

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: A MULHER BRASILEIRA E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

BERTOOGNA, Maria Fernanda Franciscani¹

maafebertogna@gmail.com

SANTOS, João Henrique dos²

jhsantosx@gmail.com

RESUMO: O projeto em questão objetiva a caracterização da violência contra a mulher, especificamente na modalidade de violência obstétrica (VO), ou seja, aquela cometida contra a mulher grávida durante o atendimento ao pré-natal, parto, pós-parto ou em situações de abortamento, sendo os agressores a própria equipe de atendimento da vítima. A VO geralmente é cometida em ambiente hospitalar, e o conceito de equipe de atendimento engloba, mas não se limita, aos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, parteiras, e quaisquer outros auxiliares, não se limitando a agressores do sexo ou gênero masculino.

Entende-se a violência obstétrica como violência de gênero ao recair diretamente sobre os direitos reprodutivos e sexuais de uma mulher, independente da forma em que foi cometida. Por todo o exposto, entende-se o tema como fundamental para o estudo do direito das mulheres, direito à saúde, direitos sexuais e reprodutivos e ainda ao direito médico. Este projeto se limita às caracterizações básicas desse tipo de violência, apresentando legislações que condizem com o tema e destacando os temas mais importantes e comentados sobre a problemática atualmente.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Contra a Mulher; Violência Obstétrica; Direito Médico; Violência de Gênero.

ABSTRACT: The project in question aims to characterize violence against women, specifically in the form of obstetric violence (OV), i.e., the one that is committed against pregnant women during prenatal care, childbirth, postpartum or during abortion, with the aggressors being the victim's own care team. OV is usually committed in a hospital environment, and the concept of care team encompasses, but is not limited to, physicians, nurses, physiotherapists, midwives, and any other assistants, and is not limited to male offenders.

Obstetric violence is understood as gender violence as it directly affects a woman's reproductive and sexual rights, regardless of the form in which it was committed. For all

of the above, the theme is understood as fundamental for the study of women's rights, the right to health, sexual and reproductive rights and even the medical law. This project is limited to the basic characterizations of this type of violence, presenting legislation that matches the theme and highlighting the most important and commented themes about that problem today.

KEYWORDS: Violence Against Women; Obstetric Violence; Medical Law; Gender Violence.

1. Introdução

1.1 Violência

Não se sabe quando a violência surgiu, provavelmente junto com o homem e a vida em sociedade. No entanto, o foco das pesquisas e que divide opiniões é se esse comportamento é inerente à natureza humana. Neste trabalho, a violência é tratada como comportamento que poderia ser controlado ou evitado, para que assim seja possível a caracterização e punição dos agressores.

Juridicamente, esta conceituação é importante para tipificar condutas e aplicar penas, de acordo com o próprio grau de violência e/ou crueldade. No estudo da violência, diversas subcategorias podem ser definidas, mas a violência em sentido amplo é comportamento que cause algum tipo de constrangimento ou dano físico ou psicológico, sendo qualquer ato de crueldade ou tirania cometido por um primeiro sujeito contra outrem.

Eis a definição de “violência” de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS):

"O uso intencional de força física ou poder, ameaçados ou reais, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultem ou tenham grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação." (KRUG, E. G.; et al.) Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002, CAPÍTULO 1. VIOLÊNCIA - UM PROBLEMA MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA – 5.

Dentre as subclassificações, para o entendimento do tema destacam-se a Violência Interpessoal (praticada contra outra pessoa), Violência Comunitária (que ocorre fora do ambiente doméstico e familiar, entre pessoas sem vínculo de parentesco que podem ou não se conhecer previamente) e a Violência de Gênero (pautada em questões de gênero ou sexualidade), especificamente a violência contra a mulher. A violência obstétrica, inicialmente, se caracteriza entre todas essas subcategorias.

1.2 Violência de Gênero.

1.2.1 O que é gênero?

Bell Hooks, estudiosa feminista contemporânea, explica que a violência obstétrica é tema estudado nos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, este campo é o mesmo grupo que engloba questões como abuso sexual e independência anticoncepcional e reprodutiva. Assim, o entendimento sobre desigualdade de gênero, suas bases e características, são fundamentais para a compreensão deste trabalho.

Neste sentido, Joan Scott, historiadora e escritora estadunidense, citada por Maria Eunice Figueiredo Guedes em seu artigo “Gênero, o que é isso?”, declarou que: “Gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseada nas diferenças proferidas entre os sexos... o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder.” (1995, p.07).

Assim, entende-se gênero como um conceito social que não se limita ao sexo biológico, e apesar das diferenças biológicas entre o masculino e feminino, ao entender o gênero como conceito social, percebe-se que este não deveria ser justificativa para limitar ou expandir os espaços sociais. Ou seja, tais diferenças não se traduzem ou justificam a desigualdade.

