitimidade para a edição de resoluções que possam disciplinar a atividade médica. Todavia, por participarem da administração pública indireta, os Conselhos são autorizados a editar somente atos secundários, que precisam obedecer os atos primários e a Constituição, conforme a hierarquia normativa.

Nesse ângulo, sob a análise da Constituição e do princípio da legalidade, as resoluções 265/2012 e 266/2012 do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro são marcadas por sua gritante inconstitucionalidade e ilegalidade.

A resolução 265/2012 proíbe a presença do médico em partos domiciliares e a sua atuação em “equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas, a partos domiciliares”.

Argumenta-se que a proibição da figura médica em partos domiciliares ocorre “para maior segurança dos recém-nascidos e das parturientes, os partos, mesmo que de baixo risco, devem ser feitos em instituições hospitalares tradicionais” e que “os partos realizados fora do ambiente hospitalar normalmente ocorrem em locais inóspitos e sem a devida assepsia”. Não há comprovações, muito menos evidências científicas que sustentem tais argumentos, visto que gestações e partos de baixo risco não demonstram a necessidade de intervenções que levem o parto a ocorrer em hospitais ou maternidades. Inclusive, o livre-arbítrio em relação ao local do nascimento é uma das recomendações da OMS.

43 Proposta da Deputada Jô Moraes (PCdoB-MG). Atualmente, o projeto se encontra na Comissão de Educação e está apensado ao PL 7633/2014.

A vedação à participação médica em um parto domiciliar configura uma grave violação à liberdade de profissão, prevista na Constituição, em seu artigo 5º, XIII. O CREMERJ objetiva a desvalorização do parto domiciliar, mesmo que não o proíba, o que é, indiretamente, um desrespeito ao princípio da legalidade, que está disposto no artigo 5º, II, da Magna Carta, pois restringe a livre escolha da gestante ou parturiente que pode e deve decidir parir em sua própria casa, com a figura do médico presente.

Portanto, verifica-se a ocorrência de vício de finalidade na resolução 265, pois, de acordo com o artigo 2º, da Lei 3.268/1957, os Conselhos têm o dever de trabalhar “pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente”. A lei é bastante clara em relação ao limite da regulamentação conferida aos Conselhos, que não podem ultrapassá-lo. Ao haver a restrição da participação do médico no parto domiciliar e sua atuação em equipes multidisciplinares, não se enxerga a valorização da ética pela medicina, que mostra não prezar pelo bom senso da profissão. Uma vez que, simplesmente, reprime a assistência destinada à mulher que escolhe o seu próprio lar como o lugar de seu parto.

A censura à presença do médico em equipes de suporte e sobreaviso é ainda pior, por se tratar de uma severa intervenção na conexão médico-paciente e de uma grande ofensa ao artigo 2º da Lei 12.842/2013, que regulamenta o exercício da função da profissão médica.

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Se não bastassem os absurdos impostos na resolução 265, ainda há a resolução 266/2012, que proíbe a “participação de pessoas não habilitadas e/ou de profissões não reconhecidas na área da saúde durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar”, que abrange as parteiras, obstetrizes e doulas.

Assim, o CREMERJ acaba por, novamente, exceder os seus limites e não acatar a sua legitimidade legal para regulamentar o exercício médico e sua profissão, ao entrar na questão de quais profissionais podem ou não entrar nas dependências hospitalares. Os artigos 7º, da Lei 12.842/2013, e 15, da Lei 3.268/1957, que estabelece quais são as funções dos conselhos, não citou a regulamentação sobre a aceitação de pessoas em hospitais e maternidades como uma de suas atribuições.

É importante dizer que as doulas são profissionais que possuem o único dever de

prestar assistência emocional e psicológico das mulheres ao longo da gestação e na hora do parto, já que não são autorizadas a exercer nenhum procedimento referente ao nascimento em si. A vedação da figura da doula é ilegal, porque ela pode ser uma acompanhante legal, segundo o artigo 19-J da Lei 8.080/90.

Por outro lado, as obstetrias e as parteiras têm a garantia de sua presença mediante a Lei 7.498/86. O exercício da enfermagem ocorre, unicamente, “pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação”, como previsto no parágrafo único, do artigo 2º da lei. Já no disposto do artigo 11, há o encargo da assistência à parturiente e ao parto normal de igual forma à obstetria.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro – COREN/RJ, o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN e a Defensoria Pública da União ajuizaram Ação Civil Pública por ocasião da inconstitucionalidade e a ilegalidade das resoluções 265 e 266, do CREMERJ. E, inicialmente, o resultado foi favorável, pois o pedido de anulação das resoluções foi aceito e julgado procedente, em primeira instância. Contudo, no âmbito recursal, houve a modificação da sentença, conforme o acórdão abaixo:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. RESOLUÇÕES 265/2012 E 266/2012 DO CREMERJ. ILEGITIMIDADE ATIVA DO COREN E DA DEFENSORIA PÚBLICA. ILEGALIDADE. AUSÊNCIA.

