

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

FACULDADE DE DIREITO

GRADUAÇÃO EM DIREITO

MARÍLIA PEREIRA SILVA

Violência Obstétrica:

conceptualização e mecanismos jurídicos de prevenção e punição

Maceió

2021

MARÍLIA PEREIRA SILVA

Violência Obstétrica:
conceptualização e mecanismos jurídicos de prevenção e punição

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Direito da Universidade Federal
de Alagoas como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Cristina
Pimentel Costa

Maceió

2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Livia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

S586v Silva, Marília Pereira.

Violência obstétrica: conceptualização e mecanismos jurídicos de prevenção e punição / Marília Pereira Silva. – 2021.
52 f.

Orientadora: Elaine Cristina Pimentel Costa.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Direito. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 49-52

1. Violência obstétrica – Punição (Direito). 2. Direito da mulher - Gestação.
3. Políticas públicas – Mulheres – Obstetrícia. 4. Direitos sexuais e reprodutivos.
I. Título.

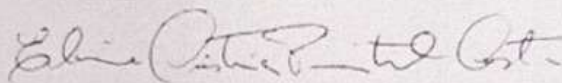
CDU: 396:618.2

Folha de Aprovação

AUTOR: MARÍLIA PEREIRA SILVA

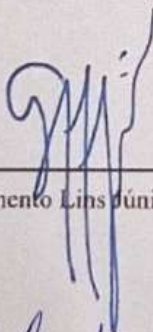
(Violência obstétrica: conceptualização e mecanismos jurídicos de prevenção e punição / trabalho de conclusão de curso em Direito, da Universidade Federal de Alagoas, na forma normalizada e de uso obrigatório)

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao corpo docente da
Faculdade de Direito da Universidade
Federal de Alagoas e aprovado em 26
de agosto de 2021.

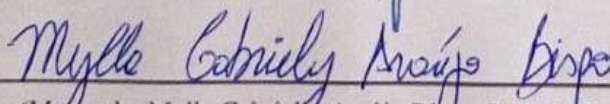


(Profa. Dra. Elaine Cristina Pimentel Costa, UFAL) (Orientadora)

Banca Examinadora:



(Prof. Dr. George Sarmiento Lins Júnior, UFAL) (Examinador Interno)



(Mestranda Mylla Gabrielly Araújo Bispo, UFAL) (Examinador Interno)

AGRADECIMENTOS

A vida nos coloca diante de grandes desafios, por mais que o plano seja traçado, diante de um imprevisto, tudo se desloca. Porém também há beleza no inesperado. Com a conclusão desse curso, simbolizada por este trabalho, não foi diferente, a vida deu uma reviravolta, mas bem-aventurados sejam aqueles que não desistem, e ainda mais agraciados os que dão suporte.

Agradeço a Deus, que em seu mistério orienta todas as coisas; aos meus pais, meus maiores incentivadores, minha base, o amor de vocês me fortalece; a mim mesma, por não ter desistido mesmo diante de dias sombrios; à Professora Elaine, orientadora querida que sempre admirei, por toda sua dedicação; às minhas amigas Gabriela, Giovanna e Laura, pela conversa diária que tornou tudo mais leve; ao meu amigo Michel, que durante a produção desse trabalho me lembrou diariamente que eu era capaz; a minha amiga Nicole, sem a qual esse trabalho não seria possível; aos meus gatinhos Eu, Kiko e Capitu, que me fizeram companhia nos dias e noites de escrita.

RESUMO

A violência obstétrica é uma violação dos direitos da mulher durante a gestação, no parto e no puerpério, ocorrendo nos aspectos físicos e psicológicos, prejudicando a percepção da mulher sobre si, violando direitos sexuais e reprodutivos e ignorando sua subjetividade. Diante disso, este trabalho visa abordar este importante tema, discutindo seu conceito, políticas públicas, arcabouço legal e punições. Primeiramente, foi abordada sua conceituação, relatando aspectos históricos e caracterizações desta violência, nos quesitos físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático. Em seguida, foi abordado o cenário jurídico brasileiro, tratando de institutos de enfrentamento, marcos legislativos existentes e narrativas de casos de violência obstétrica e sua condução pelo Poder Judiciário. Adiante, discutiu-se os mecanismos jurídicos de prevenção e repressão, relatando inclusive ações do Ministério Público de Alagoas para o seu enfrentamento. Ao final, a pesquisa demonstra que o tema é enfoque recente e, por esse motivo, necessita de fortalecimento de movimentos sociais e do Poder Legislativo para a conceituação e proposição de abordagens e responsabilização para tais situações, requerendo mudanças nas esferas legais, sociais e de formação dos profissionais da saúde, a fim de evitar tais práticas.

Palavras chave: Violência obstétrica. Direitos sexuais e reprodutivos. Reparação. Punição. Prevenção.

ABSTRACT

Obstetric violence is a violation of women's rights during pregnancy, childbirth and puerperium, occurring in physical and psychological aspects, impairing women's perception of themselves, violating sexual and reproductive rights and ignoring their subjectivity. Therefore, this work aims to address this important topic, discussing its concept, public policies, legal framework and punishments. First, its conceptualization was addressed, reporting historical aspects and characterizations of this violence, in terms of physical, psychological, sexual, institutional, material and media. Then, the Brazilian legal scenario was approached, dealing with coping institutes, existing legislative frameworks and narratives of obstetric violence cases and their conduct by the Judiciary. Later, the legal mechanisms for prevention and repression were discussed, including the actions of the Public Ministry of Alagoas to fight them. In the end, the research demonstrates that the theme is a recent focus and, for this reason, it needs the strengthening of social and Legislative Power to conceptualize and propose approaches and accountability for such situations, requiring changes in the legal, social and training spheres health professionals in order to avoid such practices.

Keywords: Obstetric violence. Sexual and reproductive rights. Repair. Punishment. Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 CONCEITUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	10
2.1 Histórico da percepção da violência obstétrica	10
2.2 Conceptualização da violência obstétrica e suas diversas formas de manifestação	12
2.2.1 Caráter físico.....	13
2.2.2 Caráter psicológico	14
2.2.3 Caráter sexual	15
2.2.4 Caráter institucional.....	16
2.2.5 Caráter material	17
2.3 A tentativa da classe médica em não utilizar o termo violência como forma de desqualificar a sua existência	18
3 CENÁRIO JURÍDICO BRASILEIRO SOBRE O TEMA.....	22
3.1 Institutos internacionais introduzidos pelo ordenamento jurídico brasileiro.....	22
3.2 Base legal brasileira.....	24
3.3 Uma análise do caso Alyne	29
4 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO	33
4.1 Organizações sociais.....	33
4.2 Políticas públicas	37
4.3 Meios jurídicos de reparação e punição	41
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

O parto, evento este de nascimento da criança, foi por muito tempo designado exclusivamente às parteiras e mulheres da família, além de acontecerem, majoritariamente, em casa. No entanto, desde a metade do século XX, ele vem passando por um processo de institucionalização sob uma justificativa de proteção da saúde da mulher e da criança. Todavia, a realidade apresentada é um processo de dominação dos corpos femininos, por vezes cumulados com traumas físicos e psicológicos, configurando-se como evidente violação de direitos.

Diante desse cenário, desde meados de 2007 vem surgindo no Brasil um movimento de mulheres que tem buscado denunciar o que tem sido denominado como violência obstétrica, seguindo fortes movimentos de países como Venezuela e Argentina. Estas manifestações tem acontecido, principalmente, pelos meios digitais, desde as plataformas de redes sociais até a produção de áudio visual, a exemplo da sequência de três documentários intitulados Renascimentos do Parto.

Vale ressaltar que a violência obstétrica pode se manifestar através de diversas formas. São elas: estrutural, que se refere à estrutura hospitalar destinada à assistência das parturientes; pessoal, que consiste no tratamento dado pelos profissionais da saúde, muitas vezes, fazendo procedimentos sem o consentimento da mulher, sem a devida explicação do que aquilo significa; negligencial, pela omissão na assistência, a exemplo da falta de oferta de remédios para redução da dor; moral, no que concerne a verbalização de ofensas no momento do parto; e física, diante das sequelas deixadas pela realização de procedimentos desnecessários.

Esta violência pode se apresentar de diferentes formas, de acordo com a classe social e raça. Em mulheres brancas, de classe média e com maior instrução, é relatado o excesso de procedimentos, frequentemente desnecessários, e a medicalização do parto; em mulheres negras e pardas, de baixa renda e com menor grau de estudo, as quais, assistidas pelos hospitais públicos, costumam encontrar um descaso estrutural, além de sofrerem mais violência de cunho moral, durante o momento do parto.

Neste estudo, é apresentada, então, a violência obstétrica como um fato social que carrega importante necessidade de investigação e posicionamento pela esfera jurídica, na medida em que esses relatos importam em violações de direitos como um todo. Além disso, numa perspectiva epistemológica de gênero e feminista, tendo em vista que essas estruturas

de violência ocorrem pela condição do ser mulher, bem como do controle de suas vida reprodutiva e de sua liberdade sexual.

Surge, então, para o direito, o desafio de adequar juridicamente os conceitos ao redor da violência obstétrica, bem como os meios e estratégias que devem ser usadas para proteção do indivíduo diante de violações, sobretudo em razão da resistência da classe médica em reconhecer essa grave forma de violência contra as mulheres.

Todavia, uma dificuldade a ser superada é a percepção jurídica sobre o que é considerado violência obstétrica, diante da convergência entre o conhecimento do profissional de saúde a respeito dos procedimentos necessários durante o parto, e o reconhecimento de uma situação de abuso, desconsiderando a ética ao paciente. Isso acaba gerando um fenômeno perigoso que é o de mulheres que passaram por violência obstétrica, mas não perceberam o teor dessa conduta, ao acatarem decisões médicas e situações por estarem em uma situação de fragilidade.

Nesse sentido, a ausência de um conceito bem formado implica falta de legitimação dos relatos dessas mulheres e impedem um posicionamento jurídico sobre eles. Afinal, se tais eventos não são considerados como violência, não é possível realizar ações de prevenção e punição.

Tem-se então que as manifestações das mulheres, que buscam estar cada vez mais informadas sobre o tema, associada a essas estruturas legais e as atividades do Ministério Público, como previamente demonstrado, contribuem para a visibilidade desse problema, mas ainda não há clareza quantos aos mecanismos jurídicos adequados no combate e punição desse tipo de violência, o que faz com que mulheres continuem sendo, diariamente, desrespeitadas nos seus direitos.

Dessa forma, é proposto um olhar histórico sobre o tema para que possa ser compreendido como essas relações surgem e como sociedade tem respondido a essas estruturas de poder. Seguir com a definição do tema e entender as diversas formas como ele pode se manifestar, na medida em que seu combate só é possível através de sua identificação. Todavia, essa não é tarefa simples, porquanto encontra resistência por parte dos profissionais de saúde que repetem uma cultura de práticas invasivas como se operassem em na normalidade.

Em seguida, busca-se analisar os documentos mundiais assinados pelo Brasil no combate à violência obstétrica. Aqui, é necessário lembrar que se trata de uma implicação a um direito fundamental e que, como tal, é revestido de grande importância. Ainda, no cenário nacional, será analisado os dispositivos legais que começam a versar sobre o tema, bem como as repercussões produzidas no judiciário a partir da leitura do caso Alyne.

Por fim, visa-se estabelecer como os grupos sociais podem ser peças importantes na disseminação do conhecimento, trazendo pautas relevantes para a sociedade como um todo. Através disso, diversas políticas públicas vêm sendo promovidas em prol da humanização do parto. Há de se pensar na necessidade de continuar a falar sobre o tema, ao passo em que ainda existem lacunas na busca por reparações judiciais para esse tipo de violência.