Para concluir a definição, a filósofa francesa Simone de Beauvoir, declara no prólogo de seu renomado livro “O segundo sexo”:

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam o feminino.” (BEAUVOIR, Simone); O segundo sexo, Vol. 2, A experiência vivida; 2ª edição, Difusão Europeia do Livro; p. 07.

1.2.2 A violência de gênero

A violência de gênero é aquela praticada contra um indivíduo ou grupo, em decorrência de comportamentos, identidades ou performances atreladas socialmente a um determinado padrão de gênero. Nas sociedades ocidentais, o “normal e saudável” desempenho de gênero são homens viris, firmes, violentos e apáticos, sendo vedada qualquer expressão de sentimento ou submissão ao sexo feminino, que é considerado frágil, extremamente emocional, a ponto de ter sua racionalidade questionada, e que por decorrência deve ser protegido. Desse modo, qualquer comportamento diverso será tratado como uma questão problemática ou que precisa ser corrigida.

A principal crença social e problemática atrelada aos papéis de gênero leva os agressores a acreditarem que podem violentar mulheres, e, em contrapartida, as vítimas a acreditarem que a violência é parte do comportamento masculino. Importante ressaltar que a violência de gênero não se limita àquela praticada por homens contra mulheres, mas

engloba a violência a qualquer grupo que sofra em decorrência de sua performance de gênero e sexualidade, como por exemplo, aquela cometida contra os membros da comunidade LGBTQI+.

Ocorre que, apesar de o grande destaque acerca da violência de gênero, conceituar o polo de agressores como masculinos, nem sempre este é o caso. A violência obstétrica não se limita a agressores homens, sendo que o(a) violador(a) sempre se encontra em cargo de poder sobre a vítima, independente de sexo ou gênero. É diante dessa escala de poder, onde a vítima se sente inferior ao agressor, que a violência de gênero é caracterizada, além de ser cometida diretamente contra mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos.

A violência de gênero está tão atrelada à sociedade e é tão importante para o mundo jurídico, que foi base para uma das principais leis contra violência no Brasil, a Lei Maria da Penha/ Lei 11.340/06. Neste trabalho, a lei em questão, em especial seu artigo 7º, será utilizada como base para o estudo da Violência Obstétrica.

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - violência física

Conduta que ofende a integridade ou saúde corporal;

II - violência psicológica

Conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - violência sexual

Conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - violência patrimonial

Conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - violência moral

Conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

1.3 A Evolução do Atendimento ao Parto

Antes da conceituação de violência obstétrica, em sentido estrito, necessária se faz uma breve análise histórica do atendimento obstétrico, para que possa ser traçada a evolução do nascimento e auxílio, e que se entenda o modelo de nascer ocidental contemporâneo.

Em um primeiro momento, o atendimento ao parto era feito de forma familiar e protagonizado pelo feminino. As auxiliares do nascer eram parteiras e curandeiras locais, que possuíam conhecimentos empíricos sobre o assunto, mas nenhuma formação acadêmica, que era restrita aos mais ricos. Nesse período, as intervenções eram mínimas e os índices de complicações e mortalidade eram altos.

Um ponto marcante para as mulheres na ciência e no atendimento médico e ao parto foi a inquisição, ou “caça às bruxas”, realizada por instituições Católicas Apostólicas Romanas, a partir do século XII. Durante a inquisição, 85% das vítimas mortas de forma cruel, acusadas de bruxaria, eram mulheres. Entre elas estavam parteiras e curandeiras responsáveis pelo acesso à saúde nos vilarejos mais pobres. Tais mulheres também eram condenadas pela igreja, pois ofereciam métodos contraceptivos e abortivos.

A igreja, durante a idade média, possuía extrema influência em todos os campos. Na medicina, não era diferente. Apesar do clero de forma geral, considerar os doentes como pecadores que estariam recebendo um castigo divino, não se opunham ao tratamento dos nobres e ricos, que inclusive eram atendidos por médicos particulares e que muitas vezes eram sacerdotes. Entende-se assim, a perseguição às parteiras e curandeiras como um reflexo religioso da época. O atendimento médico e a ciência só eram aceitáveis se acontecessem sob a guarda da própria igreja.

Apesar disso, a igreja tratava a inquisição como perseguição à magia, e não à ciência. acreditava-se que o poder das mulheres curandeiras provia do diabo, e que quanto mais os camponeses fossem capazes de resolver seus problemas através da magia satânica, menos precisariam de Deus. As supostas magias aplicadas pelas bruxas, quando surgiam efeitos, atualmente são comparadas aos placebos, em que os enfermos apresentam melhoras sem nenhum tratamento real, simplesmente por acreditarem que iriam melhorar.