1- Os Conselhos Federal e Estadual de Enfermagem não possuem legitimidade ativa ad causam para ajuizar ação civil pública dirigida a afastar a aplicação da Resolução nº 265/2012 que, editada pelo Conselho Regional de Medicina, versa acerca de proibição restrita aos "médicos", que foram impedidos de atuar em partos domiciliares.

2- Para o reconhecimento da legitimidade ativa da Defensoria Pública da União, ainda que seja dispensável a prévia demonstração de que o direito tutelado é titularizado unicamente por hipossuficientes, não há como afastar a necessidade de se comprovar que o provimento jurisdicional pretendido também repercutirá na esfera de interesses de economicamente necessitados e, sem qualquer evidência em sentido contrário, é difícil admitir como hipossuficiente uma parturiente cuja capacidade econômica lhe permita contratar um médico particular para lhe assistir em um parto doméstico.

3- A Resolução 266/2012 não constituiu vedação ao exercício profissional de qualquer atividade, mas medida levada a efeito pelo Conselho Regional de Medicina com vistas a obstar que, em função da sabida carência de profissionais, as unidades hospitalares se aparelhem com a força de trabalho das doulas, obstetrias, parteiras, etc, evidentemente menos custosa, e passem a realizar partos, notadamente para a população de baixa renda, sem qualquer tipo de supervisão médica.

4- Recurso de apelação provido.

(TRF-2 0041307-42.2012.4.02.5101. Relator: Desembargador Federal GUILHERME DIEFENTHAELER. Data de Julgamento: 13/01/2016, 3ª TURMA ESPECIALIZADA).

4.2 DIRETRIZES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, no ano presente, novas diretrizes sobre padrões globais de atendimento às mulheres grávidas, que devem ser adotadas com a finalidade de diminuir o uso desnecessário de algumas intervenções médicas como, por exemplo, a cesárea⁴⁴.

Nothemba Simelela, diretora-geral assistente para família, mulheres, crianças e adolescentes da OMS, afirma:

Queremos que as mulheres deem à luz em um ambiente seguro, com profissionais qualificados e em unidades bem equipadas. No entanto, a crescente ‘medicalização’ de processos normais de parto estão minando a capacidade das mulheres de dar à luz, e afetando negativamente sua experiência de parto.

De acordo com recomendações fundamentadas em evidências científicas, as novas diretrizes incorporam o direito da mulher de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e na hora do nascimento; de ter uma assistência ao parto de forma respeitosa, com bom diálogo e entendimento entre a equipe médica; de manter sua privacidade e confidencialidade, sem a exposição de sua intimidade; de ter sua autonomia corporal preservada, além de sua capacidade decisória sobre quaisquer escolhas durante o momento do parto, no que diz respeito à dor, às posições, entre outros fatores.

Como cada parto e nascimento ocorre de uma forma relativa e diferente, com durações diferentes, por exemplo, as diretrizes frisam que um processo mais lento de dilatação da mulher não pode ser uma real indicação para intervenções que visam acelerar o parto, como a aplicação de ocitocina.

Além disso, é importante reconhecer que podem ser necessárias algumas intervenções, não podendo haver a insistência de parto natural quando há riscos para a mulher e o bebê. Há o fator da imprevisibilidade e, por isso, o monitoramento frequente do bem estar da mãe e da criança são essenciais.

Quando for demandado que o médico venha realizar alguma intervenção, “a inclusão das mulheres na tomada de decisões sobre o atendimento que recebem é importante para garantir que atinjam o objetivo de uma boa experiência de parto”, disse Ian Askew, chefe do

44 NAÇÕES UNIDAS. OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-diretrizes-para-reduzir-intervencoes-medicadas-desnecessarias-no-parto/>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

departamento de saúde reprodutiva e pesquisa da OMS.

A agência da ONU também expôs a estimativa de que, em média, 830 mulheres falecem durante a gravidez ou em função de problemas no parto todos os dias, no mundo todo. E, em contrapartida, uma assistência e um atendimento de qualidade poderiam evitar esses números alarmantes.

