

**UNIVERSIDADE CESUMAR – UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

Katyellen Taynara dos Santos

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, DESUMANIZAÇÃO DO PARTO E EPIDEMIA DE
CESÁREAS: OS DESAFIOS ENFRENTADOS NA CONCRETIZAÇÃO DE
DIREITOS FUNDAMENTAIS NO BRASIL**

**MARINGÁ
2022**

Katyellen Taynara dos Santos

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, DESUMANIZAÇÃO DO PARTO E EPIDEMIA DE
CESÁREAS: OS DESAFIOS ENFRENTADOS NA CONCRETIZAÇÃO DE
DIREITOS FUNDAMENTAIS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Cesumar
(UniCesumar) como parte dos requisitos
para obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Orientadora: Prof.^a Me. Fabrícia Angelica
Bonatto Lonchiati

MARINGÁ

2022

Katyellen Taynara dos Santos

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, DESUMANIZAÇÃO DO PARTO E EPIDEMIA DE
CESÁREAS: OS DESAFIOS ENFRENTADOS NA CONCRETIZAÇÃO DE
DIREITOS FUNDAMENTAIS NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Cesumar
(UniCesumar) como requisito parcial para a obtenção do título bacharel em Direito,
sob orientação da Prof. Me. Fabrizia Angelica Bonatto Lonchiati.

Aprovada em ____ de _____ de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Fabrízia Angelica Bonatto Lonchiati

Prof.

Prof.

À todas as vítimas de violência obstétrica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela oportunidade de realizar o curso de Direito na UniCesumar e por, frente a tantas dificuldades pessoais e acadêmicas enfrentadas durante os 5 anos de curso, ter me dado forças e me ajudado a passar por cada obstáculo sem nunca ter me permitido desistir, sei que sem Ele nada seria possível.

Aos meus familiares, em especial ao meu pai (in memoriam), por sempre ter acreditado em mim e investido nos meus estudos, por ter me incentivado a correr atrás de cada sonho e me dando asas que nem mesmo sabia que tinha. À minha irmã, vítima de violência obstétrica, por todo o apoio e carinho. Ao meu amado sobrinho Henry, por toda a força, luz e amor contido em cada sorriso, capazes de transformar completamente o meu dia e aumentado meu anseio pela realização deste trabalho. Você tem e sempre terá todo o meu amor.

À minha grande amiga, Gabriela, por todo o carinho, apoio e compreensão em todos os momentos, sempre me incentivando e me mostrando o agir de Deus em cada detalhe.

À todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica, em especial à minha orientadora, prof.^a Fabrícia.

*“Até aqui nos ajudou o Senhor.”
(1 Samuel 7:12)*

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a violência obstétrica e/ou institucional e suas formas de exteriorização na gestação, no parto e no pós-parto, assim como a desumanização do parto no decorrer do tempo e a preocupante epidemia de cirurgias cesarianas no país. Embora o problema descrito não possua nenhuma legislação específica o regulamentando, possui importante relevância social e jurídica, devido as consequências sérias na saúde e bem-estar de mães e seus filhos em todo o país. Para a realização do trabalho foi utilizado como metodologia de pesquisa a pesquisa bibliográfica, prioritariamente em bancos de dados como SciELO. Através do desenvolvimento da pesquisa foi possível constatar o evidente sofrimento na vida das vítimas, onde tiveram o sonho da maternidade transformado em pesadelo pelo desrespeito, maus-tratos e procedimentos invasivos de eficácia duvidosa, tais como episiotomias desnecessárias e manobra de Kristeller e muitas vezes até pela perda de seu bebê. O termo violência institucional foi utilizado como sinônimo de violência obstétrica com o intuito de manter as duas nomenclaturas utilizadas no processo de coleta de dados.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica. Violência institucional. Violência contra a mulher. Violência de gênero. Direitos humanos.

ABSTRACT

The present study has as its object of study the obstetric violence or institutional violence and its forms of externalization during pregnancy, childbirth and postpartum, as well as the dehumanization of childbirth over the decades and the epidemic of cesarean surgeries in Brazil. Although the problem doesn't have any specific legislation regulating it, it has really important social and legal relevance, due to serious consequences on the health and well-being of mothers and their children across the country. About the development of the study, bibliographic research was used as research methodology, primarily in databases such as SciELO. Through the development of the study, it was possible to verify the evident suffering in the victims' lives, in view of the fact that the motherhood dream turned into a real nightmare by acts like disrespect, mistreatment and invasive procedures of dubious effectiveness, like the unnecessary episiotomies and Kristeller maneuver, many times even with the loss of their baby. The term "institutional violence" was used as a synonym for obstetric violence in order to maintain the two nomenclatures used in the data collection process.