Outro fato que pode ajudar a explicar a perseguição às parteiras da época, é que utilizavam métodos para alívio das dores do parto, como o esporão-do-centeio, que eram consideradas castigo de Deus, de acordo com Genesis 3:16 “Para a mulher sentenciou o SENHOR: “Multiplicarei grandemente o teu sofrimento na gravidez; em meio à agonia darás à luz filhos; seguirás desejando influenciar o teu marido, mas ele te dominará!”.

As parteiras e curandeiras da época foram de extrema importância para a evolução de medicamentos e tratamentos, pois o estudo e a ciência eram limitados e controlados pela igreja. Como exemplo, as curandeiras utilizavam a beladona (ainda utilizada como antiespasmódico), para inibir contrações uterinas quando existia riscos de aborto espontâneo.

Os inquisidores Heinrich Kraemer e James Sprenger, escreveram no manual inquisitorial *Malleus Maleficarum*, no século XV: “Ninguém causa maior dano à igreja católica do que as parteiras”. Assim, as parteiras logo foram fortemente associadas à bruxaria.

Desse modo, os atendimentos realizados pelas parteiras e curandeiras locais, foram sistemicamente substituídos pelo atendimento científico e médico, que na época pertencia aos homens ricos, muitos clérigos. A evolução científica, após muitos anos e com o auxílio tecnológico, transformou o nascimento em um procedimento seguro, mas ao mesmo tempo, trouxe um olhar patológico para o nascer.

Os profissionais da saúde são treinados para detectarem problemas, doenças e curas. Ocorre que a gestação, parto e nascimento são processos fisiológicos e que, em regra, não devem apresentar problemas. Este olhar, na prática, traz muitas intervenções desnecessárias, e é nesse contexto que se caracteriza a violência obstétrica conhecida atualmente.

Assim, o parto deixou de ser familiar, afetivo e realizado por pessoas conhecidas e passou a ser um procedimento hospitalar rodeado por profissionais que foram treinados para diagnosticar, tratar e curar doentes, seguindo uma metodologia estritamente científica. Os protagonistas do nascimento, a parturiente e o nascituro, perderam domínio sobre o ambiente, tratamento e seus próprios corpos. Tal fenômeno é por si só, considerado drástico e violento.

2. Violência Obstétrica

A violência obstétrica (VO) é aquela direcionada às mulheres durante a gestação, pré-parto, parto, pós-parto, puerpério ou em situações de abortamento. Geralmente são praticadas por profissionais de saúde durante o atendimento, em que as vítimas diante da situação de fragilidade física e emocional, tendem a ceder e aceitar às circunstâncias que violam a integridade física, psicológica, emocional, e a individualidade e o protagonismo da mulher. Também pode aparecer, de forma menos comum, como uma forma de violência doméstica, praticada por familiares.

Este tipo de violência tem ganhado espaço nos debates acerca dos direitos das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos, direito à saúde e direito médico. Em 2014 a VO foi reconhecida pela OMS, como questão de saúde pública que diretamente afeta mulheres e seus bebês.

Segundo a fundação Perseu Abramo, 25% das mulheres brasileiras sofrem algum tipo de violência durante o pré-natal ou parto. Desse modo, entende-se a violência obstétrica como problema de saúde pública visto que pode desencadear doenças ou disfunções corporais, além de transtornos psíquicos. Além disso, conforme explanado, a VO diz respeito aos direitos reprodutivos e ao nascimento, temas importantes para toda a sociedade.

Devido a falta de legislação específica, para que a explicação e exemplificação dos comportamentos violentos possa ser feita, este trabalho utilizou os incisos do artigo 7º da lei Maria da Penha como base.

2.1 Violência Obstétrica Física

A violência física é toda e qualquer lesão corporal causada durante o atendimento da gestante, com violência e dolo, cujo procedimento não possui comprovação científica, indicação e/ou autorização prévia da paciente para ser ministrado, ou ainda, procedimentos ilegais ou expressamente proibidos.

Importante ressaltar que a conduta deve ser praticada com dolo, ou seja, o profissional pratica o comportamento de forma consciente, entendendo suas consequências e se utilizando de seu poder temporário sobre a paciente, de forma imoral e em benefício próprio, por exemplo, para acelerar o trabalho de parto.

