



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**ANNA LAURA LOUREIRO**

**A JUDICIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**Assis/SP**

**2020**



Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"

**ANNA LAURA LOUREIRO**

## **A JUDICIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Direito do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientando(a): Anna Laura Loureiro**

**Orientador(a): Elizete Mello da Silva**

**Assis/SP**

**2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

L892j LOUREIRO, Anna Laura.

**A judicialização da violência obstétrica** / Anna Laura Loureiro. Fundação Educacional do Município de Assis –FEMA – Assis, 2020.

48p.

Trabalho de conclusão do curso (Direito). – Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA

Orientadora: Dra. Elizete Mello da Silva

1. Violência-mulher. 2. Direitos humanos

CDD: 341.272

# **A JUDICIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

**ANNA LAURA LOUREIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora:

**Orientador:** \_\_\_\_\_  
Elizete Mello da Silva

**Examinador:** \_\_\_\_\_  
Maria Angélica Lacerda Marin

**Assis/SP**

**2020**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mães que já foram vítimas de violência obstétrica.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu filho, que me deu toda a força do mundo. Davi, quando vi você pela primeira vez, eu soube que eu seria capaz de qualquer coisa. Você me motiva a buscar o melhor de mim todos os dias. Você é a pessoa que eu mais amo no mundo.

Agradeço ao meu “namorado” Matheus, que esteve ao meu lado desde os meus 15 anos de idade. Amor, obrigada por ter acreditado em mim quando nem eu mesma acreditava mais. Vou amar você pra sempre.

Agradeço aos meus pais, que foram meu suporte todos os dias da minha vida, inclusive na minha gravidez. Obrigada por terem me apoiado e me ajudado tanto, mesmo eu sendo tão nova. Obrigada por terem sempre me motivado a estudar. Essa conquista também é de vocês. Eu amo vocês, vocês são os melhores pais do mundo.

Agradeço aos meus irmãos, por sempre estarem do meu lado e me ajudarem tanto, vocês deixam a minha vida mais doce. Amo vocês mais do que consigo explicar.

Agradeço aos meus sogros, por serem como pais pra mim. Obrigada por me acolherem e por serem uma rede de apoio tão maravilhosa. Vocês fizeram a maternidade ser o mais leve possível pra mim.

Agradeço aos meus familiares e amigos por todas as palavras de incentivo, vocês são essenciais para mim.

Agradeço à professora Dedé, que foi uma orientadora tão atenciosa, que me ajudou tanto, me emocionou em muitos momentos e que é um exemplo pra mim, como mulher e como profissional. Obrigada por ser tão humana, desde que entrei na faculdade eu já sabia que a senhora seria minha orientadora.

Agradeço aos meus professores, que foram essenciais no caminho que percorri até aqui. Obrigada por transmitirem seus conhecimentos de forma tão maravilhosa.

## RESUMO

O presente estudo trata sobre a violência obstétrica; a desumanização do parto; procedimentos abusivos e desnecessários realizados por profissionais da saúde; além da falta de legislação vigente para amparar a parturiente quando for vítima deste tipo de violência, devendo valer-se de outros meios para garantir seus direitos. Discute-se também, a violência obstétrica como violência de gênero, questão de saúde pública, além de ser uma violação direta ao princípio da dignidade da pessoa humana e dos direitos humanos, sendo de extrema importância a criação de políticas públicas, campanhas de conscientização e legislação específica acerca do tema.

**Palavras-chave:** Violência-mulher. Judicialização. Direitos humanos.

## ABSTRACT

The present study deals with obstetric violence, the dehumanization of childbirth, abusive and unnecessary procedures performed by health professionals, in addition to the lack of current legislation to protect the parturient woman when she is a victim of this type of violence, and she should use other means to guarantee your rights. Occur also a discussion about obstetric violence, such as gender violence, public health issue, in addition to being a direct violation of the principle of human dignity and human rights, the creation of public policies, awareness campaigns and specific legislation on the subject is extremely important.

**Keywords:** Violence-woman. Judicialization. Human rights.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....	<b>11</b>
2.1	O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA? .....	11
2.1.1	Organização Mundial da Saúde (OMS).....	13
2.2	FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	14
2.2.1	Episiotomia.....	14
2.2.2	Manobra de Kristeller.....	15
2.2.3	Proibição de acompanhante.....	16
2.2.4	Negação de atendimento.....	17
2.2.5	Coação para o parto cesárea .....	17
2.2.6	Uso inadequado da ocitocina.....	18
2.2.7	Posições restritas durante o trabalho de parto .....	20
2.2.8	Violência moral e psicológica .....	20
2.2.9	Outros exemplos .....	21
2.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL.....	21
2.4	A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	24
<b>3</b>	<b>VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A LUTA PELO RECONHECIMENTO E O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO AFRONTA AO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA</b> .....	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A mulher sofre discriminação em nossa sociedade desde os tempos antigos, sempre sendo inferiorizada, sendo alvo de diversos tipos de violência. É notório que desde os primórdios, as mulheres têm seus direitos arrancados de si, quase em sua totalidade, pelos homens.