KEYWORDS: Obstetric violence. Institutional violence. Violence against women. Gender violence. Human rights.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. HISTÓRICO DO PARTO	11
3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	12
3.1. FORMAS DE EXTERIORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	13
3.1.1. EPISIOTOMIA.....	14
3.1.2. MANOBRA DE KRISTELLER	15
3.1.3. PROIBIÇÃO DE ACOMPANHANTE	15
3.1.4. RECUSA DE ATENDIMENTO	16
3.1.6. USO INDISCRIMINADO DO HORMÔNIO OCITOCINA	17
3.1.7. RESTRIÇÃO DE POSIÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO	18
3.1.9. OUTROS EXEMPLOS.....	20
4. A EPIDEMIA DE CESÁREAS NO PAÍS	20
5. O NÃO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CRIME E A AUSÊNCIA DA TUTELA JURÍDICA NO BRASIL	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

Por séculos as mulheres foram consideradas “sexo frágil” e vistas como seres inferiores na sociedade, sendo constantemente alvo de discriminações e opressões ao longo da história, não havendo nenhuma situação em que podiam ter o poder de decisão sobre seu corpo e sua vida. Ou seja, as mulheres sempre tiveram sua vida e seus comportamentos ditados e etiquetados por outras pessoas, sobretudo, pelos homens.

A partir de tal premissa, pode-se considerar que a violência contra a mulher sempre esteve presente na sociedade e tem sua origem inerente à história e evolução do homem, se apresentando de diversas formas, como física, psicológica, verbal, entre outros.

Entre as diferentes espécies de violência contra a mulher nos dias atuais, não há dúvidas de que a mais conhecida e comentada é a violência doméstica, entretanto, nos últimos anos tem se iniciado discussões e estudos acerca de uma outra espécie que, apesar de pouco conhecida, tem relevante valor jurídico, a violência obstétrica e/ou institucional.

A violência obstétrica e/ou institucional se trata de um tipo de violência contra a mulher caracterizada pelo abuso, desrespeito, maus-tratos e negligência contra a parturiente e seu bebê durante a gestação, no parto e no pós-parto, podendo se exteriorizar de formas distintas, como de maneira verbal, física, psicológica, entre outras.

Apesar de se esperar que o parto seja um momento lindo, emocionante onde haverá o tão esperado encontro, face a face, da mãe com seu filho, não são raras as situações em que as mulheres vivenciam esse momento de forma traumática, como um verdadeiro pesadelo, algumas vezes sendo até mesmo fatal para ambos e impossibilitando a realização do sonho de conhecer seu bebê, sentir suas mãozinhas e de viver todos os momentos imaginados e esperados durante toda a gestação.

Os índices de violências e mortes maternas são crescentes no país e a falta de legislação acerca do assunto é um fator preocupante e necessário de ser abordado, assim, é diante de tal problemática e da necessidade de devolver o caráter humanizado a esse momento que o presente trabalho destaca sua importância de realização.

Os capítulos foram organizados da seguinte forma:

O primeiro capítulo abordará o histórico do parto, seu processo evolutivo e a desumanização do parto com o decorrer das décadas.

O segundo capítulo foi dedicado à conceituação da violência obstétrica e suas formas de exteriorização na gestação, no parto e no pós-parto.

O terceiro capítulo trata sobre a preocupante epidemia de cirurgias cesarianas no país, que levou o Brasil a liderar o topo dos índices ao lado de Nicarágua, assim como as razões por trás desse problema.

O quarto e último capítulo abordou a questão da ausência de legislação regulando a situação já considerada como problema de saúde pública no país.

Por fim, destaca-se que o termo “violência institucional” foi utilizado como sinônimo de violência obstétrica, como forma de manter as duas nomenclaturas utilizadas durante a coleta de dados.

2. HISTÓRICO DO PARTO

O parto é considerado um momento de extrema importância e de grandioso impacto na vida de uma mulher e seus familiares, sendo caracterizado como uma situação transformadora e com diversos significados a partir das vivências e cultura de cada mãe. Faz-se importante destacar o processo de parto sofreu significativas mudanças dos primórdios até os dias atuais e que nem sempre foi um procedimento médico. Antigamente, os partos eram vistos como um evento domiciliar e familiar, sendo realizados por parteiras, que eram mulheres conhecidas e de confiança dentro da sociedade, e algumas vezes com ajuda de parentes da própria gestante, sem de nenhuma intervenção médica. A mulher era considerada a protagonista daquele momento, sendo toda a atenção e cuidados direcionados a ela e ao nascimento e bem-estar de seu bebê.