“Para atingir o melhor resultado físico, emocional e psicológico para as mulheres e seus bebês, é necessário um modelo de cuidado no qual os sistemas de saúde empoderem todas as mulheres para acessar cuidados que foquem na criança e na mãe”, alerta a OMS.

Nesse contexto, há diversas hipóteses de solução e de combate à violência obstétrica, para que haja o resgate da capacidade decisória e da autonomia corporal feminina. Entre elas, pode-se enumerar: a humanização do parto; a comoção das mulheres, através de manifestações, ações sociais, campanhas, vídeos nas redes sociais, palestras e propagandas; leis específicas; materiais, como livros, que lidem diretamente com esse tema; fiscalização de maternidades, hospitais e de seus profissionais de saúde, entre outras.

É importante reiterar a existência do plano de parto⁴⁵ como poderosa ferramenta de luta e importante recomendação da OMS, que visa resgatar a autonomia feminina. Conforme já citado, é um documento em que a gestante escreve o que almeja em relação ao trabalho de parto e ao parto, além dos procedimentos médicos no pós-parto e no que se refere aos cuidados com o recém-nascido. Possui natureza contratual e deve obter as assinaturas da gestante e do obstetra, inclusive, do pediatra em alguns casos.

Ou seja, para ser oficial, o documento deve ser protocolado no local onde ocorrerá o nascimento. E, caso haja o descumprimento de algum desejo da mulher, o médico é obrigado a apresentar uma justificativa plausível, principalmente, por escrito. Pois, o código de ética médica veda a realização de qualquer procedimento sem o prévio consentimento da mulher.

O único motivo que pode ser alegado, em função do não cumprimento do plano, é a real necessidade da prática de determinado procedimento para salvar a vida da mãe e/ou do bebê. Se não houver esse tipo de comprovação, trata-se da ocorrência de violência obstétrica, que gera a incidência de responsabilidade civil. Uma vez que a mulher pode ajuizar uma ação de reparação por danos morais e/ou materiais, por se sentir lesada, além de reclamar na Secretaria de Saúde⁴⁶.

45 JUS BRASIL. Plano de Parto. Disponível em: <<https://thaisabeiriz.jusbrasil.com.br/artigos/533939917/plano-de-parto-voce-conhece-os-seus-direitos-sobre-o-assunto>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

46 MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. Violência obstétrica. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/campanhas/violencia-obstetrica>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

O hospital não pode rejeitar o plano de parto, apesar de essa conduta ser frequente. Quando não há o acolhimento deste documento, o plano de parto acaba por ser oferecido em um modelo de adesão, no qual são autorizados todos os procedimentos que o médico quiser fazer em relação ao corpo feminino.

Ainda, caso o hospital ou a maternidade se negue a aceitar o plano de parto, a gestante pode encaminhá-lo mediante notificação extrajudicial, contratar um advogado ou procurar a Defensoria Pública para a interposição de medida preventiva para a aceitação e cumprimento.

47

Janaína Marques de Aguiar, a pesquisadora da Faculdade de Medicina (FMUSP) citada no tópico 3.1., que discorreu sobre o abuso da medicalização, cita o empoderamento feminino, em um contexto em que as mulheres precisam ser informadas de seus direitos. Ela destaca a importância de dar ênfase a esse tipo de violência, para que sua banalização seja confrontada e mitigada. Desse modo, as vítimas estarão munidas de recursos para reagirem e combaterem ela, lutando e exigindo respeito aos seus direitos.

Os movimentos sociais e a mídia também têm dado mais espaço para esse tema, que tem sido debatido com mais intensidade e frequência. “O Ministério Público do Estado de São Paulo, por exemplo, tem várias denúncias de violência obstétrica. E ele vai lá, atua. Então isso passou a ganhar mais respaldo legal”, diz Janaína. Apesar dessa grande atuação do MP, inclusive no âmbito federal, o reconhecimento de lei é fundamental no combate à impunidade, que é uma questão que perpetua esse tipo de violência, conforme a pesquisadora.

Ademais, a pesquisadora defende a humanização da constituição de profissionais de saúde e das condições trabalhistas, que começa com a pessoa que é responsável por atender e receber a gestante ou parturiente no hospital ou maternidade, e vai até a que tem a função de cuidar dela no período pós-parto, sejam pontos essenciais ao combate da violência obstétrica. “Mas existe uma outra violência que não passa por isso”, ressalta. “Isso pode explicar que o profissional não consiga oferecer as melhores condições para a mulher, mas isso não pode justificar a violência.”