2 CONCEITUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 Histórico da percepção da violência obstétrica

O movimento de humanização do parto é uma resposta à identificação da violência obstétrica que se originou na América Latina, sendo a Argentina o primeiro país a definir legalmente o termo por meio da lei 25.929/2004, a “*Ley Nacional de Parto Respetado*”, onde dispõe sobre o direito da mulher a um parto com mínima intervenção, de modo que respeite psicológico e biologicamente seu tempo (ARGENTINA, 2004).

A Venezuela é outro país de referência legislativa no que concerne à violência obstétrica, que foi definida com delito pela *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (VENEZUELA, 2007). Todavia, não existe no Brasil nenhum texto legal semelhante que reconheça a violência obstétrica como violação dos direitos das mulheres e estabeleça mecanismos de prevenção e reparação (PEREIRA et al., 2016).

O primeiro dispositivo traz clareza sobre o tema ao estabelecer que:

[...] 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, sendo reconhecida como uma forma de violência contra a mulher e um grave problema social, político e público (SENS; STAMM, 2019, p. 2).

Desta forma, há uma delimitação do problema a ser enfrentado, trazendo luz a como ele deve ser abordado. A importância dessa definição se reforça na medida em que muitas mulheres sequer percebem que estão sendo vítimas dessa violência, seja no pré-natal, nos momentos que antecedem o parto, no momento do parto em si e no pós-parto.

Esse novo olhar é uma ruptura com o que até então se entendia como um parto humanizado, conforme histórico apresentado de forma clara por Carmem Simone Grilo Diniz, fazendo-se necessário entender como a construção social em torno do parto foi moldada ao longo do tempo. De acordo com Sens e Stamm:

[...] atenção ao parto ser orientada por um forte viés de gênero, que aborda a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de atuação, ainda permeada pela culpabilização da sexualidade feminina (SENS; STAMM, 2019, p. 2).

Nesse sentido, antes de sua medicalização, as dores por ele geradas eram designadas pela Igreja Católica como uma forma de punição pelo pecado original, chegando a ser ilegal qualquer apoio que desse alívio à mulher. Em referido contexto, a intervenção médica surge

inicialmente com o intuito de tornar mais humano o processo de parto, percebendo-se o intuito de livrar dos estigmas estabelecidos pelo gênero.

Todavia, a evolução das técnicas não buscou ofertar maior autonomia a mulher sobre seus corpos para passarem por esse processo, surgindo, na verdade, um conjunto de práticas que patologizam um evento natural. Tais condutas, de acordo com o estudo de Carmen Diniz (2005), trouxeram mais prejuízos do que benefícios, colocando a mulher em uma situação de passividade sobre o próprio corpo, bem como um novo mecanismo de dominação sobre ele. Vejamos:

[...] o parto é concebido como uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno "fisiologicamente patogênico"; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria portanto patológico. A maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido. Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto (DINIZ, 2005, p. 628).

Este processo torna-se contraditório, pois ao invés de aliviar o sofrimento, gera mais violência, vivenciada na imobilização, na padronização de vivências que são únicas, na terceirização de assistência a pessoas desconhecidas. No Brasil, fortemente marcado pela episiotomia, o uso de fórceps em hospitais escolas, repetidos exames de toque ou a indicação do parto cesáreo eletiva – que carregam consigo riscos desnecessário – como uma forma de livramento da dor.

Não se quer negar aqui a importância da cesárea e da intervenção médica para redução da mortalidade tanto de mulheres quanto de nascituros, tampouco, tratar com aversão a cesariana, ignorando sua necessidade em casos específicos, mas questionar quais fatores históricos e sociais foram relevantes para a formação de uma cultura que descarta a forma natural de parir, a saúde e o bem-estar dos envolvidos.

Tem-se, então a consciência narrada por Simone Diniz de que:

[...] para além da pobreza das relações humanas nessa forma de assistência e do sofrimento físico e emocional desnecessário que causa, o uso irracional de tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo: é justamente o que impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2005, p. 629).

Juntamente com ela, surge o movimento internacional que há 25 anos vem buscando estudar e entender quais são as tecnologias mais apropriadas para condução do parto, baseando-se em evidência; como construir uma relação harmônica entre a parturiente e os

profissionais que a auxiliam e o combate de qualquer tipo de violência obstétrica, no Brasil nomeado de “Humanização do Parto”.

Na década de 70, surgem nomes como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás. Na década de 80, grupos começam a se formar, a exemplo do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo e dos grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco. É o início da manifestação de um pensamento divergente sobre o assunto no cenário brasileiro.

Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) é fundada através do documento Carta de Campinas, que começa a levar a discussão os procedimentos até então estabelecidos, trazendo falas como a seguinte:

No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstétricas perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor (REHUNA, 2003, p. 1).

Cada vez mais, profissionais da saúde, juntamente com mulheres vítimas de violência, somada a uma significativa manifestação de movimentos feministas, se unem para denunciar e debater sobre essas práticas de violência. A ação conjunta transforma o movimento em uma política pública de humanização do parto, resultando no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o de Programa de Humanização de Hospitais coordenado pelo Ministério da Saúde em 2000 com o intuito de ampliar as noções de humanização do parto na macroestrutura de saúde do país.

2.2 Conceptualização da violência obstétrica e suas diversas formas de manifestação

Na busca pela conceptualização do problema, até então permeada por contrariedades, a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra as mulheres de 2013 traz luz ao cenário quando caracteriza a violência obstétrica da seguinte forma:

[...] caracteriza pela violência física, moral e emocional exercida por profissionais de saúde contra a mulher pode ocorrer durante a gestação, no trabalho de parto, no próprio parto e também no pós-parto (COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO, 2013, p. 891).

Demilimitar e definir os parâmetros de violência é o primeiro passo no caminho de seu enfrentamento. Esse é um trabalho longo, tendo em vista que o tema encontra resistência

em sua formação, principalmente por se tratar de uma questão que envolve uma análise interseccional de gênero, raça e classe, colocando em confronto o paradigma hegemonicamente dominante.

Segundo os resultados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado”, divulgados em 2010, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Esta, pode ser definida da seguinte forma:

[...] qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (LUZ; GICO, 2015, p. 478).

Tendo isso em vista, surgem vários aspectos sobre os quais a violência obstétrica pode se manifestar, são elas: física, psicológica, sexual, institucional, material e midiático. Percebe, então, a complexidade do tema, frente os limites entre os procedimentos médicos necessários e aqueles que ultrapassam a integridade da mulher, criança e demais envolvidos. Diante isso, faz-se necessário uma análise de todas essas formas de violação.

2.2.1 Caráter físico

Refere-se às condutas invasivas ao corpo feminino, de modo a interferir, proporcionar dor ou prejuízo físico de qualquer gravidade, abstendo-se de observar as evidências científicas existentes. São exemplos a cesariana eletiva sem necessidade, a não utilização de analgesia em situações cabíveis, a tricotomia (raspagem de pelos), entres outros.

Por exemplo:

[...] o médico falava que eu não sabia fazer a força correta [...]. Gritava que desse jeito não era possível. Ele forçou na barriga e lá embaixo. Colocou mais remédio no soro e nada. Mandou a estagiária empurrar a minha barriga e nada [...]. Aí a neném nasceu, mas sem chorar. Ele me cortou um bocado também [...] pra costurar, eu passei mal, desmaiei de dor [...] foram grandes os cortes. Sentia muita dor, fiquei uns dez dias sem poder sentar [...] ficou uma cicatriz muito grande, sinto muita dor nas relações com o meu marido (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018, p. 6)

Há aqui uma associação à negligência médica, que não dispõe de mecanismos necessários para uma condução do parto que respeite a singularidade daquela gestante, além de utilizar de práticas invasivas e sem o devido consentimento da parturiente. A vontade da

mulher em realizar os procedimentos é uma questão delicada nesse momento frente à fragilidade que se encontra no período do parto. Assim, é fundamental garantir que as informações sejam bem esclarecidas para garantir que a mulher esteja devidamente ciente das práticas exercidas sobre seu corpo.

Fazendo um recorte a partir de uma perspectiva racial, na medida em que é sabido que mulheres negras não mais negligenciadas no uso de medicamentos analgésicos sob a justificativa de que naturalmente suportariam mais a dor. Condutas como essa que levam à morte materna de mulheres negras serem aproximadamente duas vezes maior que de mulheres brancas no Brasil (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2019).

Ainda, outro exemplo emblemático é o exame de toque que costuma acontecer repetidas vezes, principalmente no atendimento em hospitais escolas. Seguem relatos citados por Lima, Pimentel e Lyra (2019, p. 2):

Uma coisa que eu não aguentei foi o toque, levei muitos. Acho que o último que eu levei foi pro menino sair [...] foi cerca de uns seis toques. Ela disse: "vou dar um toque em você!" Aí, abriu uns centímetros de dilatação. Eu gritei: "meu Deus do céu!" Ela disse: "não faça escândalo, não!" (Loni)
É muito dolorido aquilo, ela mete a mão toda. Uma [mão] enfia na vagina a outra aperta na barriga. Dói, nunca senti tanta dor. Eu gritei, mandei ela parar, é muita dor! Ela disse: "tu aguenta viu?!" (Zizi)
Levei o toque pela primeira vez, tava morrendo de medo porque todo mundo dizia que doía, mas não doeu, ela foi bem cuidadosa. Depois eu levei outro toque, que esse toque me "lascou" todinha. Ela dizia: "relaxe, relaxe!". Ela falava isso e empurrava mais o dedo (Sol).

Verifica-se sempre uma situação de passividade da mulher diante dos procedimentos que dizem respeito ao seu corpo, deixando-a alheia na tomada de decisões que repercutirão na sua percepção de si, sua integridade, sua saúde física e emocional. Essas violações se reverberam ao longo da vida da mulher e marcam com trauma um momento que deveria ser de grande satisfação e alegria.

2.2.2 Caráter psicológico

A violência psicológica é qualquer conduta verbal ou de comportamento capaz de colocar a mulher em situação vulnerável, de abandono, de condições instáveis de emoção, de desrespeito a sua integridade como pessoa, entre outros similares. Por exemplo, piadas, grosserias, falta de informação ou sua adequação ao seu nível de formação, xingamentos, entre outros.

O texto, “Daí você nasceu, minha filha”, que traz uma análise discursiva crítica do relato feito por uma mulher que foi vítima de violência obstétrica e escreve uma carta à sua médica, evoca a seguinte fala:

Sempre que eu tentava falar sobre o parto você respondia rapidamente minhas perguntas e não dava muita atenção. Eu ficava um pouco desapontada com isso, mas como confiava que quando chegasse a hora meu corpo ia funcionar e eu ia parir, não dei muita importância [sic] (REGIS; RESENDE, 2015, p. 586).

É preciso entender que na relação médico-paciente a mulher está em um lugar de vulnerabilidade, na medida em que, na maioria das vezes, aquele detém um conhecimento sobre dos quais para esta é novidade e que se fragilizam pela sensibilidade do momento em que estão experimentando.

Cabe aqui relacionar a estrutura de poder que se cria, assimétrica por natureza, na medida em que “um sujeito que detém um determinado saber sobre a saúde e o cuidado com o corpo e, outro, que se sujeita a esse cuidado por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber” e de como ela ultrapassa e se instaura uma violência (AGUIAR, 2010, p. 24).

Sobre o tema, Marilena Chauí (1985) discorre distinguindo as características de força, violência e poder. A primeira, a falta de poder que leva ao desejo de oprimir e dominar o outro, seja ele um grupo, uma classe ou pessoa, destruindo a sua pulsão de escolha. Já a segunda, em seu turno, é descrita pela socióloga como um mecanismo que não quer aniquilar a vontade do outro, mas diante de uma força extrema, deixa-lo sem saída, senão ceder. A diferença, então, entre poder e violência está no fato de que no poder é possibilidade ainda a existência de luta, já na violência não (AGUIAR, 2010).