Como bem descrito por Arruda (1989 apud NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005),

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva de mulheres, exercida somente pelas curandeiras, parteiras ou comadres – mulheres de confiança da gestante ou de experiência reconhecida pela comunidade – pois, em sua dedicação à atividade como sacerdócio, eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria e eram encarregadas de confortar a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Sendo assim, as mulheres preferiam

a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais. Neste período, o atendimento ao nascimento era considerado atividade desvalorizada e, portanto, poderia ser deixado aos cuidados femininos, pois não estava à altura do cirurgião – o homem da arte. Além disso, os médicos eram raros e poucos familiarizados em assistir o parto e nascimento.

Na época, algumas parteiras

[...] ficaram muito famosas por sua capacidade e perícia, publicando manuais de partos que foram tão ou mais importantes do que os manuais dos cirurgiões, ou então, deixaram registrada em diários a experiência de uma vida inteira dedicada à parturição. O primeiro texto escrito por uma parteira foi *Observations Diverses Sur la Sterelité Accouchements et Maladies de Femmes et Enfants Nouveau-né*, publicado em 1609 por Louise Bourgeois. O livro fez muito sucesso, sendo traduzido para o alemão e o holandês e muito citado pelos cirurgiões ingleses. Ela aprendeu o ofício com seu marido e com Paré, que foi seu mestre na arte, o que demonstra que muitas vezes parteiras e cirurgiões aprenderam uns com os outros. Tão importante quanto Louise Bourgeois foi a parteira alemã Justine Siegemund, que viveu no século XVII e também escreveu um livro expondo seus conhecimentos obstétricos. (MARTINS, 2004)

Décadas se passaram e no final do século XVI o parto passou a ser considerado um evento perigoso, sendo essencial a presença de um médico para acompanhá-lo e sua realização em ambiente hospitalar. Apesar de tais mudanças terem conseguido reduzir os índices de mortalidade materna, a mulher que antes era a protagonista desse momento passou a ser mero objeto da situação, se tornando muitas vezes alvo de procedimentos abusivos, desnecessários e de eficácia duvidosa. Assim se consolidou um modelo de parto predominantemente hospitalar, intervencionista e medicalizado, deixando para trás o caráter humanizado e acolhedor que havia nos partos domiciliares.

Durante o processo histórico e evolutivo as mulheres acabaram perdendo o controle que tinham sobre os seus corpos e sobre o nascimento de seus filhos, passando a estar completamente nas mãos dos médicos o poder de decisões importantes, possibilitando assim a ocorrência da violência obstétrica.

3. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Apesar de sua constante ocorrência e relevância jurídica e social, a violência obstétrica ainda é um tema de discussão recente no Brasil e no mundo.

A violência obstétrica ou institucional é uma espécie de violência contra a mulher e/ou ao seu bebê praticada por profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, durante o período gestacional, no parto e no pós-parto, podendo se exterior de diferentes formas, seja física, moral, psicológica, sexual ou verbal. É importante frisar que todos os atos descritos ocorrem sem o consentimento da parturiente, violando diretamente sua autonomia, liberdade, integridade física e mental e principalmente sua dignidade, princípio esse previsto no art. 1, III, da Constituição Federal de 1988 e norteador de todo o ordenamento jurídico brasileiro.

Os índices de violências e mortes maternas são crescentes no país e, de acordo com uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, uma a cada quatro mulheres sofre ou já sofreu violência obstétrica, já sendo considerado um problema de saúde pública.

O termo “violência obstétrica” foi utilizado pela primeira vez em 2010 pelo dr. Rogélio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia da Venezuela, ao afirmar em um jornal internacional que

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que concerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres exprimidos através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (D’GREGORIO, 2010).

3.1. FORMAS DE EXTERIORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Como explicado anteriormente, a violência obstétrica pode ser exteriorizada de diferentes formas, assim, o presente tópico se destinará a discorrer acerca das práticas mais recorrentes nos hospitais. Como também exposto em tópico anterior, os procedimentos tidos como violência doméstica são realizados geralmente sem o consentimento da paciente, grande parte das vezes nem mesmo sendo informadas sobre o que será feito.

Ressalta-se ainda que no art. 6 da Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos há a previsão de que qualquer intervenção médica, seja de caráter preventivo, terapêutico ou até mesmo diagnóstico só deve ser realizado mediante o

consentimento prévio do paciente, ainda podendo ser retirado a qualquer momento e independentemente do motivo.

3.1.1. EPISIOTOMIA

O procedimento de episiotomia se trata de um corte cirúrgico realizado entre a vagina e o ânus da paciente, em um local denominado períneo, sob a justificativa de que facilitaria a expulsão durante o parto normal.