Entre as violências físicas ocorridas, principalmente durante o atendimento ao parto, podem ser citadas, em apertada síntese:

- 1) Cesariana sem indicação clínica ou consentimento, sob a justificativa de que diminui a mortalidade no parto em todas as hipóteses. No Brasil, em 2015, 56,9% dos partos foram realizados por cesarianas. De acordo com a ANS, a taxa pode superar 90% dos partos realizados em rede privada, caracterizando o Brasil como um país que realiza a cesárea culturalmente, dando nome ao termo “cultura da cesárea”. O recomendado pela OMS é que a taxa seja de 10 a 15% do total de nascimentos. Além disso, a taxa de mortalidade infantil no país é de 14/1000, considerada elevada se comparada a países economicamente e com taxa de desenvolvimento semelhante como Chile, Costa Rica e Cuba. A taxa aceitável de mortes maternas é de menos de 20 a cada 100.000 nascidos vivos, enquanto a mortalidade no Brasil chega a 60/100.000. Isso demonstra que a alta de cesarianas não possui relação com baixa mortalidade durante o nascimento. Na perspectiva das mulheres, a cesariana se tornou alternativa aos maus tratos durante o trabalho de parto e é vista equivocadamente, como uma maneira mais segura e controlada de nascer. As pacientes acreditam que a cesariana foi necessária, enquanto os médicos justificam o procedimento por escolha da mulher.
- 2) Negligencia durante o parto, negando a cesariana em situação de necessidade. Enquanto que por um lado, mulheres são induzidas ao parto cirúrgico sem necessidade, por outro, as parturientes que apresentam riscos ou não consentiram com o parto normal são obrigadas a realiza-lo. A mulher tem direito sobre seu parto, que pode e deve ser previamente definido durante o atendimento ao pré-natal e através de um documento chamado plano de parto (acordo prévio realizado entre a gestante e sua equipe de atendimento), visto que no momento do parto ativo a paciente estará impossibilitada de negociar e se proteger. Desse modo, todas as proibições e consentimentos da mulher devem estar prescritos no documento, incluindo a autorização para cesarianas em casos de emergência ou a recusa ao parto normal, observando-se que essa mulher deve ter sido apresentada a ambos os procedimentos e tomar uma decisão informada e sem

influências externas. A recusa ao parto normal deve ser analisada com cuidado durante todo o atendimento, visto que o Brasil está sob influência da chamada “cultura cesarista”. O que ocorre, é que em casos negligenciados e que findaram tragicamente, a culpa recai sobre o próprio procedimento, e não sobre o profissional que estava acompanhando-o. Por exemplo, é comum ouvir que o recém-nascido faleceu por conta do parto normal e não porque o atendimento foi negligenciado. É importante que os estigmas nos procedimentos sejam desconstruídos, para que os responsáveis sejam punidos e para que as pacientes façam escolhas seguras e conscientes.

- 3) Episiotomia: procedimento realizado em que o períneo da mulher em trabalho de parto, é cortado, muitas vezes sem analgésicos ou anestésias, para facilitar o expulsivo da criança, evitando possíveis lacerações irregulares. A episiotomia surge quando o parto horizontal se popularizou, onde a mulher se encontra deitada durante o expulsivo, em posição pouco favorável para o nascimento do bebê. Ocorre que muitas vezes o procedimento não é considerado necessário e causa maiores danos à saúde sexual e reprodutiva da mulher do que traz benefícios ao parto. Tanto a cesariana como a episiotomia são considerados procedimentos cirúrgicos e, por lei, só podem ser realizados com o consentimento da paciente, exceto em casos de risco de vida eminente, em que é necessária apenas a autorização de um familiar e a comprovação expressa dos riscos de vida. A utilização de alegações mentirosas para a realização dos procedimentos é conduta reprovável em todos os âmbitos do direito.
- 4) Ponto do marido: Ponto extra feito na sutura após a episiotomia, onde teoricamente torna-se a vagina mais estreita para aumentar a satisfação sexual do homem.
- 5) Manobra de Kristeller: é técnica que se consiste em aplicar pressão na barriga da gestante, em trabalho de parto, para acelerar a saída do bebê, causando traumas na criança e na mãe. O Plenário do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro - Coren/RJ, em DECISÃO Nº 489, DE 10 DE JANEIRO DE 2019 EM SEU ARTIGO PRIMEIRO DISPÕS: “Art. 1º -Vedar a participação de profissionais de enfermagem na realização da Manobra de Kristeller; Parágrafo único - Ao presenciar a realização da manobra de Kristeller o profissional de Enfermagem deverá registrar no prontuário da mulher sua não participação no procedimento, de modo a resguardar suas responsabilidades sob o ato.” Em 2017, o ato já havia sido proibido pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. A Manobra de Kristeller deve ser considerada violência física por si só, visto que é proibida no Brasil.