2.2.3 Caráter sexual

Trata-se de qualquer conduta submetida à mulher que consista em violação da percepção sexual e reprodutiva que possui sobre si mesma, esteja ou não ligada a invasão de parte íntimas de seu corpo como, por exemplo, a episiotomia, assédio, exames invasivos com toques desnecessários, cesariana sem o devido consentimento, entre outras.

Emblemático é aqui a prática rotineira de realização de episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) como uma tentativa de “devolver a condição virginal da mulher”. É referido por muitos médicos o ponto do marido e que, em contrapartida, prejudica a vida sexual da mulher. Como sugere Diniz (2005):

A imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um "falo" enorme - que seria o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito

pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina, implicando em uma desvalorização dos atrativos sexuais daquela mulher. A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para a penetração seria então prevenida ou resolvida pela episiotomia, ou mesmo pela cesárea, preservando-se o estatuto da vagina como órgão adequado ao pênis (DINIZ, 2005, p.2).

Em 2014 a Rede Parto do Princípio e o Fórum de Mulheres, com apoio do Fundo Brasil de Direitos Humanos e Associação de Mulheres Unidas da Serra, divulgaram uma cartilha indicando os malefícios que essa prática pode trazer, que vão desde a perda de sangue mais acentuada, maior tempo de recuperação, dificuldades pra sentar até uma insatisfação estética com a região, afetação na autoestima e na relação sexual com o(a) parceiro(a), até a necrose, constituindo-se, assim, como clara violação dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

2.2.4 Caráter institucional

Compõe todas as orientações de funcionamento e estrutura das organizações que atendem as mulheres no pré-natal, antes do parto, no parto e no pós-parto capazes de ser obstáculo para o acesso dessas mulheres aos direitos já constituídos, qualquer seja sua natureza.

Ocorre um processo de patologização do parto, rompendo com sua natureza fisiológica e submetendo a mulher a uma sequência de procedimentos desnecessários que provocam mais riscos a sua saúde e a do bebê, comumente em função da conveniência desses procedimentos para o ambiente hospitalar (REGIS; RESENDE, 2015).

[...] há presença de um discurso medicalizante e intervencionista, que focaliza os riscos e não as chances do nascimento. Um dos indícios da força desse discurso pode ser a reação de obstetras, quando consultados/as sobre a possibilidade de atender a parto normal, com a clássica resposta: “Claro! Se estiver mesmo tudo bem!”. E mesmo na autoavaliação positiva veem-se as marcas desse discurso medicalizante, que impõe inúmeras condições e empenhos às mulheres que querem parir, como, por exemplo, se dedicar a uma atividade desportiva, sem os quais sua capacidade de parir estaria comprometida (REGIS; RESENDE, 2015, p. 587).

É comum na assistência hospitalar a disposição de procedimentos padronizados, sem respeitar a individualidade e subjetividade de cada gestante. São exemplos: impedir ou dificultar o acesso de acompanhante no momento do parto, falta de fiscalização sobre o respeito às leis vigentes, falta de estrutura hospitalar que respeite a privacidade da mulher, entre outros.

Além disso, muitos hospitais insistem a desobedecer a lei do acompanhante (a ser melhor explicada no capítulo 2). Vejamos o relato a seguir:

A violência nas maternidades – relacionada à estrutura, recursos humanos e materiais – também é reflexo da precariedade do sistema, que submete seus profissionais a condições desfavoráveis – como falta de recursos, baixa remuneração e sobrecarga na demanda assistencial –, bem como restringe o acesso aos serviços oferecidos, incorrendo, entre outros fatores, na peregrinação em busca de uma vaga na rede pública (SENS; STAMM, 2019, p. 9).

Quando o médico chegou, pedi para deixar o meu marido entrar. Ele não quis deixar, mas meu marido estava com o papel da Lei que permite acompanhante no parto e ele mostrou para o médico. O médico se virou para o meu marido e disse “Então eu vou embora e você faz o parto”. C.M., atendida na rede pública, Barbacena (MG) [sic] (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 65).

Tem-se no hospital um ambiente em que a mulher não encontra apoio, tampouco o médico tem estrutura garantida para dar a atenção que a parturiente necessita, e mais uma vez, a manutenção da violência. Ora se encontra escassez de recursos, a exemplo da rede pública de saúde que sofre com falta de investimento, ora encontra uma instituição preparada em olhar de forma lucrativa e conduzir os seus procedimentos por esse norte, a tomar por referência a rede privada.

2.2.5 Caráter material

Trata de toda conduta, passiva ou ativa, que tenha o intuito de persuadir as mulheres a disporem de recursos financeiros em prol de estabelecer prática que já constituem direitos, a fim de beneficiar a outrem. Exemplo: cobrança indevida ou contratação de plano de saúde.

Exemplo comum é a cobrança adicional para permanência do acompanhante no período pré e pós-parto, quando ela devia ser garantida em todo o processo desde a chegada da parturiente no hospital até a sua alta. Vejamos:

Antes mesmo de nascer, um choro rasgava o silêncio do hospital esperança. Era madrugada. Aos prantos, Gustavo, pai do pequeno Marcos lamentava a falta de R\$ 300,00 para acompanhar o parto do seu filho. Gustavo não pôde acompanhar o nascimento porque não tinha dinheiro para pagar a taxa exigida pelo estabelecimento (ABREU, 2009 apud REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 73)

Trata-se aqui de mais uma clara violação da Lei 11.108/05 e da Portaria 2.418/05, que serão analisadas no capítulo 2, na medida em que há uma cobrança indevida juntamente com a limitação do tempo em que o acompanhante tem direito a estar presente.

2.2.6 Caráter midiático

Esta violência é caracterizada por qualquer manifestação dos profissionais da área da saúde pelos meios de comunicação, cujo conteúdo viole o processo natural reprodutivo da mulher ou as coloquem em situação de constrangimento, como forma de ganho econômico ou dominação de poder. Como por exemplo, a depreciação do parto natural.

Vale trazer aqui o uso de propagandas aludindo a realização de uma cesariana eletiva, sob um falso discurso de segurança, colocando a mulher em uma condição de passividade sexual e ignorando os riscos dessa cirurgia. Seguem exemplos:

"Houve e há abuso dos médicos que marcam cesáreas pensando em sua comodidade", diz Zugaib. "Também não considero a cirurgia a opção ideal para a saúde pública porque, além de ser mais cara, não temos qualidade suficiente, em matéria de médicos e hospitais, para garantir a taxa mínima de risco de um parto normal. Mas quem tem acesso a serviços e atendimento de primeira linha pode se sentir muito melhor fazendo uma cesárea." Dr. Marcelo Zugaib, chefe do departamento de obstetria e ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 125). Por R\$ 200, eles alugam o espaço e acompanham pela televisão o trabalho da equipe médica na sala de parto da maternidade São Francisco, localizada em uma área nobre do município (a 13 km do Rio). As imagens são captadas por uma câmera instalada no alto do centro cirúrgico. Já a gestante pode ver a festa da família por uma outra televisão colocada próxima aos médicos (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 127).

Além de desconsiderar a possibilidade de um parto normal e colocar mãe e bebê em condições de atenção que não seriam necessárias é visível o processo de mercantilização do parto, onde o foco já não é a sua realização respeitando a integridade e dignidade dos indivíduos envolvidos, mas a criação de meios que monetizem cada vez mais esse momento, mesmo pondo em risco a saúde de outras pessoas.

2.3 A tentativa da classe médica em não utilizar o termo violência como forma de desqualificar a sua existência

O grande paradoxo que a classe médica dentro desse contexto é o fato de que muitos procedimentos entendidos como caso de violência obstétrica são considerados praticas habituais, na medida em que vem sendo reproduzidas condutas que não levavam em consideração os estudos baseados em evidências.

Sens e Stamm (2019) trazem a percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional, fazendo as seguintes observações:

Assim, a violência geralmente não ocorre devido a equipes ou indivíduos mal treinados, nem se configura como exceção de comportamento, mas, na maioria das

vezes, na realização de procedimentos que compõem o protocolo dos serviços de assistência, também em hospitais-escola (SENS; STAMM, 2019, p. 3).

Há uma rejeição em aceitar que a violência existe, até porque ela tem sido atrelada à relação médico-paciente autoritária e a procedimentos inadequados, que fazem parte do protocolo comum, e não à exceção de comportamentos inadequados ou inabilidade profissional. Questionar o paradigma desse modelo e a própria cultura médica obstétrica provoca perturbação (SENS; STAMM, 2019, p. 6).

A conduta dos profissionais pautada em juízo de valor é compartilhada entre a equipe de saúde, e muitas vezes a VO/VI é ignorada até mesmo por suas próprias vítimas e admitida como rotina pelos profissionais (SENS; STAMM, 2019, p. 7).

Dessa forma, vão sendo formado em sequência novas gerações de profissionais da saúde que repetem essas práticas pelo simples fato de que assim lhes foi ensinado sem haver o questionamento sobre sua adequação. Esse ponto dificulta, então, a abordagem de políticas públicas em combate a essas violações. Segundo Sens e Stamm (2019):

A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança e, por isso, a prática médica pode ser descolada do balizamento ético, priorizando competências em detrimento de valores como o cuidado (SENS; STAMM, 2019, p. 8).

Diante disso, ainda que estejam surgindo manifestações sobre a realização desses procedimentos violadores da integridade psicológica e física da mulher, a ausência de uma diretriz científica bem delimitada sobre a violência obstétrica e institucional dificulta um saber mais aprofundado em como ela impacta na vida e saúde da mulher e bebê, revelando-se, aqui, seu caráter institucional e de gênero.

Outra questão frente a percepção da classe médica sobre o tema é a culpabilização que a nomeação violência obstétrica colocaria sobre o médico. De fato, esse distanciamento do médico nos movimentos de humanização do parto é de grande prejuízo para o processo de uma atividade obstétrica que envolva o cuidado de cada mulher dentro de sua subjetividade.

Na pesquisa elaborada por Sens e Stamm em 2019, foi relatado de que 78% dos profissionais entrevistados são contrários ao uso do termo considerando-o ruim ou péssimo pois induz a polêmica, culpabilização do obstetra e o questionamento da bondade do médico. Seguem observações do estudo:

É possível que violência obstétrica seja um termo estratégico enquanto luta política e visibilidade de um problema, mas, em uma proposta de educação continuada ou mudança de cultura institucional, é preciso utilizar termos que gerem menos embate. A expressão “violência obstétrica” vem do movimento social, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres, mas os obstetras em geral não validaram o termo. Contudo, os participantes deste estudo, ao serem solicitados a elaborarem outra denominação, encontram dificuldade em designar um “nome” com capacidade de abranger o assunto em toda a sua complexidade, o que parece refletir o atual processo de construção de conceitos e definições sobre o assunto (SENS; STAMM, 2019, p. 6).

No sistema de saúde brasileiro, é comum a realização de cesariana sob a alegação de ser o desejo da parturiente; porém, Hotimsky e colaboradores observaram que a

preferência das mulheres nem sempre é o fator decisivo na determinação do tipo de parto, sendo esta, primordialmente, uma decisão médica. Existe uma divergência entre a expectativa inicial das mulheres e o desfecho do parto, com uma proporção de cesariana muito superior ao desejado pelas mulheres inicialmente. O modelo intervencionista de assistência e a experiência traumática no parto são fatores que predis põem esse fato (SENS; STAMM, 2019, p. 8).

Em contrapartida, quanto mais tecnologias são inseridas na medicina e quanto mais se acredita nelas, menos se toleram as adversidades na assistência à saúde. E quanto menor a participação do paciente nas decisões, mais propício é o contexto para a judicialização da prática médica, com risco real de processos profissionais. Isso começa a perturbar emocionalmente o médico, contribuindo para a consolidação de uma “medicina defensiva” e a mentalidade de inclinação litigiosa (SENS; STAMM, 2019, p. 9).

Em 03 de maio de 2019 foi emitida pelo Ministério da Saúde o despacho SEI/MS – nº 9087621 em que expõe entendimento de que a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o conceito de violência de forma isolada dependeria da intencionalidade da conduta. Dessa forma, a sua perspectiva obstetrícia teria conotação inadequada, além de prejudicar a corrente de defesa a um parto humanizado.