Atualmente a episiotomia vem sendo realizada de forma rotineira e discriminada, mesmo sem indicação clínica. Estima-se que no país o procedimento seja feito em cerca de 94% dos partos vaginais, onde o percentual de indicação clínica é de apenas 20% dos casos.

O procedimento pode acarretar inúmeros problemas, alguns deles muito graves para a saúde da paciente. Entre as possíveis consequências pode-se citar maior tempo de recuperação, maior perda de sangue, maior risco de laceração do ânus ocasionando incontinência fecal, hematomas, dor significativamente maior durante o parto e no pós-parto para o exercício de atividades simples como sentar e subir escadas, infecção, complicações no processo de cicatrização como deiscência (ocasionando na abertura dos pontos), mal posicionamento dos pontos na sutura, pontos mais apertados que o recomendado, endometriose na cicatriz, dor durante as relações sexuais, sentimento de vergonha e constrangimento diante o parceiro, risco acentuado de lacerações no próximo parto, resultados estéticos insatisfatórios, autoestima afetada devido a cicatriz e necrose. Ainda há a possibilidade de ficar uma cicatriz visível no local do procedimento ou surgir queiloide (deixando a cicatriz grande e com aspecto endurecido).

Em estudos realizados acerca do tema foi constatado de que mulheres que sofreram lacerações naturais e não foram submetidas ao procedimento permaneceram com seus períneos inteiros. Nos casos em que houve a necessidade de pontos houve menos traumas, sendo traumas estritamente superficiais, não podendo ser comparados ao corte de uma episiotomia.

Cabe destacar que os pontos desse procedimento são realizados com fios cirúrgicos absorvíveis pelo organismo, também sendo essa sutura conhecida como “ponto do marido” como um ponto estratégico com o intuito de deixar a vagina com o

aspecto mais “apertado”, partindo da suposição de que tornaria as relações sexuais mais prazerosas para o marido.

Além de ser considerada por muitos como mutilação genital, a prática também exemplifica a sociedade machista e o fato de as mulheres sempre serem vistas como mero objeto para os homens para a realização de seus anseios.

3.1.2. MANOBRA DE KRISTELLER

O termo “manobra de Kristeller” se refere ao procedimento em que o profissional, com o uso do peso e força, pressiona a parte superior do útero da paciente com o objetivo de provocar a saída do bebê pelo canal vaginal e banido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1952. Apesar da existência de diversos estudos acerca das graves consequências desse procedimento ainda é realizado com frequência no país.

Entre as consequências da manobra pode-se citar o descolamento da placenta, hemorragias, rupturas de costelas, maior risco de descolamento do períneo, rotura do útero e inversão uterina, traumatismos e lesões graves no bebê, desde a fratura da clavícula até a um dano cerebral. Como pode-se observar é um procedimento que oferece extremo perigo à mãe e ao bebê, mas mesmo com o reconhecimento do perigo pelos próprios profissionais continuam realizando-a sem registrarem no prontuário.

Além de todos os possíveis danos supracitados ainda se apresenta como violação direta às indicações da RDC 36/2008 da ANVISA, que dispõe expressamente que durante a assistência ao parto e no pós-parto imediato o serviço deve garantir à mulher condição de escolha de diferentes posições durante o parto, na inexistência de impedimentos clínicos.

3.1.3. PROIBIÇÃO DE ACOMPANHANTE

Contrariando a Lei Federal 11.108 de 2005, é comum que em muitos hospitais no país haja proibição de acompanhante para a gestante. Estima-se que menos de 20% das mulheres sejam autorizadas a terem a presença de um acompanhante de

sua escolha durante o período de internação, principalmente quanto se trata de mulheres usuárias do setor público de saúde e de baixa renda.

O problema esteve presente em muitos relatos do dossiê Violência Obstétrica – Parirás com dor/ Parto do Princípio realizado no ano de 2012, como no dessa paciente que informou: “Eu senti falta do acompanhante [...] porque minha mãe ou minha irmã seria uma segurança pra mim”.

3.1.4. RECUSA DE ATENDIMENTO

A violência obstétrica não ocorre apenas com a prestação de atendimento desumanizado à gestante e/ou parturiente, mas também no momento em que é negado atendimentos a essas mulheres, omitindo o dever de cuidado e atendimento. Pode ser citado como exemplo situações em que o hospital e/ou maternidade mandam a paciente embora com a justificativa de que ainda não é a hora do parto, sem ao menos realizar nenhum exame para tal constatação ou, quando, durante consulta pré-natal, ao informar o desejo do parto normal o obstetra se recusar a realizar esse tipo de parto.