2.2 Violência Obstétrica Psicológica

A Violência Obstétrica Psicológica é aquela que recai sobre a saúde psíquica e emocional da vítima, fazendo a mulher se sentir constrangida, humilhada, desrespeitada ou perturbada em um momento de extrema fragilidade emocional, direcionando comentários ofensivos à suas crenças, expressões culturais, ameaçando ou isolando-a.

Alguns exemplos podem ser citados:

- 1) Impedir, através de ameaças, que a mulher grite ou se expresse durante o trabalho de parto, mesmo em condição de extrema vulnerabilidade e dor, ou ainda, ridicularizar tão expressão. No mesmo sentido, ignorar a parturiente que expresse dor, ou seja, negar analgesias ou métodos alternativos para alívio da dor. No mesmo sentido, Impedir que a mulher se movimente durante o trabalho de parto. Em condições normais, a gestante não deve ou necessita se manter na cama durante todo o processo. Além disso, a tradicional posição litotômica, em que a parturiente se deita com as pernas elevadas e abertas, é considerada desfavorável ao nascimento. De acordo com a OMS, a posição mais favorável é a verticalizada, escolhida pela própria gestante. A proibição da movimentação, nesse sentido, também pode ser caracterizada como violência física.
- 2) Não permitir acompanhante, escolhido pela paciente, durante o atendimento pré-natal e parto. Tal direito é postulado pela lei federal 11.108/2005, a Lei do Acompanhante.
- 3) Culpabilizar a parturiente ou gestante por má formações ou acidentes que influenciem na saúde ou aparência do nascituro, através de falas como: “Se ficar gritando, vai fazer mal para o seu neném e ele vai nascer surdo”. Tais falas podem levar a graves traumas e transtornos mentais.
- 4) Comentários ofensivos quanto à característica ou ato físico como peso, altura, pelos, estrias, tatuagens, orientação sexual, etnia, religião ou ainda processos fisiológicos como evacuação ou micção, entre outros. Ressalta-se casos ainda mais graves, que configurem falas misóginas, homofóbicas, racistas ou preconceituosas, de forma geral.

Tem-se ainda, em situações de abortamento:

- 5) Questionamento à mulher quanto à causa do abortamento, de forma invasiva ou ameaçadora.
- 6) Culpabilização, ameaças ou acusações à mulher em situação de abortamento.

2.3 Violência Obstétrica Sexual

A Violência Obstétrica, atinge diretamente os direitos sexuais e reprodutivos de uma mulher, independente do modo em que foi cometida. Para conceituação jurídica, além da definição trazida pela lei 11.340/06, que aborda tais violências de forma mais abrangente e específica contra mulheres, podem ser citados os artigos 215- A e 216-A, do Código Penal Brasileiro, que conceituam, importunação e assédio sexual, respectivamente:

Art. 215-A. Praticar contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro: (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o ato não constitui crime mais grave. (Incluído pela Lei nº 13.718, de 2018)

Art. 216-A. Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001)

Pena - detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001)

Nesse sentido, a VO como um todo, pode ser considerada violência sexual pois atenta contra os direitos reprodutivos das mulheres. Entretanto, algumas violências que acometem as mulheres durante o atendimento obstétrico e ginecológico possuem explicitamente caráter libidinoso.

- 1) Comentários ofensivos que façam alusão a vida sexual privada da mulher, tais como “Na hora de fazer não gritou” que segundo a Fundação Perseu Abramo, em uma pesquisa realizada com dados de 176 municípios, foi ouvida por 14% das entrevistadas; “Não chora não que ano que vem você está aqui de novo”, ouvida por 15% das entrevistadas, na mesma pesquisa.
- 2) Toques ou qualquer tipo de contato físico desnecessários para o atendimento, por exemplo, o exame de toque recorrente e realizado por diversos profissionais seja por falta de comunicação e organização ou pela justificativa de aprendizagem sem consentimento da paciente.

Em 2016, a Catraca Livre entrevistou 700 mulheres de diferentes estados do Brasil. 53% afirmaram ter sofrido abuso sexual ou moral, desde condutas constrangedoras ou abusivas até estupro, em consultas com ginecologistas. Apenas 4% das mulheres violentadas protocolaram denúncia formal. Em 2019 o Intercept Brasil divulgou análise de dados fornecidos por 9 estados e concluiu que entre 2014 e 2019, foram registrados 1.734 casos de violência sexual em instituições de saúde.

Em 2010, uma pesquisa realizada na UFMA com 1446 gestantes, concluiu que as mulheres que sofreram violência sexual durante a gravidez (13,83%) foram alvos conjuntamente de outros tipos de violência, sendo a física sempre relatada como sofrida simultaneamente. Mais de 80% das vítimas tinham entre 20 e 34 anos. Mais de 60% das vítimas eram pardas, 71,50% possuíam entre 9 e 11 anos de estudo (escolaridade média), 62,50% compunham a classe econômica e social C (que varia de A à E). O estudo tratou da violência contra a gestante de forma geral e não se limitou ao ambiente hospitalar e instituições de saúde.