Contraria-se em dizer que esse é mais um mecanismo em defesa dos direitos da mulher, seguindo as políticas públicas de fato já praticadas, tais quais, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre outros.

Concluir que a abolição do termo violência obstétrica é o melhor caminho para oferecer melhor assistência durante o puerpério é, na verdade, uma forma de deslegitimar as falas de todas as mulheres que carregam em seus corpos e mentes a violação de direitos não somente particulares a esse momento, mas de caráter essencial a toda pessoa, qual seja, a sua dignidade, a percepção de subjetividade que carrega cada ser humano, o respeito a sua individualidade.

Ainda, prejudica que instituições e profissionais sejam responsabilizados pelos danos gerados a essas mulheres, permitindo que sejam reproduzidos comportamentos sexistas e discriminatórios quanto ao corpo e a sexualidade da mulher, bem como seus direitos reprodutivos. Significa perpetuar a patologização de toda manifestação do corpo relacionada ao feminino como forma de sua dominação.

Nesse sentido, Moreno e Pimentel (2020) relatam:

A violência obstétrica faz parte desse rol de violências de gênero cometidas contra as mulheres e se ampara na cultura patriarcal, que tem como base as opressões de gênero e de classe e o racismo estrutural, fortes mecanismos de controle de corpos femininos. Por isso, tornou-se objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento: medicina, enfermagem, psicologia, ciências sociais, direito, entre outras.

A abordagem jurídica sobre o tema, para além de aspectos dogmáticos, exige que sejam pensadas as dimensões sociais dessa grave forma de violência, de modo a abrir caminhos de enfrentamentos preventivos que primem pela mudança de cultura

e não exclusivamente por práticas punitivas, muita embora não se possa prescindir das responsabilizações cabíveis (MORENO; PIMENTEL, 2020, p. 69).

Em resposta a esse posicionamento, os grupos de mulheres logo se manifestaram quanto a importância do uso do termo violência para colocar em evidência as práticas violadoras que vem acontecendo, juntamente com o apoio do Ministério Público que apontou sobre as falhas dessa declaração.

Tendo em vista esse cenário, o Ministério da Saúde por um pronunciamento através da Recomendação de nº 5 em 05 de maio de 2019, levou em consideração o fato de que o Brasil é signatário da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará; os resultados da pesquisa Nascir no Brasil, realizada entre 2011 e 2012, que demonstrou que 1 em 4 mulheres no país são vítimas de violência obstétrica; o reconhecimento do termo pela Organização Mundial de Saúde, em 2014, na *Declaração de Prevenção e Eliminação de Abusos, Desrespeito e Maus-tratos Durante o Parto em Instituições de saúde*; e a prévia condenação do Brasil por parte do Comitê CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher) pelo Caso Alynne Pimentel, que será analisado posteriormente, passando a declarar o seguinte:

CONSIDERANDO, por fim, a necessidade de motivação dos atos administrativos e que, nesse sentido, o despacho SEI/MS - 9087621 não contempla a necessária informação quanto à opção administrativa em retirar dos protocolos do Sistema de Saúde o uso da expressão; extirpando, portanto, a evidência da prática e dificultando a apuração devida dos casos; recomenda ao ministro da saúde:

- a) a desconsideração do despacho SEI SEI/MS - 9087621, por representar um retrocesso nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde materna;
- b) a garantia da participação social na formulação da Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS e no Programa Humanização do Parto e Nascimento, especificamente, mas não apenas, quanto à tipificação das condutas que representam violência obstétrica¹.

Com isso, manter o termo violência obstétrica é essencial para investigar a relação de poder que existe entre médico e paciente, legitimando a fala do indivíduo sobre sua experiência, é deslocá-la de um lugar de passividade e objetificação para um espaço de autonomia e subjetividade.

¹ BRASIL. Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica. **Diário Oficial da União**, 3 jun. 2019.

3 CENÁRIO JURÍDICO BRASILEIRO SOBRE O TEMA

3.1 Institutos internacionais introduzidos pelo ordenamento jurídico brasileiro

Na ordem internacional, há avanços no sentido de garantir os direitos das mulheres, dentre os quais a violência obstétrica é considerada uma violação a um direito fundamental. Nesse sentido, a “Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher” (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*), da ONU caracteriza muitas violações contra as mulheres como um desrespeito a direitos humanos.

Esse dispositivo foi promulgado pelo ordenamento brasileiro através do Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996 a qual dispõe:

Artigo 1. Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 4. Toda mulher tem direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos e liberdades consagrados em todos os instrumentos regionais e internacionais relativos aos direitos humanos. Estes direitos abrangem, entre outros:

- a. direito a que se respeite sua vida;
- b. direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral;
- c. direito à liberdade e à segurança pessoais;
- d. direito a não ser submetida a tortura;
- e. direito a que se respeite a dignidade inerente à sua pessoa e a que se proteja sua família;
- f. direito a igual proteção perante a lei e da lei;
- g. direito a recurso simples e rápido perante tribunal competente que a proteja contra atos que violem seus direitos;
- h. direito de livre associação;
- i. direito à liberdade de professar a própria religião e as próprias crenças, de acordo com a lei; e
- j. direito a ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, inclusive na tomada de decisões (BRASIL, 1996).

De forma mais específica a área da saúde o decreto nº 4.377 de 13 de setembro de 2002, traz:

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 (BRASIL, 2002).

Tal documento é de extremo valor, repercutindo na evolução legislativa de defesa dos direitos das mulheres. Com ele, surge o Comitê CEDAW, com o intuito de promover a vigilância quanto ao cumprimento dos países signatários sobre o que foi estabelecido pela Comissão. Além disso, instituído pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1999, é criado o Protocolo Facultativo da CEDAW, assinado pelo Brasil em 2001 e ratificado em 2002, que amplia as funções do comitê e aumentam sua responsabilidade.

Para isso, são dispostas três diretrizes:

Análise de relatórios apresentados periodicamente pelos Estados-parte, com a elaboração de observações e recomendações específicas; Preparação de Recomendações Gerais que buscam interpretar os direitos e princípios previstos na Convenção. Até o momento foram formuladas 25 Recomendações Gerais; Consideração das comunicações apresentadas por indivíduos ou grupos de indivíduos que aleguem a ocorrência de violações a quaisquer direitos previstos na Convenção da Mulher. Estas comunicações têm o intuito de, a partir de um diálogo entre o Comitê CEDAW e o Estado-parte acusado de violar os direitos, verificar quais as providências que estão sendo tomadas para a superação do problema. Caso seja preciso, o Comitê CEDAW designará uma equipe para realizar visitas e investigação in loco. Ambos os mecanismos – petição individual e visitas in loco - foram previstos pelo Protocolo Facultativo à Convenção da Mulher (PIMENTEL, 2006, p. 17).

Para sua complementação, uma série de recomendações foram emitidas, das quais cabe destacar a Recomendação Geral de nº 19, posteriormente atualizada pela Recomendação Geral de nº 35, que busca definir a violência contra a mulher correlacionando-a a uma desigualdade de gênero, marcada pelos processos sociais, políticos e econômicos experimentados, que perpetuam uma relação de dominância masculina, colocando mulheres em uma situação de subordinação (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019). Vejamos:

1. A violência baseada no gênero é uma forma de discriminação que inibe a capacidade das mulheres de gozarem os direitos e liberdades numa base de igualdade com os homens (COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, 1992).

Já na Recomendação Geral de nº 28 (2010), são apontadas as incumbências dos Estados-Partes de caráter fundamental no tocante ao artigo 2 da Convenção, são eles: respeitar, proteger e cumprir os direitos das mulheres à não discriminação e ao gozo da igualdade de direito e de fato. Há, assim, o encorajamento para tradução da convenção nos idiomas nacionais e locais, sua ampla divulgação, usando, inclusive dos artifícios da mídia

para que seu vasto conhecimento pela sociedade aumente a sua efetividade (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Para garantir a sua efetividade, foi emitida a Recomendação Geral de nº 33 que indicam mecanismos criados pelos Estados de forma a facilitar o acesso à justiça pelas mulheres, “com vistas a empoderá-las como indivíduos e titulares de direitos” (COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, 2015, p. 3). Há, assim, a recomendação que haja uma mobilização de acesso à justiça, seja pelas vias judiciais ou não, através de sistemas plurais, alcançando várias fontes do direito.

Outro importante documento é o nomeado “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, emitido pela Organização Mundial da Saúde em 2014, que dispõe de orientações a serem seguidas em qualquer parte do mundo com o intuito de erradicar as violações sofridas contra as mulheres no momento de assistência ao parto.

São eles: 1) Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; 2) Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; 3) Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; 4) Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais; 5) Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

A existência de uma fonte de recomendação como essa, promovida a nível mundial e por uma instituição de referência é importantíssimo para guiar o processo de mudança de abordagem dos procedimentos até então realizados e reforçar a sua obrigatoriedade, passando a dispor de parâmetros legais.

3.2 Base legal brasileira

Como dito, o Brasil não possui um dispositivo legal que reúna de forma ordenada o conceito jurídico da violência obstétrica, bem como as medidas punitivas cabíveis a esse tipo de violência. Todavia, alguns estados têm se movimentado na abordagem legal do tema, sendo possível reunir textos legais espaçados que iniciam a criar uma estrutura de proteção à mulher e à criança.

De início, é possível trazer à tona o projeto de lei nº 7.633/14 proposto pelo deputado Jean Wyllys que define a violência obstétrica como:

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 física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014).

Esse projeto, infelizmente, não seguiu adiante mesmo apresentando uma estrutura completa na conceituação da violência obstétrica, as formas em que ela pode acontecer, nos mecanismos que visam a sua erradicação, de controle dos índices de cesariana e da necessidade de adotar boas práticas obstetrícias. Há uma verbalização legal dos direitos das mulheres em uma condução humanizada de gestação, pré-parto, parto e puerpério.

Frise-se também o seguinte trecho do projeto:

Art. 18 – Todos os estabelecimentos de saúde que prestarem atendimento ao parto e nascimento deverão expor cartazes informativos contendo as condutas humanizadas elencadas nas diretrizes desta Lei. § 1º - Os cartazes previstos no caput deste artigo deverão conter informação referente aos órgãos para a denúncia de ocorrência de violência obstétrica, além de orientações sobre como a mulher agredida deve proceder nesses casos. § 2º - Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, as unidades básicas de saúde, as maternidades, os centros de parto normal, os consultórios médicos e de enfermagem, sejam públicos ou de iniciativa privada, e o ambiente domiciliar por ocasião de parto em casa (BRASIL, 2014).

Entende-se aqui que a principal mazela da violência obstétrica é a falta de conhecimento de muitas mulheres sobre as condutas que as tipificam, permitindo, assim, que essas práticas sejam perpetuadas na cultura de abordagem médicas como se fossem algo natural, perdurando uma violação que se disfarça em forma de cuidado. Exemplo de dispositivo em nível estadual é a Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a

implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017).

Seguindo, temos a Lei nº 11.634, que determina a vinculação da gestante ao estabelecimento em que será atendida (art. 1º), obrigando a maternidade a estar preparada em âmbito técnico e de pessoal a receber a gestante de acordo com o seu nível de risco gestacional, bem como de seu puerpério (art. 2). Garantindo, dessa forma, a melhor assistência para a mulher e a criança (BRASIL, 2007).

A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, alterada pela lei nº 11.108, de 02 de dezembro de 2005, e regulamentada pela Portaria Nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005, traz para o Sistema Único de Saúde a obrigação de permitir que a mulher esteja acompanhada de 1 (um) acompanhante durante todo o período de pré-parto, parto e pós parto (art. 19-J), a ser indicado pela mulher (§1º). Traz a necessidade de uma lei que torne possível o exercício desses direitos em plenitude (§2º), da mesma forma em que ordena a divulgação desse texto legal nas instituições de saúde (§3º), trazendo novamente o elemento informação (BRASIL, 1990a).