3.1.5. COAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PARTO CESÁREA

De acordo com dados da Fundação Oswaldo Cruz, cerca de 52% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) são cesáreas, enquanto na rede privada o índice aumenta para 88%. Há de se destacar que a porcentagem recomendada pela Organização Mundial da Saúde é de apenas 15%.

Teoricamente, por se tratar de um procedimento invasivo, a cesárea tem indicação clínica para casos em que não há chances de o parto vaginal ocorrer com segurança para a mãe e/ou o bebê, como um parto de emergência, entretanto, não é o que ocorre na prática. É extremamente comum que os profissionais informem falsas indicações para o procedimento objetivando desencorajar a mãe de ter um parto natural e, confiando no profissional que está prestando o atendimento e por não ter conhecimento sobre o assunto, as mulheres aceitam a proposta de cesárea sem nenhum questionamento e sem serem informadas dos riscos que o procedimento citado pode trazer. Entre as falsas indicações de cesárea informadas às pacientes

pode-se citar como exemplo a adolescência, falta de dilatação, cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê, idade materna avançada, cesárea anterior, cegueira materna, entre diversas outras.

Mulheres usuárias do setor privado de saúde tem maiores chances quanto a esse tipo de violência, considerando que médicos obstetras quase sempre possuem a intenção predominante de lucro. Assim, cesáreas são agendadas para que seja possível a realização de partos em maior quantidade e, conseqüentemente, haja um lucro maior ao profissional.

Entre as reais indicações clínicas para o parto cesárea estariam questões como pressão alta e sofrimento fetal, ocasionando risco para a mãe e para o bebê.

3.1.6. USO INDISCRIMINADO DO HORMÔNIO OCITOCINA

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior, sendo capaz de estimular contrações uterinas e no processo de amamentação.

Conhecimento pelas gestantes como “soro” ou “sorinho”, é utilizado com o objetivo de acelerar o parto vaginal, permitindo que sejam realizados um maior número de partos em um menor espaço de tempo, já sendo seu uso rotineiro.

A utilização da ocitocina, assim como a realização de cesárea, deveria ser indicada para casos específicos, como por exemplo para auxiliar mulheres que não conseguiram entrar em trabalho de parto naturalmente ou que não dilataram o suficiente dentro do tempo permitido, mas não é o que ocorre nos hospitais e maternidades brasileiras.

Além de proporcionar o aumento das contrações uterinas, conseqüentemente também aumenta as dores sentidas pela paciente, além de outros riscos como frequência cardíaca afetada, hiperestimulação uterina, hemorragia pós-parto, náuseas e vômitos.

Como exemplo da prática, pode-se citar o trecho de depoimento de Thaís Stella para o dossiê Violência Obstétrica – Parirás com dor/ Parto do Princípio realizado no ano de 2012:

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

Thais Stella, atendida na rede pública no Hospital Sorocabana, Lapa em São Paulo/SP.

3.1.7. RESTRIÇÃO DE POSIÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Antigamente as mulheres entravam e permaneciam em trabalho de parto na posição vertical, sendo adotada a posição horizontal apenas após o século XXI., contribuindo para a utilização de procedimentos e tecnologias desnecessários.

Segundo a pesquisa denominada "Nascer no Brasil", cerca de 91,7% das mulheres dão à luz deitadas, na posição chamada ginecológica ou litotômica. Apesar de ser a posição mais recorrente nos partos brasileiros, não se trata de um método eficaz ou que respeite a fisiologia natural da mulher, gerando riscos desnecessários para a saúde da mãe e seu bebê.

De acordo com recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), é indicado que as gestantes não sejam colocadas na posição de litotomia durante seu trabalho de parto, considerando-a prejudicial.

3.1.8. VIOLÊNCIA MORAL E PSICOLÓGICA

Outra prática muito frequente em partos em todo o mundo são as grosserias, humilhações, chantagens, xingamentos e o desprezo contidos em diversos atos realizados pela equipe médica contra a parturiente, deixando-a completamente amedrontada, insegura e vulnerável, muitas vezes sendo "proibidas" até de exteriorizarem a dor do parto. Esse tipo de violência é tão cruel quanto a violência física, tendo em vista que a forma de tratamento recebida e as frases ditas são capazes de transformar completamente a experiência do nascimento e torná-la traumática, acompanhando a paciente pelo resto de sua vida. Esse tipo de experiência tem grandes chances de desencadear problemas psicológicos como depressão, ansiedade e síndrome do pânico, fazendo também com que desistam da ideia de ter

outros filhos para que não haja a mínima possibilidade de passarem por isso novamente.