2.4 Violência Obstétrica Patrimonial

Durante o estudo e a realização deste trabalho, não foram encontrados relatos de violência patrimonial contra gestantes em ambiente hospitalar ou em instituições de saúde, salvo as hipóteses de violência patrimonial doméstica contra a mulher.

2.5 Violência Obstétrica Moral

A violência moral contra a mulher é diretamente ligada à psicológica e pode se enquadrar em três crimes contra a honra:

- 1) A calúnia, prevista no artigo 138 do Código Penal, disciplina:

Art. 138 - Caluniar alguém, imputando-lhe falsamente fato definido como crime:

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

Cita-se como exemplo de violência moral obstétrica ou ginecológica por calúnia, aquela direcionada contra mulher em situação de abortamento, com falta de atendimento, xingamentos ou falas ofensivas, responsabilizando-a pelo aborto e morte do feto, e enquadrando-a, de forma mentirosa e equivocada, no artigo 124, do Código Penal.

- 2) A difamação, prevista no artigo seguinte, engloba falas e alegações ofensivas para a reputação da paciente, mesmo que não sejam especificamente tipificadas em lei.

Art. 139 - Difamar alguém, imputando-lhe fato ofensivo à sua reputação:

Pena - detenção, de três meses a um ano, e multa.

- 3) Por fim, a injúria, tipificada no mesmo código, afirma em seu caput:

Art. 140 – Injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro:

Pena – detenção, de um a seis meses, ou multa.

Como exemplo geral, citam-se os xingamentos, que são direcionados majoritariamente no campo obstétrico às mulheres em situação de abortamento ou em trabalho de parto ativo.

3. A Taxa de Cesarianas no Brasil

Dentre os temas de destaque para o estudo da VO no Brasil, tem-se os dados preocupantes do país quanto aos partos cesarianos, considerados muito altos. Como já explanado, o recomendado pela Organização Mundial da Saúde é que a taxa se mantenha entre 10 e 15% dos partos, não havendo justificativa médica para que ultrapasse 20%. Ocorre que as taxas de cesarianas no Brasil são acima de 50% dos partos, e pode chegar a quase 100% no sistema de saúde privado. Este é um exemplo de “violência perfeita”, que quase não deixa vestígios e é um comportamento tão aceito na sociedade, que não é percebido como violento.

A primeira explicação para isso está na chamada “Cultura da Cesárea”, criada através dos anos e que leva as mulheres a acreditarem que o parto cirúrgico é mais fácil e seguro, enquanto que o parto normal é ruim. Cientificamente falando, tal afirmação não procede. A cesariana sem indicação definida, está associada ao aumento das complicações respiratórias do recém-nascido, aumento de chance de internação em UTI neonatal, taxas altas de nascimento prematuro e até mesmo, aumento da mortalidade neonatal. Além disso, há maior risco de complicações hemorrágicas e infecciosas para a gestante.

Isso não significa dizer, de forma alguma, que as cesarianas são prejudiciais. A intervenção médica e cirúrgica no parto salva muitas vidas, quando feita corretamente. A problemática do tema está no uso indiscriminado dos procedimentos sem qualquer evidência médica ou respaldo científico de necessidade, usando-se para isso, métodos cruéis e afirmações psicologicamente assustadoras para que a mulher acredite que o parto normal, em qualquer situação, colocará sua vida e a vida de seu bebê em risco.

Por um lado, a gestante é levada a acreditar que o parto vaginal traz riscos ao nascituro e a si mesma, além de ser dolorido e difícil. Muito desse estigma se construiu exatamente pelas práticas violentas realizadas contra as pacientes, que por falta de conhecimento tendem a achar que o procedimento é naturalmente assim. Pode-se citar como exemplo, a manobra de Kristeller, relatada por muitas mulheres como algo normal ao parto, mesmo

já tendo sido inclusive proibido por instituições e organizações de saúde, como o Conselho Federal de Enfermagem.

Apesar do sistema de saúde público brasileiro ser referência mundial em diversas áreas e ter programas e instituições de extrema qualidade no setor obstétrico, como a Rede Cegonha, não se pode negar a falta de investimentos e como isso afeta o atendimento às mulheres. As consultas pré-natais muitas vezes são realizadas em poucos minutos, seja por falta de profissionais, infraestrutura, planejamento familiar ou falta de treinamento, desse modo, as pacientes carecem de oportunidade para serem orientadas e tirarem suas dúvidas para que se sintam confortáveis durante todo o atendimento, que são realizados como uma fila de produção, acompanhando todo o modelo de consumo e vida da sociedade contemporânea.