Outra novidade é a Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, o Marco Legal da Primeira Infância, que alterou a Lei nº 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente, passando a dispor que:

[...] é assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990b).

Interessante pontuar que essa medida de proteção se situa em um dispositivo que não é primariamente voltado para proteção da mulher, evidenciando uma carência legal de iniciativa voltada ao combate dessas violações quanto às desigualdades de gênero.

Em seguida, é previsto que “o atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária” (§1º), que “os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher” (§2º), e ainda “alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária” (BRASIL, 1990b). Essas considerações são valiosas na medida em que promovem uma abordagem de menos patologização, tratando o parto como

algo natural, além de garantir a autonomia da mulher na escolha dos profissionais que a acompanharão.

Esse posicionamento é ainda reforçado em seu §8º ao dispor que:

[...] a gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos (BRASIL, 1990b).

Há, aqui uma busca por conter a prática de cesárias de forma rotineira, considerada uma epidemia aqui no Brasil, quando ultrapassas as porcentagens consideradas saudáveis pela OMS.

Previamente, o §6º versa que esse é um direito da mulher, seja na condição de gestante ou parturiente, “têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato” (BRASIL, 1990b). A desobediência a esse direito é algo muito comum nas práticas brasileiras, principalmente durante e após o procedimento operatório, no momento da recuperação da anestesia. Segundo a CPMO, relatada como “o período de ficar ‘largada no cantinho’” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 64).

Nesse momento de fragilidade configura desrespeito ao direito fundamental à saúde da mulher na medida em que a falta de assistência tem caráter negligenciador, afetada pelo desconforto, solidão e angústia gerados, como no relato “no pós-parto me senti sozinha e muito angustiada, sem atenção das técnicas de enfermagem e/ou informações sobre meu marido e sobre meu bebê [sic]” (SALGADO, 2012, p. 96).

Ainda sobre o direito da mulher de ter um acompanhante, a lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 diz o seguinte:

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 (BRASIL, 2005).

O dossiê para a CPMI da Violência Contra as Mulheres mostrou que esse dispositivo costuma ser respeitado pelas instituições privadas, mas desobedecido pelas instituições

públicas ou conveniadas ao SUS, alegando desconhecimento, até mesmo que ele só se aplicam às instituições privadas (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). É elaborado, então, um rol de situações em que esse direito costuma ser violado, são eles:

- a) Houve restrição na escolha: quando limita o acompanhante pelo gênero, grau de parentesco ou, até mesmo relação de trabalho como profissional da saúde;
- b) Houve restrição do tempo de permanência do tempo do acompanhante: restringindo o período em que o acompanhante pode ficar, seja no pré-parto, parto e pós-parto, limitando até o período de visitas.

Apesar de ter sofrido uma cesárea, meu marido não conseguiu ficar como acompanhante, pois o serviço só permitia acompanhante mulher. Fiquei algumas horas sozinha até uma acompanhante mulher chegar. Durante o pós-parto imediato, e apesar de estar sofrendo vários desmaios, o hospital proibiu a permanência da acompanhante depois de 24h por protocolo da instituição. Fernanda Alves, atendida no Hospital Escola da UFRJ, Rio de Janeiro (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 66).

- c) Houve restrição pelo vínculo com a instituição: ora se sustenta que essa lei só seria aplicável a hospitais regidos pelo SUS ou conveniados a ele, ora dizem ser necessário uma ala paga para exercer esse direito.

Prezada Senhora, Acusamos o recebimento de sua correspondência, e esclarecemos que a legislação questionada, Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, vale somente para hospitais do SUS, conveniados ou credenciados. Informamos que o Hospital Unimed é uma empresa privada, que não faz parte do Sistema Único de Saúde, seja por credenciamento, seja por convênio. Assim sendo, o Hospital Unimed Limeira não se enquadra na referida Lei, possuindo regra e normatização própria, que prevê a possibilidade, do esposo acompanhar o parto, desde que tenha participado do Curso de Gestante oferecido pela Unimed Limeira. Diante do exposto acima, contamos com a sua compreensão e permanecemos a disposição para outros esclarecimentos necessários. Atenciosamente, Dr. João Luís Zaros - Diretor Superintendente 67 Unimed Limeira, 13 de junho de 2011 (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 66).

- d) Houve restrição pelo tipo de parto: indicando que só se aplicaria ao parto normal, justificando, muitas vezes tanto pelo texto de lei não constar o termo cesariana, quando por essa ser via considerada um subtipo de parto segundo o CID-10.
- e) Houve impedimento na entrada ou permanência de acompanhante: seja pela justificativa do desconhecimento da lei, seja por um profissional que ocupe posição de poder nos procedimentos:

O segurança entrou no quarto e retirou meu marido de lá. Fiquei sozinha durante a madrugada depois do nascimento de nosso filho porque o hospital impõe limite nos horários. M.L. atendida através do plano de saúde no Hospital Nossa Senhora de Fátima, Curitiba (PR) (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 69).

Entrei em contato com a Maternidade e me informaram que não conhecem a lei que dá o direito ao acompanhante no parto e por isso a maternidade não permitirá acompanhante na hora do parto.” Dayana Rossi, em contato com a Maternidade

Marlene Teixeira onde pretendia ser atendida no parto, em Aparecida (GO) (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 69).

Um grande problema é o fato de que, apesar de caminhar para uma estrutura normativa que reconheça direitos e, conseqüentemente, identifiquem suas violações, não há um sistema ordenado de como deve se proceder no caso de violação, o que prejudica a efetividade dessas leis.

3.3 Uma análise do caso Alyne

Emblemático é o caso Alyne, que teve repercussão internacional, tornando um paradigma na Corte Interamericana de Direitos Humanos em matéria de violência obstétrica. Trata-se de uma sequência de eventos que materializam violação dos direitos das mulheres, que culminara na morte da jovem (SILVA, 2015).

Em breve relato, Alyne da Silva Pimentel Teixeira, jovem de 28 anos, mãe de uma menina de cinco anos, negra, periférica e gestante com 6 meses de outra menina deu entrada no dia 11 de novembro de 2002 na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo, com náuseas e forte dores abdominais. Foi consultada por um ginecologista que passou prescrição médica genérica sem ao menos fazer algum exame para investigar os sintomas e a mandou para casa.

No dia 13 de novembro de 2002, retornou para Clínica pois as dores pioravam, momento em que foi atendida por um segundo médico, que determinou sua internação. Em seguida, foi examinada por um terceiro médico, que constatou a morte do feto, sendo indicada a fazer um parto induzido para retirar o natimorto.

Apesar de apresentar um quadro de urgência, ou uma demora no início do procedimento, que, por sua vez, não deu certo, sendo necessária a realização de uma curetagem, realizada apenas no dia seguinte e levando a uma piora no quadro de saúde de Alyne, que começou a apresentar severas hemorragias, vômito de sangue, pressão baixa, desorientação e dificuldade de se alimentar. Ressalte-se:

No dia 14 de novembro, um dia após o parto, Alyne Pimentel não recebeu visita de qualquer familiar, isso porque a Casa de Saúde informou os familiares, por telefone, que a paciente estava bem. Conforme relatado, Alyne Pimentel estava vomitando sangue e com severas hemorragias, já em situação gravíssima, e o hospital negou a ela a presença da própria família ao veicular informação inverídica quanto ao seu estado de saúde (SILVA, 2015, p. 9).

O quadro de Alyne piorou, apresentando complicações “consistentes com os de uma mulher que nunca havia recebidos os cuidados de um pré-natal e que ela precisaria de uma transfusão de sangue”, sendo aparentemente confirmada pela ausência de qualquer documento que tivesse o histórico médico de Alyne pela Casa de Saúde (SILVA, 2015, p. 10).

A falta de estrutura do local levou a família a procurar outros estabelecimentos que pudessem oferecer atendimento adequado, levando-a ao Hospital Geral de Nova Iguaçu, que “[...] se recusou a disponibilizar sua única ambulância para transportar Alyne Pimentel em função da hora – período da tarde” (SILVA, 2015, p. 10).

A demora da transferência de hospital, seguida de uma demora no atendimento e agravada pela falta de comunicação sobre seus médicos, levou a sua morte no dia 16 de novembro de 2002, com autópsia indicando uma hemorragia digestiva como causa da morte. Todavia, a mãe de Alyne, ao procurar informações com os médicos sobre o prontuário de sua filha, foi esclarecida que o feto estava morto há dias, e que seria a causa da morte da paciente.

Três meses após a morte de Alyne, sua família ajuizou ação contra o Estado de Rio de Janeiro, requerendo ressarcimento por danos morais e material, a qual sua primeira decisão de mérito só foi proferida 11 anos depois. A lentidão e descaso sobre o processo é evidente, na medida em que o Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro demorou 3 anos e 10 meses para determinar um médico especialista para dar um parecer médico no processo.

Diante disso, juntamente com o Centro de Direitos Reprodutivos e a organização não governamental nacional Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos – Advocaci (Rio de Janeiro) instaurou uma representação contra o Estado Brasileiro no Comitê sobre a Eliminação de Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW) da Organização das Nações Unidas, baseando-se nos seguintes dispositivos da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW):

Artigo 2º - Os Estados-partes condenam a discriminação contra a mulher em todas as suas formas, concordam em seguir, por todos os meios apropriados e sem dilações, uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher, e com tal objetivo se comprometem a:

- a) consagrar, se ainda não o tiverem feito, em suas Constituições nacionais ou em outra legislação apropriada, o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados à realização prática desse princípio;
- b) adotar medidas adequadas, legislativas e de outro caráter, com as sanções cabíveis e que proíbam toda discriminação contra a mulher;
- c) estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher em uma base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de

outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação;

d) abster-se de incorrer em todo ato ou prática de discriminação contra a mulher e zelar para que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com esta obrigação;

e) tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa;

f) adotar todas as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher;

g) derrogar todas as disposições penais nacionais que constituam discriminação contra a mulher.

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 referentes ao planejamento familiar.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada 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 (SILVA, 2015, p. 13).

Deve ser ressaltado aqui o intuito de demonstrar com essa denúncia que as violações sofridas por Alyne, desde a ausência de um pré-natal adequado até a lentidão da resposta do Judiciário sobre seu processo. Tais detalhes carregam consigo as marcas da desigualdade de gênero, classe e raça; que a condição de mulher, negra e periférica foram decisivas na forma em que todo o seu atendimento foi conduzido. Vejamos a seguir:

[...] os fundamentos que levaram à comunicação junto ao Comitê CEDAW foram: a) a violação ao direito, à saúde e à vida; b) a ineficiência de prestação jurisdicional que garantisse a proteção de Alyne Pimentel e sua família contra a discriminação de gênero sofrida, e c) a sistêmica condição de discriminação de gênero e violação do direito à saúde das mulheres pela ineficiência dos serviços médicos prestados (SILVA, 2015 p. 17).

A resposta do Estado Brasileiro foi no sentido de apontar que as falhas no caso Alyne não são características de morte materna, mas resultado de uma falha no sistema de saúde como um todo, baseando-se em sua autópsia que contém hemorragia digestiva como causa da morte, além de que, todas as medidas possíveis e necessárias estariam sendo tomadas no âmbito jurisdicional para dar prosseguimento ao processo instaurado pela família.

Todavia, numa simples leitura dos fatos, é possível perceber a negligência do Estado em oferecer um acompanhamento à Alyne durante a sua gestação, além dos seguidos descasos quando a mesma buscou atendimento médico pelas complicações da gravidez que tiraram sua

vida. Já no tocante ao processo decorrente de sua morte, a lentidão do Judiciário é evidenciada pela demora dar seguimento ao processo.

Nesse caso, a decisão do Comitê CEDAW foi favorável à família de Alyne, acolhendo seus fundamentos e acrescentando e acrescentando o art.1º da Convenção, que versa o seguinte:

Artigo 1º Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (BRASIL, 2002).