De igual modo, salienta a relevância debate de gênero, dentro do quadro da saúde:

Enquanto não mudarmos o nosso posicionamento e não nos responsabilizarmos por esses debates, não mudamos as práticas. Enquanto as práticas não se modificarem, a violência continua. É preciso discutir que lugar é dado ao corpo feminino dentro das práticas de saúde.”

47 USP. Estudo busca compreender as causas da violência obstétrica. Disponível em: <<https://paineira.usp.br/aun/index.php/2017/05/23/estudo-procura-compreender-causas-da-violencia-obstetrica/>> Acesso em: 29 de novembro de 2018.

5 CONCLUSÃO

No Brasil, prevalece a violência obstétrica como a forma mais incidente e dominante da violência institucional de gênero. Mascarado pelas falsas justificativas e pelo discurso médico, com base no precário acesso à informação, o atendimento péssimo e violento conferido às mães, em situações de extrema vulnerabilidade, resulta de uma assistência fundamentada na medicalização e suas técnicas.

A cultura da primazia do médico, visto como sujeito ativo e principal do parto, constituída nos últimos tempos, além de interesses no lucro acobertados por uma assistência que prioriza intervenções, acabaram por tornar o Brasil em um campeão de partos realizados através da cesárea. Por conseguinte, geraram uma espécie de atendimento que pratica uma série de violações de direitos femininos, que são os reflexos de todo o aprendizado durante a formação do médico.

É incontestável a importância e a urgência da edição de uma lei que possa tratar detalhadamente do direito ao parto humanizado, determinando sanções no cenário da violência obstétrica. Porém, mesmo que não haja uma previsão legal de maneira específica sobre o tema em questão, o parto humanizado é um direito que precisa de garantia, visto que possui fundamento na Constituição, na legislação, em tratados internacionais e nas políticas públicas executadas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com a Constituição, os princípios da dignidade da pessoa humana, da legalidade, da inviolabilidade da intimidade e da honra, da liberdade de consciência e da proibição de tratamento degradante ou desumano são direitos fundamentais que fundamentam o direito à humanização do parto. O direito à saúde, que é marcado por sua universalidade, com previsão legal no artigo 196, está em concordância com a implementação de uma assistência que, com intervenções mínimas, diminua em relação a mulher e o bebê a incidência de riscos.

A autonomia feminina, que se encontra nos artigos 13 e 15 do Código Civil, precisa ser uma das mais importantes obrigações médicas, não somente durante o parto, mas em toda a gestação, através do acesso à informação no decorrer deste processo. Não existe medida de maior importância e urgência.

O direito ao acompanhante, estabelecido no artigo 19-J da Lei 8.080/90, e a possibilidade da presença e intervenção de parteiras e obstetrizas na assistência ao parto, prevista na Lei 7.498/86, apesar de serem extremamente descumpridas, firmam a chance de

um momento com menos solidão e uma perspectiva mais ampla do evento que é o nascimento, caminhando em direção oposta à patologização que a medicina impõe ao parto.

Para que haja, enfim, a transformação do quadro predominante de violência obstétrica, é imprescindível a contratação de novos profissionais da área médica. Em seu processo de formação e capacitação, é indispensável a sensibilização e um novo olhar para essa questão. É de grande valia que os Poderes Legislativo e Judiciário, as instituições, os juristas e a academia voltem suas atenções para esse tema, recente de forma relativa, referente à violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Flávia. Defensoria Pública orienta mulheres sobre violência obstétrica. **Agência Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-03/defensoria-publica-orienta-mulheres-sobre-violencia-obstetrica>>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- CARTILHA sobre a Violência Obstétrica. **Defensoria Pública do Estado de São Paulo**. São Paulo. Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/ViolenciaObstetrica.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- CHADE, Jamil. Com novas recomendações, OMS tenta frear explosão de cesáreas. **Jornal O Estado de S. Paulo**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,com-novas-recomendacoes-omstenta-frear-explosao-de-cesareas,70002190283>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Violência obstétrica é violação dos direitos humanos, diz OMS. **Câmara dos Deputados**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/violencia-obstetrica-e-violacao-dos-direitos-humanos-diz-oms>>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- D'ORSI, Eleonora. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar: Cad. Saúde Pública. **SciELO**. Rio de Janeiro, 2014, p. S154-S168, v. 30. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- DESCARTES, René. **Discurso do Método e Tratado das Paixões da Alma**. Lisboa: Livraria Sá da Costa, 1943. 254 p.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **SciELO**. Botucatu, 2016, p. 253-259, v. 20. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- _____. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil: Cad. Saúde Pública [Online]. **SciELO**. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201401300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final: Cad. Saúde Pública. **SciELO**. Rio de Janeiro, 2014, p. S101-S116, v. 30. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.
- FELIX, Paulo. Crivella veta projeto que permite doulas em hospitais cariocas. **Jornal O Estado de S. Paulo**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,crivella-veta-projeto-que-permite-doulas-em-hospitais-cariocas,70002099437>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

FIOCRUZ. Pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**. Rio de Janeiro, 2014. 19 p. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2018.