[...] a culpabilização e a chantagem são muito comuns no contexto da violência obstétrica, onde os médicos e outros profissionais da equipe culpam a mãe pela morte ou por algum dano causado ao bebê. Ainda, atribuem a responsabilidade a ela de qualquer prejuízo que possa vir a ocorrer. É possível enxergar isso em momentos em que o médico força o fluxo do parto e manda a mulher fazer mais força e parir logo, caso contrário a criança virá a óbito (FERREIRA, 2018)

A falta de ética, empatia e comunicação reforçam a violência verbal e psicológica, como pode ser observado nos depoimentos de diferentes vítimas abaixo:

“Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?”;

“Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo.”;

“Se você continuar com essa frescura, eu não vou te atender.”;

“Na hora de fazer, você gostou, né?”;

“Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.”

“Eles gritavam comigo assim: “Faz força direito!”, “Faz força de fazer cocô”, “Você vai matar seu filho! É isso que você quer?”, “Para de gritar senão seu filho vai morrer!”.”

[...] senti mal e fui para o Regional, me consultaram e pediram um ultrassom, quando a médica estava fazendo o ultrassom, calada [...], resolvi falar pra ela assim: ‘Olha, eu já tive uma perda antes, tá acontecendo alguma coisa com o meu filho?’ Ela me respondeu assim: ‘Minha filha, eu não posso te falar nada’. Aí eu perguntei de novo. Ela se irritou e disse: ‘Minha filha, seu filho morreu e pronto!’

“O médico só gritava: ‘puxa ele logo, vocês estão quebrando ele todo, esse bebê já era, sintam o cheiro de podre, vou ter que interditar a sala, puxem!’. Então meu bebê nasceu e logo foram reanimar com apenas 50 batimentos cardíacos por minuto. O médico dizia: ‘Não adianta, esse já era, eu tenho 30 anos de profissão, esse já era, não percam tempo, ele está sofrendo...Já era, sintam o cheiro de podre,

como uma mãe pode deixar uma infecção chegar a esse ponto?'. Eu estava em estado de choque, mas eu disse: "Estive aqui há 15 dias e o senhor disse que minha dor era frescura". O bebê faleceu, todos se calaram e me perguntaram: 'Quer ver o corpo?'. Eu não quis."

K.F.M.T., atendida na Maternidade Santa Therezinha, em Juiz de Fora-MG

3.1.9. OUTROS EXEMPLOS

Além das formas de exteriorização já mencionadas em tópicos anteriores, existem vários outros atos que caracterizam a violência obstétrica, alguns sendo tão comuns que não são reconhecidos como violência pela vítima ou pelos profissionais, como o impedimento do contato do bebê com a mãe após seu nascimento, a raspagem dos pelos íntimos, o exame de toque realizado excessivamente e por diferentes profissionais sem nenhuma necessidade sob alegação de finalidade didática, deixar a paciente completamente nua e sem comunicação, amarrar as pernas e braços da paciente, impedir que se alimente ou ingira líquidos, impedir o aleitamento materno na primeira hora, ruptura artificial da bolsa como procedimento de rotina, etc.

4. A EPIDEMIA DE CESÁREAS NO PAÍS

Em um recente parecer a Organização Mundial da Saúde (OMS) se posicionou acerca dos números alarmantes da realização de cesáreas na atualidade, onde o Brasil, lado de Nicarágua, chamou atenção com os maiores índices de cesarianas a nível mundial, com cerca de 56%. O que evidencia o problema e o caracteriza como epidemia é o fato de que a intervenção médica citada foi a princípio concebida como um instrumento de proteção e de emergência para casos específicos, mas agora possui a indicação de uma regra geral, sem qualquer respaldo na literatura científica. É muito comum a realização de cesáreas no setor suplementar com agendamento prévio entre segunda e sexta-feira, muitas vezes havendo várias pacientes de um mesmo profissional agendadas para o mesmo dia, uma atrás da outra. Apesar da

OMS recomendar uma taxa de 15% de cesáreas, no ano de 2010 o índice nesse setor alcançou 82% dos partos.

Apesar de as beneficiárias de planos de saúde supostamente se encontrarem em um grupo com melhor qualidade de vida e mais acesso a serviços de saúde, estão mais propensas e vulneráveis a uma cirurgia de cesárea, devido à baixa remuneração.