Dispositivo a ser analisado conjuntamente com as Recomendações Gerais nº 24 e 28 da CEDAW. Houve aqui, não só uma violação institucional do direito a saúde como um todo, mas um sistema falho em reconhecer as necessidades específicas de cada sujeito e que reforça discriminações quanto ao gênero, à raça e à classe social (CATOIA; SEVERI; FIRMINO, 2020).

Diante disso, foi requisitado ao Brasil o seguinte: instituir o acesso de qualidade das mulheres à maternidade, reduza a morte materna conforme o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade, treine profissionais para garantir assistência à saúde reprodutiva das mulheres de acordo com os padrões nacionais e internacionais, além de se estruturar juridicamente para proteger os direitos dessas mulheres e aplicar a devida punição em caso de violação do mesmo (CATOIA; SEVERI; FIRMINO, 2020).

Importante reiterar aqui o valor que a identificação desse caso tem como referência de reconhecimento de uma violência de gênero, raça e classe, na medida em que se faz um recorte interseccional. Nesse sentido, para além de buscar reparar a desigualdade entre os direitos dos homens e das mulheres, é preciso entender o quesito raça e classe social colocam mulheres negras e periféricas em situação de violação que uma mulher branca não passaria. Entender essas diferenças e trabalhar políticas de regulação particulares a cada caso é garantir um efetivo enfrentamento desse problema.

4 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO

4.1 Organizações sociais

A institucionalização do parto contribuiu para a diminuição da autonomia da mulher, ao tempo em que não cumpre com seu objetivo de diminuir a mortalidade materno infantil. Dessa forma, questiona-se até que ponto as práticas hoje executadas são de fato viáveis ao bem-estar da mulher e da criança e quais as formas de interpelação para que direitos não sejam violados no decorrer desse processo.

Para combater essa abordagem, vem surgindo grupos formados por mulheres, doulas, enfermeira, fisioterapeutas, assistentes sociais, advogadas, obstetras, entre outras áreas do saber, com o intuito de expor essas práticas como uma violência e lutar por um retorno do parto centralizado na mulher. Há, assim, uma busca pela humanização, não só dos procedimentos que envolvem o parto natural, seja ele doméstico ou hospitalizado, mas também do pré-natal, do pré-parto, pós-parto e, inclusive de uma cesárea com suas devidas recomendações.

A respeito da humanização do parto, Nogueira relata:

O parto humanizado possui uma vasta gama de interpretações. De modo geral, pode ser entendido como aquele realizado com a menor quantidade de intervenções médicas e farmacológicas possível, o qual respeita o tempo físico e psíquico da mulher para parir, ocorrido em um lugar respeitoso e aconchegante e com o consentimento informado a todos os procedimentos que possam ser realizados, sempre com observância da medicina baseada em evidências (NOGUEIRA, 2015, p. 37).

Em busca da garantia de que parto humanizado seja realizado, foram criados movimentos em nível internacional que servem de referência. Podem ser citados a *National Childbirth Trust* (NCT) no Reino Unido, com organizações semelhantes na Alemanha e Itália, o próprio movimento *hippie* e na contracultura, *The Farm*, nos Estados Unidos, o movimento feminista na busca pelos direitos reprodutivos e sexuais, dentre outros.

Toda essa movimentação, é impulsionada pela Medicina Baseada em Evidências (MBE), que surgiu na década de 80, e denuncia como pesquisas médicas podem ser desvirtuadas, gerando uma cultura de replicar procedimentos desnecessários e prejudiciais. Para tanto, existe uma organização a nível internacional chamada Colaboração *Cochrane*, que sistematiza esses processos, analisando-os novamente através de um método que comprove de

fato a sua eficácia, rompendo com os paradigmas até então impostos sem o questionamento necessário (NOGUEIRA, 2015).

No Brasil, é destaque a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que surgiu em 1993, contando com associados em todo o território brasileiro, cuja principal meta é divulgar a assistência e os cuidados perinatais com base em evidências científicas. Assim, o grupo contribui para a diminuição das intervenções desnecessárias e promoveu o cuidado no processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico².

Suas linhas de atuação são divididas da seguinte forma: gestão de cuidado, difusão de conhecimentos, formulação de políticas públicas, baluarte de resistência e formação de profissionais.

Na gestão do cuidado há a fomentação de integrar a atividades dos profissionais de saúde com mulheres, bebês e seu núcleo de apoio para garantir o maior bem-estar possível durante esse processo, inclusive abrindo espaço para a atuação das doulas nos mais variados cenários. Dessa forma, descentraliza-se a posição do médico como pessoa unicamente responsável pelo parto, passando a centralizar o seu olhar para a mulher, que se sente fortalecida com toda a rede de apoio.

No tocante à difusão de conhecimentos é pioneira ao divulgar as Recomendações da Organização Mundial de Saúde para a Atenção a Partos e Nascimento e ao trazer para debate a noção da realização do parto baseado em evidências científicas. Também é conhecida por atuar na produção do boletim “Notas sobre Nascimento e Parto”, além de intermediar a tradução de textos e vídeos importantes sobre o tema como o “Guia para atenção efetiva na gestação e no parto”, “Parir e Nascer”, “Liberdade para Nascer” e “*Microbirth*”.

Ainda, tem realizado inúmeros eventos científicos como o Seminário sobre Nascimento e Parto do Estado de São Paulo, com a primeira edição em 1996 e a segunda em 1999; os Congressos Internacionais Ecologia do Parto e Nascimento (respectivamente, Rio de Janeiro em 2002 e Florianópolis em 2004); Conferências Internacionais sobre Humanização do Parto e Nascimento (respectivamente, Fortaleza em 2000, Rio de Janeiro em 2005, e Brasília em 2010 e 2016), dentre outros.

² Disponível em: <http://rehuna.org.br/nossa-historia/>.

A sua atuação na formulação de políticas públicas ocorre através dos movimentos ativistas na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro desde o ano de 1990, na qual auxiliaram na primeira política pública para o processo de humanização (Política de Humanização ao Parto e Nascimento) realizada na maternidade Leila Diniz, foram voz pelo direito ao acompanhante, contribuíram com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento pelo Ministério da Saúde; e ajudaram a implementar o programa de Doulas no SUS, dentre tantas outras que tem como guia a medicina baseada em evidências.

A resistência é orientada pelo direito da mulher de escolher o local para ocorrência do parto, seja em domicílio, no quarto do hospital ou em casas de parto. Esse posicionamento é sempre rebatido pelas corporações hospitalares que lucram com a patologização do parto ao direcionar a mulher para o centro cirúrgico. Além disso, tem defendido a despolarização do médico na condução do parto, direcionando essa atividade às enfermeiras obstetras e fisioterapeutas.

O mais complexo aspecto é a formação de profissionais dentro dessa nova abordagem, levando às escolas médicas e de enfermagem os procedimentos baseados em evidências e superar a resistência daqueles que insistem em manter com velhas práticas. O curso de Obstetrícia entre os novos da Universidade de São Paulo, na unidade USP-Leste, aberto em 2005, é uma manifestação desse posicionamento. Além do projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino de Obstetrícia e Neonatologia, que visa uma alteração do ensino, oferece assistência e gestão em 97 hospitais de ensino do país, através de parcerias com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Torna-se necessário explanar sobre todos esses processos para enfatizar como a organização social, a movimentação de mulheres e profissionais ao longo de todo esse tempo são fundamentais para que a ordem jurídica, como reflexo dos avanços das relações sociais se movimente para garantir, faça valer os direitos aqui abordados. Tratam de direitos de cunhos fundamentais, conquistados e mantidos com muita luta, que não pode se colocar a risco de retroceder.

Tal movimento sempre foi cheio de luta e adversidade, é um histórico de resistência o responsável por manter e conquistar direitos, que se repete aqui. Em debate, 3º Encontro de Gestação e Parto Natural Conscientes realizado no Rio de Janeiro uma das fundadoras comentou o seguinte:

Médicos realizam cesarianas, isto é conveniente e prático para eles. Eles não querem mudar essa realidade. As enfermeiras obstétricas estão acomodadas em suas atividades administrativas e não desejam cuidar de partos e nascimentos. As mulheres não são informadas, elas são levadas para uma cesariana como gado para o abate. O governo não tem qualquer preocupação com este problema. Ninguém está preocupado com a questão da qualidade do cuidado. A situação nunca vai mudar³.

Outro direcionamento que busca de diminuir a patologização do parto e a passividade da mulher nos procedimentos realizados nesse período é a valorização da presença das doulas nesse momento. Estas não têm por objetivo substituir o lugar do médico ou enfermeira obstétrica, relacionando os procedimentos na área da saúde médica, mas se propõem a trazer clareza para a parturiente sobre tudo que está acontecendo nesse momento tão delicado, sendo um apoio psicológico.

Nesse sentido, Rocha e colaboradores (2020) relatam:

Uma pesquisa realizada em 2017 com doulas na cidade de João Pessoa - Paraíba apresentou alguns discursos que realçaram a contribuição das doulas para com a equipe profissional. Tais depoimentos mostram profissionais reconhecendo que as doulas auxiliam a mulher a vivenciar o momento do parto, uma vez que elas “explicam, ajudam a fazer força, ensinam como fazer”, diminuindo a ansiedade das pacientes e auxiliando-as a adotar um posicionamento ativo durante o processo, ajudando a equipe na prestação de orientações úteis para a evolução do mesmo (ROCHA et al., 2020, p. 9).

Desse modo, sua função visa o acolhimento e acompanhamento das gestantes, de forma afetiva, empática e constituidora de vínculos durante o pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. A autora também relata “na relação implicada de solicitude que se estabelece entre doulas e gestantes, percebe-se afetações como paciência, compreensão e consideração pela alteridade” (ROCHA et al., 2020, p. 10). Há, aqui o ofício de olhar para mulher como um sujeito possuidor de recursos que a faz capaz de parir e deixando-a ciente dessa capacidade, criando um ambiente de fortalecimento para a mulher.

Nesse sentido:

O cuidado que a doula oferta à mulher foge a uma definição comum do cuidado técnico em saúde (conjunto de conhecimentos orientados visando o êxito de um tratamento específico) e se aproxima de um pressuposto que Heidegger denomina de preocupação. A preocupação ou cuidado (*sorge*) quando ocorre de modo antepositivo ou liberador, favorece que o outro assuma seus próprios caminhos, que se desenvolva e perceba suas possibilidades. Este movimento é chamado de cuidado liberador, o qual devolve à mulher a sua condição de ser integral, proporcionando que a mulher se expresse livremente em seu modo de ser, manifestando seus medos, desejos e escolhas em uma coprodução de sentidos. De modo contrário, o que se vê tradicionalmente são equipes de saúde acostumadas a tomar decisões pelos usuários, assumindo o lugar destes na tarefa

³ Disponível em: <http://rehuna.org.br/linha-do-tempo/>.

de cuidar de si mesmos. Esta é considerada uma maneira inautêntica de cuidado que, embora seja muitas vezes necessária, corre o risco de dominar e tutelar o outro (ROCHA et al., 2020, p. 14).

Apesar de encontrar certa resistência, principalmente da classe médica, a atividade de doula foi solidificada sendo inserida na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), onde o Ministério do Trabalho e Emprego reconheceu a Ocupação Doula através da categoria ocupacional nº 3.221. Com isso, foi possibilitada a realização de projetos como o Doulas no SUS que busca facilitar o acesso a esse serviço e garantir o direito efetivo à saúde ao maior número de parturiente possível.

Em Alagoas, o Hospital da Mulher é referência ao ser o primeiro em contratar doulas. Quando a parturiente chega, é realizada uma triagem para verificar seu nível de risco, passando a orientar sobre os benefícios de um parto normal não-medicalizado, dispondo de quartos equipados para a deambulação, chuveiro morno, banheira, trabalho com bola suíça, musicoterapia e penumbra, de modo a possibilitar o melhor ambiente possível. Assim, a doula complementa toda essa estrutura para dar suporte psicológico à mulher para passar por esse momento da forma mais respeitosa possível⁴.