Por outro lado, os médicos devido à falta de investimento, acabam cedendo e realizando cesarianas, mesmo que conscientes de que não existe necessidade médica. Com o tempo, percebem a vantagem econômica do parto cirúrgico, que é mais rápido e em sua maioria agendado, não tomando tempo de atendimento em consultório, sem acontecer em horários imprevisíveis, nem causando prejuízos na agenda do profissional. Do ponto de vista médico, é muito mais vantajoso atender partos e consultas marcadas, pois o baixo retorno financeiro não cobre o tempo, a disposição e o risco, visto que os obstetras são responsáveis por não apenas uma, mas duas vidas. Entende-se como risco, os casos de gestações e partos que apresentaram problemas, mesmo sendo minoria em um ponto de vista estatístico, mas que são marcantes do ponto de vista humano do atendimento e causam receio aos profissionais durante suas carreiras. Assim, em um determinado momento, o profissional alimentado pelos confortos e benefícios citados, acaba por incentivar a cultura cesarista, até que não mais realiza partos normais.

Já a cesárea eletiva é aquela que acontece por escolha única da mulher. No Brasil, este tipo de procedimento é naturalizado e difere dos países do hemisfério norte, onde é quase inexistente. Apesar de a mulher ter poder sobre os procedimentos realizados em seu próprio corpo, é importante analisar o cenário e a cultura do país, que acaba influenciando tais escolhas. Nesse sentido, a recusa à cesariana nem sempre é considerada prática violenta, exceto em casos de comprovada negligência, pois depende de conhecimentos específicos e análises em cada caso, sendo que a decisão final, em um panorama ideal, deveria ser tomada em conjunto por ambas as partes: a atendida e quem atende.

Por fim, a cesariana é procedimento que salva vidas e de suma importância, devendo ser realizada conforme indicação médica. Não devem ser difundidos mitos sobre os

procedimentos para que este seja coercitivamente aceito e, de mesmo modo, o profissional deve se manter atualizado e procurar o melhor tratamento para sua paciente, respeitando sua individualidade, crenças e protagonismo, mas orientando-a de forma científica e imparcial.

4. A Violência Obstétrica e o Racismo

A Interseccionalidade é um conceito criado para explicar a importância da luta de gênero estar atrelada ao combate ao racismo estrutural. O conceito foi abordado pela primeira vez no feminismo negro estadunidense, que demonstrava como a luta por direitos de igualdade de gênero era diferente e muitas vezes ignorada, para aquelas que sofriam além da violência de gênero, a violência racial.

Percebe-se a violência contra a mulher negra como diferente daquela praticada contra brancas, nesse sentido, as pautas e requerimentos dos movimentos são diferentes. De acordo com pesquisa da Fiocruz, mulheres negras têm 50% menos de chance que mulheres brancas de receber analgesia durante o parto, além de terem menos acompanhamento no pré-natal. A mortalidade, durante o parto, em mulheres negras também é mais alta do que em brancas. Tal fenômeno está associado a mitos racistas, como aqueles que afirmam que “mulheres negras aguentam mais dor” ou “mulheres negras têm quadris mais largos e podem parir mais facilmente”. Podemos citar ainda que a hiper sexualização da mulher negra contradiz com o mito de pureza da mulher branca. O problema da maternidade compulsória, como um problema vivenciado pelas mulheres brancas, também é confrontado pela realidade das mulheres negras, que mal podiam viver suas maternidades, seja quando davam à luz para gerar mão de obra, seja pela imposição do trabalho.

Outra pauta importante e que está estritamente ligada aos conceitos raciais, é de que as mulheres negras tendem a ser mais negligenciadas em casos onde a cesariana é necessária, o que leva muitas delas à morte ou à morte do recém-nascido. Cita-se o fatídico exemplo da menina Rafaela Cristina de Souza Santos que faleceu após, de acordo com os familiares acompanhantes, negligência médica. Em síntese, a jovem de 15 anos, deu entrada em um hospital no Rio de Janeiro em 2015, em trabalho de parto com dilatação, e sinais de pré-eclâmpsia. Após demora no atendimento, o parto teria sido induzido para tentativa de parto vaginal, que não prosperou. A paciente então foi levada para uma cesariana de emergência, já inconsciente, após entrar em convulsão. A família, que não recebeu nenhuma informação durante o atendimento, alega que não havia médicos no local, e que o procedimento foi realizado por profissionais incompetentes. A

cesariana resultou na histerectomia, ou seja, na retirada completa do útero da garota. Após o acontecimento, ela foi transferida para unidade de atendimento com maior capacidade, onde foi entubada e internada em unidade e tratamento intensivo (UTI). Além disso, foi realizada drenagem em seu pulmão por ter aspirado o próprio vomito. Em sua certidão de óbito, a causa da morte foi atestada como “hemorragia interna”.