A probabilidade de ocorrência do parto é entre 37 a 42 semanas de gestação, onde mesmo sem nenhum sinal de maturação como o início de trabalho de parto, o bebê é considerado “a termo” a partir de 37 semanas. Por questões como comodidade, os médicos agendam a cirurgia com antecedência, havendo a possibilidade de o bebê ainda não estar pronto, apresentando baixo peso, problemas respiratórios ou com a necessidade de passar por Unidades de Terapia Intensiva (UTI), como aponta José Fernando Maia Vinagre, presidente da Comissão de Parto Normal do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Ainda, faz-se necessário destacar que há uma “regra de etiqueta” na conduta médica em plantões obstétricos da rede pública e privada de não “sobrecarregar” o profissional que assumirá o próximo plantão, supondo que este já estará cansado. Essa conduta, conhecida no âmbito hospitalar como “limpar a área”, basicamente consiste na realização de cesarianas em todas as mulheres que ainda estão em trabalho de parto no final do plantão, ou se na utilização de outras intervenções como a aplicação de ocitocina e a manobra de Kristeller. A ideia é que com a realização de cesáreas em massa, uma seguida da outra, seja possível esvaziar a enfermaria fazendo com que o próximo plantonista possa descansar e se encarregar apenas das gestantes que virão a ser internadas no seu plantão. Normalmente as gestantes nem sequer são esclarecidas sobre o motivo de realização da cesárea, outras vezes também sendo ludibriadas com justificativas como “não tem dilatação”. Um exemplo da situação descrita é o caso de Maria Luíza, na Cartilha “O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os Direitos Humanos das mulheres na gravidez e no parto” do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde:

Maria Luíza teve seu primeiro filho por cesárea no convênio e agora está fazendo o pré-natal do segundo. Na consulta, o médico pergunta se ela sabe porque foi feita a cesárea e ela responde:

- Não me explicaram direito. Acho que foi um caso de sujeira na área.

- Como assim, sujeira na área?
- Sei lá... Só me lembro que o médico falou para o outro “vamos logo fazer a cesárea para limpar a área”.
- Mas não teve alguma coisa, assim como, a bacia era estreita, o neném estava em sofrimento? Não falaram uma coisa assim? O que falaram para a senhora?
- Ah, ele disse assim: “Vamos lá?” aí eu fui.
- E a senhora não falou nada, não achou nada estranho?
- Eu ia falar o quê? Ele mandou eu ir, eu fui. O senhor acha que uma mulher na hora do parto, com aquela bata que aparece tudo, cega e sem óculos como eu estava, ia fazer o quê? Eu só via aqueles vultos verdes, eles mandando e eu indo.

5. O NÃO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO CRIME E A AUSÊNCIA DA TUTELA JURÍDICA NO BRASIL

No momento inexistente lei específica que regule ou criminalize a violência obstétrica no Brasil, deixando uma lacuna onde mulheres procuram o Judiciário buscando algum tipo de reparação. Diante dos números alarmantes de cirurgias cesarianas e da constante violência institucional a falta de legislação se torna um fator preocupante no país.

Há convenções internacionais em que o Brasil é signatário que são de extrema importância para embasar o problema, assim como a proteção e segurança das mulheres, mas aparentemente não são aplicadas aos casos concretos, como a Declaração Sobre a Eliminação da Discriminação Contra Mulher (1967), a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher – CEDAW (1979), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, 1994) e Declaração sobre a Erradicação da Violência Contra a Mulher (1993).

O Ministério da Saúde buscou instituir políticas de saúde com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000, e a Rede Cegonha, em 2011, como uma forma de assegurar um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal, entretanto, não houve mudanças significativas na prática.

No ano de 2017 no estado de Santa Catarina foi sancionada a Lei 17.097 dispondo da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra à violência institucional, um ano após a aprovação da Lei das Doulas nº 16.869/16 que assegura a presença das doulas nas maternidades independentemente de acompanhante.

Alguns países latino-americanos, como a Venezuela e Argentina já tipificaram a violência obstétrica como crime, inserindo-a efetivamente em seus ordenamentos jurídicos, assim, é de extrema importância o constante estudo e discussão acerca do problema para que este ganhe cada vez mais visibilidade e possam ser criados mecanismos efetivos para combatê-la.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto no trabalho, pode-se constatar que com o decorrer das décadas a violência contra a mulher foi normalizada. Em se tratando especificamente da violência obstétrica, as práticas hostis e violentas na assistência ao parto permanecem invisíveis aos olhos dos profissionais, de grande parte das gestantes e até mesmo por grande parte da população, sendo sua ocorrência tão frequente que tais condutas são consideradas triviais e sem relevância. A ausência de atenção, cuidados e acolhimento atrelado aos abusos e maus-tratos tem refletido de maneira significativa na saúde de mulheres e crianças afetando sua qualidade de vida.