FORMENTI, Lígia; CAMBRICOLI, Fabiana. Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos. **Jornal O Estado de S. Paulo**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministerio-da-saude-lanca-diretrizes-contramanobras-agressivas-em-partos,70001688083>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 382 p.

_____. **Vigiar e punir**. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 291 p.

FREUD, Sigmund. **A pulsão e seus destinos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. ed. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 2006 (1).

_____. **O Eu e o Isso**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. ed. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, 2006 (2).

GUEDES, Aline. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. **Senado Federal**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

HIRATA, Helena; LABORIE, Françoise. **Dicionário Crítico do Feminismo**. 1. ed. São Paulo: Unesp, 2009. 348 p.

LEAL, Maria do Carmo. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual: Cad. Saúde Pública. **SciELO**. Rio de Janeiro, 2014, p. S17-S32, v. 30. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.

LIMA, Vanessa. Ponto do marido depois do parto: você já ouviu falar?. **Revista Crescer**. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Polemica-domes/noticia/2017/06/ponto-do-marido-depois-do-parto-voce-ja-ouviu-falar.html>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Teoria Política Feminista: textos centrais**. 1. ed. São Paulo: Horizonte, 2013. 376 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. **Biblioteca Virtual em Saúde MS**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. Violência obstétrica: você sabe o que é?. **MPSC**. Santa Catarina, 2017. Disponível em: <<https://www.mp.sc.br/campanhas/violencia-obstetrica>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

MORAES, Maria Celina Bodin de; CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de. **A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo**. Fortaleza: Pensar, v. 19, set./dez. 2014, p. 779-818.

MOTT, Maria Lúcia. **Dossiê Parto**: Revista de Estudos Feministas. Santa Catarina, v. 10, n. 2, 2002, p. 399-401.

MOUALLEM, Laila. Estudo procura compreender causas da violência obstétrica. **AUN - Agência Universitária de Notícias**. USP, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://paineira.usp.br/aun/index.php/2017/05/23/estudo-procura-compreender-causas-da-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Who.int**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=E5B69870A41FB4852260F7575EA4C16B?sequence=3>. Acesso em: 29 nov. 2018.

ONU. OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto. **Nações Unidas**. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-diretrizes-para-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias-no-parto/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. **A história do nascimento (parte 1): cesárea**. Recife: Femina, v. 38, n. 9, 2010, p. 481-486.

PORTO, Ana Maria Feitosa. **Assistência ao primeiro trabalho de parto baseada em evidências**. Recife: Femina, v. 10, n. 38, 2010, p. 527-536.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Violência Obstétrica: Parirás com dor. **Senado Federal**. Brasília, 2012. 188 p. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2018.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. **Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?**: Revista Estudos Feministas. Santa Catarina, 2002, 10 (2), p. 449-459.

SOUSA, Maria de Fátima Barbosa de . **A superação do dualismo cartesiano em Antônio Damásio e sua contribuição para as concepções em práticas médicas ocidentais**: Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa: Braga, 2007.

STUPPIELLO, Bruna. Hora do parto: O que é considerado violência obstétrica. **Rede MdeMulher**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/hora-do-parto-o-que-e-considerado-violencia-obstetrica/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

THÉBAUD, Françoise. **A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas Guerras**: Revista Estudos Feministas. Tradução Maria Helena Gallotti. Santa Catarina, 2002, 10 (2), p. 415-426.

TORRES, Jacqueline Alves. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal: Cad. Saúde Pública. **SciELO**. Rio de Janeiro, 2014, p. S220-S231. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014>

001300026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2018.

TROTTA E BEIRIZ ADVOCACIA. Plano de parto: você conhece os seus direitos sobre o assunto?. **Jus Brasil**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://thaisabeiriz.jusbrasil.com.br/artigos/533939917/plano-de-parto-voce-conhece-os-seus-direitos-sobre-o-assunto>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

VENTAPANE, Bia. Parto normal, natural e humanizado. **Blog Casa da Doula**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://blog.casadadoula.com.br/2018/01/31/parto-normal-parto-natural-parto-humanizado/>>. Acesso em: 29 nov. 2018.