Treze anos antes, outro caso, igualmente violento, também no estado do Rio de Janeiro, com uma mulher de 28 anos chama Alyne Pimentel, foi denunciado na mídia. Alyne deu entrada em um hospital com sinais evidentes de gravidez de alto risco, onde foi liberada e mandada para casa com prescrição de cremes vaginais, vitaminas e remédios para náuseas. Dois dias depois, em retorno, constatou-se que o feto já estava morto. O parto foi induzido, e houve demora para realizar a curetagem para a retirada dos restos de placenta, o que resultou em complicações com sintomas graves. Após 8 horas, foi encaminhada, sem ficha médica, para outro hospital onde recebeu transfusão de sangue, mas por falta de leitos não pode ser devidamente admitida. Entrou em coma e faleceu horas depois. Alyne deu nome para uma organização sem fins lucrativos, que luta pelo direito dos negros e pelo fim do racismo, denunciando casos de violência racial e clamando por justiça.

Portanto, a negligência é apresentada como foco principal da violência obstétrica para as mulheres negras, enquanto que para brancas, a problemática central é o excesso de intervenções.

5. A Humanização do Atendimento

O movimento humanista e de humanização, na saúde, começa a surgir em contrapartida ao modelo de atendimento ocidental moderno e capitalista, que tornou os pacientes meramente objetos de trabalho, retirando suas personalidades, crenças e valores de pauta, despersonalizando-os. O atendimento humanizado na saúde retoma valores, há muito tempo esquecidos, que fizeram parte das culturas onde o atendimento médico era familiar ou realizado por curandeiros locais, em que quem atende e o atendido possuem uma relação além da necessidade de tratamento e cura. Onde as partes se conhecem e se enxergam além daquele exato momento.

Entre muitos princípios, são priorizados o contato digno entre a equipe de atendimento e a paciente, que estabelecem uma relação de confiança e não de poder. No campo do nascimento, a parturiente volta a realizar o parto, sendo apenas acompanhada pela equipe, retomando seu protagonismo. O atendimento humanizado é visto como revolucionário e, acima de tudo, necessário.

CONCLUSÃO

No decorrer do estudo, a violência obstétrica foi caracterizada como violência de gênero, historicamente e sociologicamente, passando por uma análise minuciosa até que pode ser classificada em suas diferentes modalidades, ressaltando que um comportamento violento geralmente abrange diversos aspectos e não se limita a um modo de violentar.

Este estudo pode concluir a importância do tema para o direito brasileiro, em diversas áreas, tendo provado seu interesse público. Deste modo, a violência obstétrica atinge diretamente mulheres brasileiras de forma estrutural e cultural, e deve ser debatida até que medidas para evitá-la e puni-la sejam implementadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEREDO, Y. N.; SCHRAIBER, L. B. **Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021.
- BEAUVOIR, Simone; **O segundo sexo, Vol. 2, A experiência vivida**; 2ª edição, Difusão Europeia do Livro; p. 07.
- BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 27, n. 2, p. 485–502, jun. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 07 de agosto de 2006 (**Lei Maria da Penha**).
- EHRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Bruxas, Parteiras e Enfermeiras: Uma História das Curandeiras**. The Feminist Press, 1973. Tradução: Editora Subta.
- GUEDES, Eunice Figueiredo. **Gênero, o que é isso?** Psicologia Ciência e Profissão. 1995.
- HOOKS, Bell. **O feminismo é para todo mundo**, políticas arrebatadoras. Editora Rosa dos Tempos, 2020. Tradução: Bhuvi Libanio.
- KRUG, E. G.; et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**, Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2002, CAPÍTULO 1. VIOLÊNCIA - UM PROBLEMA MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA – 5. OMS – Organização Mundial da Saúde; Editado por: KRUG, Etienne G., et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra. 2002.
- Nascer no Brasil – Nascer no Brasil**. Nascer no Brasil. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil>. Acesso em: 25 May 2021.
- ONU Mulheres**. Onumulheres.org.br. Disponível em: <<https://www.onumulheres.org.br/>>. Acesso em: 25 May 2021.
- Rafaela Cristina de Souza Santos. Presente! - Alyne**. Disponível em: <<https://alyne.org.br/rafaela-cristina-de-souza-santos-presente-2/>>. Acesso em: 22 nov. 2021.

Violência Obstétrica “Parirás com dor” Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. [s.l: s.n.]. Disponível em:
<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.