Embora já haja avanço na construção e popularização do tema, o aprofundamento dessas questões ainda se faz necessário, de modo a propiciar mecanismos possíveis de combate ao problema.

É importante lembrar que

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem nas normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrer em discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2014).

Previsto no art. 6º da Carta Magna, o direito à saúde é um direito básico e fundamental a todo ser humano, sendo sua garantia de extrema importância para garantir princípios basilares como o princípio da dignidade da pessoa humana. Mas,

infelizmente, não há como não afirmar que atualmente ambos possuem mais caráter teórico do que prático, sendo a autoestima, dignidade e respeito das mulheres usados como objeto de satisfação alheia, sendo frequentemente violados como uma forma de alimentar o ego de profissionais de saúde que se enxergam como seres superiores seja pela raça, condição de vida, profissão e/ou fama. A quantidade de partos realizados no dia passou a importar mais que a individualidade e a saúde de mulheres e seus bebês. Os valores foram trocados e o saldo na conta bancária passou a ter significado que o bem-estar e a vida.

Juntamente a violência obstétrica, a luta pela humanização do parto vem crescendo e buscando espaço na sociedade a fim de encontrar soluções que auxiliem a garantir condições dignas nessa fase tão importante na vida de uma mulher.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

BALOGH, G. **Violência obstétrica é violação dos direitos humanos, diz OMS**. Câmara dos deputados. 2014.

CIELLO, C.; et al. **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. Senado Federal: Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012. (Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres)

D’GREGORIO, R.P. **Obstetric violence : a new legal term introduced in Venezuela**. Int J Gynaecol Obstet. 2010; 111(3):201-2.

D’OLIVEIRA, A. F.; PIRES, L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. **“Violence against women in health-care institutions: an emerging problem”**. Lancet, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.

DINIZ, C.S. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Cienc Saude Colet. 2005; 10(3):627-37.

FERREIRA, L. C. G. C. **A violência obstétrica como um atentado à autonomia corporal da mulher**. 2018.

FILHO, M. B.; RISSIN, A. **A OMS e a epidemia de cesarianas**. SciELO. 2018. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7DhKbXd9M4VKnzVWnWRP6Jg/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 22 out. 2022.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS E.; AMARAL, L. R. O. G. **Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins**. SciELO. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/?lang=pt>>. Acesso em 22 out. 2022.

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

KONDO, C. Y.; et al. **Episiotomia “é só um cortezinho”: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica**. 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. **“Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001”**. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005.

LEITÃO, F.J. **Autonomia da mulher em trabalho de parto** [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.

LOUREIRO, A. L. **A judicialização da violência obstétrica**. 2020. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Fundação Educacional do Município de Assis. Assis, 2020.

MAIA, M, B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte** [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008

MARTINS, A.P.V. **A ciência obstétrica**. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. **“Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil”**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 11, n. 4, p. 415-425, out./dez. 2011.

Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS; 2014.

PINAFI, T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. **Revista Histórica**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/texto03>>. Acesso em: 10 out. 2022.

POMPEO, C. **Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil**. Gazeta do Povo. 2015.

SADLER, M.; SANTOS, M.J.; RUIZ-BERDÚN, D.; ROJAS, G.L.; SKOKO, E.; GILLEN, P., et al. **Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence**. Reprod Health Matters. 2016; 24(47):47-55.

Santa Catarina (Estado). **Lei nº 17097**, 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 da União. 19 Jan 2017.

Santa Catarina (Estado). **Lei n. 16869**, de 15 de Janeiro de 2016. Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Florianópolis; 2016.

SENA, L.M.; TESSER, C.D. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):209-20.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. **A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional**. SciELO. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/jQy8NkBxxx5Zgw3wrpnPY9n/?lang=pt>>. Acesso em 22 out. 2022.

SILVA, R.M.; BARROS, N.F.; JORGE H.M.F.; MELO L.P.T.; FERREIRA JUNIOR A.R. **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto.** Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17 (10): 2783-94.

SOUZA, F. G. **Reconhecimento da violência obstétrica no ordenamento jurídico brasileiro e no estado de Santa Catarina.** 2021. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão, 2021.

TORNQUIST, C.S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.** Cad Saude Publica. 2003; 19 Suppl 2:419-27.

Violência Obstétrica. **Não se cale.** Disponível em: <<https://www.naosecale.ms.gov.br/violencia-obstetrica/>>. Acesso em 24 out. 2022.

VENEZUELA. La Asamblea Nacional. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência Venezuela:** La Asamblea Nacional, 2007.

WHO (World Health Organization). **WHO Statement on Caesarean Section Rates.** Geneva; 2015(WHO/RHR/15.02)