4.2 Políticas públicas

Diante de toda essa movimentação social sobre o tema, têm sido estabelecidas políticas públicas que visam a humanização da abordagem à mulher em seu pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Tem-se, então, a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, emitida pelo Ministério da Saúde, que diz:

Art. 1º Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

⁴ Disponível em: <http://www.agenciaalagoas.al.gov.br/noticia/item/31285-hospital-da-mulher-e-o-primeiro-do-brasil-na-contratacao-de-doulas-pelo-sus>

Essa portaria leva em consideração a inalienabilidade dos direitos das gestantes, parturientes e do recém-nascido, inclusive para a manutenção da cidadania. Reforça-se a necessidade de criar mecanismos que reduzam as taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, assegurando um atendimento de qualidade durante esse período. Há, assim, um esforço em aprimorar a assistência para a mulher e bebê nessa fase, dispondo dos meios estruturais para atender todo o tipo de necessidade, desde aos casos mais simples até os que demandam de um maior aparato médico.

Percebe-se que essa melhoria não diz respeito a uma atividade pontual, mas à forma de organização e regulação do sistema como um todo, no que diz respeito à abordagem dada desde a gestação até o pós-parto. É necessário criar não só padrões, mas meios de controle que sirvam como referência que a abordagem humanizada seja devidamente acolhida, surgindo assim uma espécie de auto regulação. Dessa forma, blinda-se do risco de emitir uma determinação que defende um parto humanizado na teoria, mas não é colocado em prática.

Neste sentido, a Portaria cita:

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 não-intervencionistas (BRASIL 2000).

Uma das motivações é a implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal, atuando em nível estadual, regional e municipal, de forma a orientar a assistência dada à mulher e à criança. Isso torna possível ao Estado gerir um sistema de saúde que se preocupa com as particularidades de cada indivíduo que atende, capacitando sua estrutura física e de pessoal (BRASIL, 2000). É uma resposta ao atendimento padronizado que vem sendo praticado, que não tem levado em consideração a subjetividade de cada pessoa.

Cabe trazer a Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, que fala sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Esta teve como base a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano; a Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e que em seu artigo 7º, parágrafos II e

XIV estabelece a competência da ANVISA para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública; a Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3o, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde, nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde, que façam parte de sua rede credenciada (BRASIL, 2008).

Além disso, é influenciada pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004 e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como meta a redução da mortalidade infantil e materna, levando em consideração que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico. Este último ponto de suma importância para desassociar a visão do parto como patologia.

É inspirada também na Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003. Estas abordam a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Tendo por uma de suas definições:

Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando se o respeito às questões de gênero, etnia, raça (BRASIL, 2008).

Essa resolução normativa traz a abordagem no atendimento às gestantes, puérperas e bebês, sendo de extrema importância a orientação que ela seja feita de maneira humanizada, evitando que haja violência.

Ainda, tem-se a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instaura a Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde, tendo já como base a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 e Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que configuram uma série de dispositivos em prol da saúde da mulher e do bebê. Lembre-se que a mortalidade materna e infantil no Brasil ainda é alta, destarte toda a medicalização que

envolve a abordagem o parto. Inclusive, está entre um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a diminuição desse índice (BRASIL, 2011).

Essa portaria levou em consideração ainda as já existentes Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde e regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão; Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, que define como um dos objetivos e metas do Pacto pela Vida a redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Ainda, influenciada pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher; pelo Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009; pela Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde e pela reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011.

Ela nasce a partir da necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, trazendo um olhar técnico de como o atendimento deve ser feito. A Portaria diz o seguinte:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, 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, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como seus princípios o respeito a proteção e a realização dos direitos humanos; a diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as

atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

Percebe-se aqui a importância do enfoque baseado no gênero como meio de sanar desigualdades, fomentando uma nova abordagem à saúde da mulher e da criança, organizando uma rede específica para seu acompanhamento, de forma a criar uma estrutura que diminua sua mortalidade (BRASIL, 2011). É, ainda, necessário frisar o valor desse reconhecimento como um avanço social para uma sociedade mais igualitária, em que as diferenças baseadas no gênero sejam cada vez mais dirimidas, ao ponto de serem sanadas.

4.3 Meios jurídicos de reparação e punição

Como exposto, apesar de existir alguns dispositivos legais que tratam sobre violência obstétrica, sendo ainda a Lei nº 11.108, a mais específica sobre o momento do parto, não há uma que tipifique essa prática. Fica assim uma lacuna no tratamento dado à violência obstétrica no que concerne às devidas reparações e punições cabíveis em decorrência dessa prática. Com isso, poucos são os casos que se transformam em lide processual, fazendo valer a apuração devida a esse tipo de violação.

Nesse cenário, é possível elencar as seguintes vias de punição: a responsabilidade civil, a responsabilidade penal e a de ordem ética através dos conselhos regionais e do conselho nacional de medicina. Dentre essas, vale destacar a diferença entre as duas primeiras nas palavras de Roberto Carvalho Veloso e Maiane Cibele de Mesquita Serra (2016, p. 23):

A responsabilidade penal decorre de um fato criminoso, seja de forma comissiva ou omissiva. Não haverá reparação e sim, aplicação de uma pena pessoal e intransferível à figura do transgressor, tendo em vista a gravidade do ilícito, uma vez que essa modalidade de responsabilidade visa a ordem social e também a punição. A responsabilidade civil é marcada por um dano ocasionado pela lesão de um bem juridicamente tutelado, sem, contudo, haver uma prática criminal. Neste caso, haverá reparação do dano (patrimonial ou moral) por meio de uma indenização ou compensação (VELOSO; SERRA, 2016, p. 23).

Ainda, é possível elencar a reparação civil como a mais facilitadora ao buscar por reparar ou compensar os danos sofridos, sejam de natureza física ou moral, através da aferição da culpabilidade do médico e também da instituição, em sua natureza objetiva e subjetiva, se fazendo valer da obrigação de meio existente entre médico e paciente, conforme art. 14, §4º

do Código de Defesa do Consumidor e artigos 932, II e 951 do Código Civil de 2002. Vejamos:

Art. 14. § 4º. A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa (BRASIL, 1990c).

Art. 932. II – o empregador ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou em razão dele.

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho (BRASIL, 2002).

Em contrapartida, percebe-se ausência na responsabilidade penal, que aqui figuraria o erro médico, passando a ser necessária uma análise de culpabilidade. O que gera essa lacuna é a inexistência de uma tipificação específica para essa violação, que torna difícil vincular a prática médica aos tipos prescritos no Código Penal. Lembre aqui do princípio constitucional penal da legalidade que depende de prévia lei tipificando o ato ilícito, há então a necessidade de fazer uso de uma interpretação analógica para se alcançar alguma punição.

Nesse sentido, Mendes relata:

[...] os tipos penais que podem ser aplicáveis nos casos de violência obstétrica, podem ser: injúria, difamação (quando a gestante é atingida com palavras de baixo calão, que dizem respeito a cor de sua pele, condição social, escolaridade, entre outros), maus tratos (quando a gestante é injustamente privada de seus direitos), ameaça (quando há uma intimidação para com a gestante, ameaçando-a causar um mal injusto), constrangimento legal, homicídio (caracterizado pelo dolo eventual, quando o profissional age com negligência, imprudência ou imperícia) e com mais frequência lesão corporal (quando o médico realiza procedimentos sem a autorização da paciente, como a episiotomia, a aplicação de ocitocina e a manobra de krsteller) (MENDES, 2019, p. 55).

Desse modo, a dificuldade em tipificar o erro médico implica na não existência de uma efetiva punição na esfera penal, ao mesmo passo em que a ausência de uma pena privativa de liberdade para essas violações gera uma sensação de impunidade diante desses profissionais que continuam suas atividades como se dano algum existisse.

Esse é um ponto crítico, tendo em vista que a violência obstétrica pode levar a lesões físicas graves na mulher, que interferem seriamente em sua autoimagem e sua vida sexual, além dos danos psicológicos causados pela experiência. Violações consideradas pelo nosso ordenamento como puníveis, com pena privativa da liberdade, se deparam com um desamparo legal em virtude da sua natureza médico-paciente-gênero, motivo pelo qual deveria ser impulso para que fosse tratado de acordo com suas especificidades.

Ainda, como o Brasil não possui uma legislação bem estruturada quanto à responsabilização de ordem civil e penal contra a violência obstétrica, não há o impedimento que o conselho nacional de medicina, bem como os conselhos regionais de cada estado avancem em estabelecer processos de apuração e punição desses profissionais. É esse lugar que que direito e medicina se encontram com o intuito de garantir a dignidade humana. Assim fala Mendes:

A regulamentação da área médica, ou seja, o biodireito, deve surgir, e se aperfeiçoar de acordo com a evolução da humanidade e suas ciências, para que o profissional, detentor do saber técnico, não utilize de sua superioridade para controlar o paciente, para que aja limites, entre o saber e os princípios bioéticos autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, objetivando, com leis rígidas e vinculantes, maior cuidado com o paciente, garantindo a dignidade da pessoa humana (MENDES, 2019, p. 58).

Uma dupla vulnerabilidade se vislumbra aqui. Por um lado, tem-se a relação de poder que se instaura na relação médico-paciente, principalmente em função da estima da classe médica diante da sociedade, que acredita no valor ético que norteia a profissão; e a noção da violência obstétrica como uma opressão de gênero, reflexo das desigualdades existentes no sistema sócio-político como um todo, atuando como um retrocesso da visão da mulher como sujeito de direito.

Foi elaborada em 2017 uma cartilha que busca esclarecer sobre os direitos das mulheres no parto e orientar profissionais da área de saúde e do direito sobre o que é violência obstétrica. Além de informar como esses profissionais devem agir para auxiliar essas mulheres, é trazido a importância da produção de provas para auxiliar em possíveis demandas contra essas violações. Vejamos:

A prova mais contundente é o prontuário. Pedir o prontuário na secretaria do hospital (ou recepção ou ouvidoria). A mulher tem de pagar apenas pelas cópias reprográficas. Não precisa motivar o pedido. Além disso, o hospital não pode negar essa solicitação. Pedir o prontuário da mulher e do bebê também.

Outras provas que podem ajudar: fotos e filmes do parto; depoimento da doula (o dela vale, o do acompanhante nem sempre – pai, marido, companheiro, mãe, estes não têm peso de testemunhos).

Anotar o máximo de nomes dos(as) profissionais presentes no trabalho de parto, parto e pós-parto. Eles estão anotados no prontuário, mas nem sempre são legíveis. Essas pessoas podem ser relacionadas depois para comparecer em um processo como testemunhas.

Caso a mulher sofra a manobra de Kristeller (proscrita pelo Ministério da Saúde, na qual empurram o fundo do útero para apressar a descida do bebê) e fique com hematomas, deve pedir para uma amiga fotografar, com data de um jornal visível ao fundo, anotando seu nome, endereço e documento.

Se ela sofrer episiotomia sem motivação, muito extensa, deve ir a um(a) ginecologista/obstetra e pedir a ele(a) que examine o corte e dê um laudo das suas condições. Isso deve ser feito logo após o parto, pois a cicatrização inviabiliza o exame nas melhores condições (ZORZAM; CAVALCANTI, 2017, p. 42).

Adquiridas essas provas, é ainda indicado que a mulher pode encaminhar denúncia para a ouvidoria ou comissão de ética do hospital, para o Conselho Regional de Medicina, ou ingressar com processo cível, requerendo indenização por danos morais (cartilha). Veja que pela cartilha é possível averiguar a ausência de uma estrutura punitiva no campo penal como explanado anteriormente.

Outra opção sugerida pela cartilha, é a denúncia ao Ministério Público Federal através do seu *site* (<http://aplicativos.pgr.mpf.mp.br/ouvidoria/portal/cadastro.html?tipoServico=2>), sendo oportuno falar a importância desse órgão para o combate e a repressão a violência obstétrica. Ora, segundo a Constituição Federal, em seu artigo 127:

O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (BRASIL, 1988).

No estado de Alagoas, o MPF tem se movimentado na realização de audiências públicas para conscientização do tema, mas vai além ao determinar diretamente sobre a implementação de ouvidorias nos hospitais públicos e privados, com plena acessibilidade, de forma a garantir que haja participação social. Trata-se da Recomendação de nº 4/2021/MPF/PR-AL/8ºOfício que determina:

- a) efetiva criação de ouvidoria no âmbito da(s) respectiva(s) maternidade(s), assim entendida como um espaço específico para solicitar informações sobre ações e serviços de saúde, bem como registrar sugestões, elogios, reclamações ou denúncias, inclusive de forma sigilosa caso requerido;
- b) atribuição de estrutura e de servidores próprios, fluxo de trabalho, canal direto com o usuário do SUS, tanto fisicamente, quanto por canal telefônico e por internet;
- c) plena acessibilidade e divulgação do local e dos serviços da ouvidoria, mediante sinalização física e ícones virtuais destacados nos sítios da internet (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2021).

Tem-se aqui o reflexo do Processo Administrativo nº 1.11.000.000575/2019-10 que visa monitorar as políticas públicas, considerando a necessidade de humanização do parto, e a movimentação de combate à violência obstétrica. Usa por fundamento o indicado na Portaria nº 569/2000 e da Portaria nº 1.459/2011, do Ministério da Saúde; da Recomendação nº 017/2012, do Conselho Nacional de Saúde; da Resolução RDC/ANVISA nº 36/2008; e da

Resolução Normativa nº 398, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dentre outras (idem), além do direito à saúde de forma ampla disposto em nosso ordenamento jurídico.

Ainda, cabe trazer a importância do Ministério Público Federal, quando, diante da fragilidade conceitual que envolve o tema, foi determinado pelo Ministério da Saúde no ano de 2019 que o termo “violência obstétrica” não deveria ser usado em função da falta de lei sobre o tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Essa decisão motivou a iniciativa do Ministério Público Federal de São Paulo em recomendar ao Ministério da Saúde o uso da expressão, que respondeu pelo direito das mulheres de usarem o termo, mas que não o utiliza em suas políticas públicas. São posicionamentos como esse que dificultam o processo de combate e punição a esse tipo de violência (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2019).

Outra importante ação no Estado de Alagoas foi a promoção de uma audiência pública organizada pela Comissão Especial da Mulher Da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Alagoas (OAB/AL) que contou com palestras, relatos de profissionais e denúncias de mulheres sobre os abusos sofridos. Tal evento gerou um relatório que determina o encaminhamento de ofício para órgãos como as Comissões da OAB relacionadas ao tema, às secretarias estaduais responsáveis pela matéria, aos conselhos regionais da área de saúde, hospitais e escolas profissionalizantes no ramo da saúde e associações, organização de cartilhas, palestras, e a busca de posicionamento das câmaras legislativas e órgãos como MPF e MPE, entre outras ações (COMISSÃO ESPECIAL DA MULHER, 2019).

CONCLUSÃO

A violência obstétrica é uma temática que se tornou pauta recentemente, e necessita de incrementos nas estratégias para seu enfrentamento. Países como a Argentina e a Venezuela se aprimoraram ao longo das últimas décadas, principalmente por avanços legislativos acerca da conceituação dessas práticas e por estabelecer as devidas responsabilizações, contribuindo para o cenário mundial em uma luta conjunta da saúde e do direito. Aqui, questões épicas são postas em perspectiva, buscando entender os limites da prática médica para manutenção do direito à saúde.

Foi possível verificar que tal violência obstétrica tem uma raiz histórica, marcada por questões de gênero, classe e raça, na qual essas características somadas com as relações de poder, levam a situações de abuso, violação da liberdade e de subjugação do outro. Tem-se aqui a mulher, que em um recorte interseccional de raça e classe, sofre diversas violações pela institucionalização da violência sobre seus corpos. Surge, então o debate sobre como o direito pode atuar como mecanismo regulador dessas diferenças estruturais.

No estudo, é necessário levar em consideração a fragilidade do tema no cenário nacional, na medida em que não há uma legislação específica que trate sobre a matéria. Dessa forma, é preciso nomear e classificar a violência obstétrica antes de aprofundar a discussão do tema e suas implicações. Isso é de extrema importância, na medida em que só depois disso se é capaz de promover uma abordagem que previna essa violação e responsabilize devidamente seus autores.

Podemos ressaltar a resistência da classe médica, a qual nega a capacidade de o profissional agir de forma não ética; ora, sob o ponto de vista médico, o intuito seria de proteger o paciente. Porém, é notável que as práticas replicadas no processo de ensino e trabalho de medicalização e patologização da gestação e do parto, onde tratam o indivíduo como objeto e não visando o cuidado. Tal abordagem, além de ineficiente para questões biológicas, não contribuindo para a redução da mortalidade e riscos inatos do puerpério, causam sérias violações ao direito das mulheres.

Ainda, não se pode esquecer que a violência obstétrica também existe em um nível estrutural, atuando no ambiente hospitalar como um todo. Por vezes, atua de forma negligencial, faltando com o atendimento básico, sendo ausente inclusive nas intervenções médicas necessárias – problema comumente enfrentado na rede pública. Em outros

momentos, impera através de um excesso ou padronização de procedimentos, ultrapassando a necessidade e se tornando prejudicial. Depreende-se um navegar entre a falta de recursos e o uso das práticas do momento do parto como busca de recurso.

Desta forma, é necessário assumir compromissos para o combate à violência obstétrica. Documentos internacionais promovidos por instituições na área de saúde e do direito, como a Organização Mundial da Saúde, a exemplo da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e assinados/confirmados/aceitos pelo Brasil são fundamentais para guiar como o tema deve ser abordado no país. Além disso, essa abordagem em nível mundial reafirma a importância de tratar sobre esse assunto.

A mobilização social é fundamental para o enfrentamento dessa violência, através de movimentos unificados e representativos de mulheres em suas classes sociais e raças, e profissionais da saúde, a fim de demandar um cuidado humanizado; em conjunto, é necessário também mobilização legislativa para discorrer sobre o tema. Esse arcabouço legal é de extrema importância para iniciar uma movimentação jurídica na proteção dos direitos das mulheres no âmbito obstetrício. Frise-se o projeto de lei nº 7.633/14 que carrega grande potencial em uma abordagem legal completa.

Ter esse respaldo legal permite que cada vez mais mulheres possam recorrer em vias administrativas e judiciais, requerendo seus direitos e que esses casos sejam devidamente registrados. Importante lembrar do caso Alyne, um marco na jurisprudência brasileira sobre o tema, que resultou em sua morte após uma série de negligências sofridas em seu atendimento. Para além, Alyne é um retrato de como a violência obstétrica chega de forma diferente para cada mulher ao se fazer um recorte de classe e cor.

É preciso lembrar que a luta por esse direito nasce através de movimentos sociais, que colocam em pauta direitos fundamentais conquistados com sangue e suor e que não podem ser diminuídos ou esquecidos, mas reafirmados na medida em que a sociedade evolui. No Brasil, destaca-se a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) que surge como uma voz de resistência contra uma cultura médica que viola direitos e traz uma alternativa: a abordagem humanizada através de uma medicina praticada com base em evidências.

Com isso, cada vez mais a estrutura do Estado se organiza para adotar políticas públicas que estructurem uma rede de atendimento a preservar os direitos das mulheres em todo o período de pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. As portarias que estipulam o

Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Rede Cegonha, bem como a resolução que aborda a humanização no protocolo de atendimento de gestantes e parturientes são reflexos dessa movimentação.

A importância legislativa sobre o tema fica perceptível quanto à necessidade de criar mecanismos judiciais para punição dessas práticas. Hoje percebe-se uma limitação de reparação no âmbito cível, quando os resultados dessas violações ferem direitos protegidos pelo direito penal. Todavia, diante da ausência de um tipo penal específico sobre o tema, impera uma lacuna punitiva que só faz reverberar/manter essa violência.

Por muito tempo na história, os direitos das mulheres foram suprimidos e a conquista da percepção da mulher como um sujeito de direitos, o respeito à sua subjetividade, vem sendo resultado de diversas lutas sociais. Falar sobre isso é fazer valer direitos fundamentais, que são tão caros ao nosso ordenamento; é garantir que o Direito caminhe para proteção da sociedade em sua completude.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. São Paulo: USP, 2010.

ARGENTINA. Ley nº 25.929/2004. Ley Nacional de Parto Respetado. **Boletín Oficial**, Buenos Aires, 21 set. 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei nº 7.633, de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 2002.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 ago. 1996.

BRASIL. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 set. 2002.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 set. 1990b.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. 1990c.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 jun. 2008.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 2011.

COMISSÃO ESPECIAL DA MULHER. **Relatório da audiência pública sobre a violência obstétrica em Alagoas**. Maceió: OAB, 2019.

COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO. **Relatório Final**. Brasília: CPMI, 2013.

COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER. **Recomendação Geral nº 19 (violência contra as mulheres)**. Nova York: CEDAW, 1992.

COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER. **Recomendação Geral nº 33 sobre o acesso das mulheres à justiça**. Nova York: CEDAW, 1992.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Recomendação Geral n. 35 sobre violência de gênero contra as mulheres do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)**. Brasília: CNJ, 2019.

DINIZ, Carmen Simone. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc Saud Col**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, Simone. **Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: o caso da episiotomia no Brasil**. Rio de Janeiro: CLAM, 2005. 5 p.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial do Estado**, Florianópolis, 19 jan. 2017.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: FPA, 2010. 301 p.

GUIMARÃES, Liana Barcelar; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e43278, 2018.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cad ter ocup**, São Carlos, v. 23, n. 3, p. 475-484, 2015.

MENDES, Maria Luiza. **Violência obstétrica e dignidade da mulher**: aportes para o adequado tratamento desta problemática. Presidente Prudente: FIAETPP, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho mediante ofício nº 017/2019 – JUR/SEC**. Brasília: MS, 3 mai. 2019. Disponível em: < https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Recomendação nº 29/2019. São Paulo, 7 de maio de 2019. Disponível em: < <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2019/5/art20190510-11.pdf>>

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Recomendação nº4/2021/MPF/PR-AL/8ºOfício, de 5 de março de 2021. **Ministério Público Federal**, 5 mar. 2021.

MORENO, Marina; PIMENTEL, Elaine. A violência obstétrica como violação dos direitos humanos das mulheres: uma perspectiva interseccional. **Revista da Esmal**, Maceió, n. 5, p. 69-84, 2020.

NOGUEIRA, Beatriz. **Violência obstétrica**: análise das decisões proferidas pelos Tribunais de Justiça da região Sudeste. Ribeirão Preto: USP, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PIMENTEL, Silvia. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. In: SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICA PARA AS MULHERES. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: SEPM, 2006. p 13-28.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. São Paulo: RPP, 2012.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Carta de Campinas**. Campinas: REHUNA, 1993. 4 p.

REGIS, Jacqueline; RESENDE, Viviane. “Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. **Delta**, v. 31, n. 2, p. 573-602, 2015.

ROCHA, Géssica; MELO, Mônica; MORAIS, Sílvia; MATOS, Khesia. Atuação de doulas no serviço público de saúde. **Rev enf UFSM**, v. 10, p. 1-20, 2020.

SALGADO, Heloisa. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. e170915, 2019.

VENEZUELA. Ley nº 38.668/2007. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela**, Caracas, 23 abr. 2007.

ZORZAM, Bianca; CAVALCANTI, Priscila. **Direito das mulheres no parto**: conversando com profissionais da saúde e do direito. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2017.