O parto, antigamente, era um evento feminino, domiciliar e familiar, realizado por parteiras e sem nenhuma intervenção médica. Era realmente tratado como um evento fisiológico, onde a mulher era a protagonista, sendo extremamente humanizado e natural.

Após o século XX, a intervenção do homem foi chegando até mesmo na área do trabalho de parto, desumanizando totalmente um evento que era exclusivamente feminino, trazendo consigo intervenções desnecessárias e abusivas, e juntamente com isso, o que trataremos neste trabalho, a chamada violência obstétrica.

A violência obstétrica é praticada por profissionais de saúde contra a mulher, seja no pré-natal, no momento do parto ou no pós-parto. É uma série de atos, podendo ser tanto violência física, quanto psicológica, moral ou sexual, ou até mesmo procedimentos que não são necessários, e são realizados mesmo sem possuir nenhuma indicação clínica. Deve ser tratado como um problema de saúde pública, além de ser considerada uma forma específica de violência de gênero, sendo praticada contra gestantes, parturientes e mulheres no puerpério.

Esse tipo de violência é uma consequência da institucionalização do parto, não tratam mais a mulher como protagonista, os profissionais de saúde se importam com a quantidade de partos que realizarão no dia, mas não se importam com a qualidade, individualidade e humanidade de seus atos, visto que uma a cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência durante o parto.

O objetivo geral do presente trabalho é discutir acerca da violência obstétrica; o contexto histórico em que surgiu este tipo de violência; seu conceito; formas; legislações que tratam sobre o tema; projetos de leis; e políticas públicas realizadas para combatê-la.

Sendo assim, nesta introdução, foi abordada a violência obstétrica de forma mais ampla, trazendo uma breve contextualização e definição acerca do tema, além de

tratá-lo como uma violência de gênero, servindo este capítulo para introduzir o leitor ao tema.

Em sequência, na primeira parte de fato, a violência obstétrica será tratada de maneira mais específica, sendo apontado o momento histórico em que surgiu, suas definições, características e formas. Além disso, também trata sobre a visão da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca do tema.

Na segunda parte será tratada a falta de amparo legal para as vítimas de violência obstétrica, a luta pela judicialização, a falta de legislação específica sobre o tema, além dos projetos de leis que tratam sobre esse tipo de violência.

Na terceira e última parte, será abordado o princípio da dignidade da pessoa humana e como a violência obstétrica viola este princípio, além de ser uma afronta direta completa aos direitos humanos. Aborda também a questão das políticas públicas que visam erradicar este tipo de violência.

## 2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

### 2.1 O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Para iniciar, se faz necessário contextualizar e conceituar a violência obstétrica, que será nosso objeto de estudo. É importante destacar que não há um conceito exato, pois existem diversas definições, ainda mais por se tratar de um assunto atual e que vem, cada vez mais, sendo pauta de novas discussões.

É válido ressaltar que o processo de parto sofreu muitas transformações até os dias atuais. Até o final do século XXI, os hospitais não dispunham dos recursos que possuem hoje, sejam humanos ou tecnológicos. Por isso, os partos, em sua grande maioria, eram realizados em casa, em um evento íntimo e familiar, com a ajuda de parteiras e parentes da própria gestante.

Como descreve 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 um 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 pouco familiarizados em assistir o parto e nascimento.

Algumas parteiras, na época:

[...] 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).

O que antes era vivido em um ambiente domiciliar, atualmente é vivido em um ambiente hospitalar. Antigamente era auxiliado por parteiras, atualmente virou um evento médico. O que antes era um evento natural, hoje em dia é algo regrado, com intervenções e medicações muitas vezes desnecessárias. Embora essas mudanças tenham ajudado para a redução da mortalidade materna, a mulher, que era a protagonista, passou de sujeito a objeto, muitas vezes decidindo pouco ou quase nada do seu parto, e muitas vezes passando por procedimentos abusivos e desnecessários.

O presidente da Sociedade de Obstetrícia de Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogélio Pérez D'Gregorio, empregou o termo “violência obstétrica” pela primeira vez em 2010, ao ser publicado no Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia:

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).

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, de acordo com as leis venezuelanas e argentinas, diz que:

A violência obstétrica existe e caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

A violência obstétrica são atos que desrespeitam as mulheres, podendo ser de forma física, psicológica, verbal, sexual e até mesmo na forma de negligência. São condutas que submetem a mulher a rotinas muitas vezes desnecessárias, e que mesmo assim são realizadas, desrespeitando o corpo e a vontade da mesma. Podem se estender não apenas as gestantes, como também a seus nascituros.

Ao contrário do que muitas pessoas acreditam, ela não ocorre apenas no espaço de tempo do parto, mas pode ocorrer em todo processo de gestação, inclusive no pós-parto e no processo de abortamento.

A violência obstétrica é considerada uma espécie da violência contra a mulher, ou seja, uma violência ocorrida pelo simples fato da paciente ser uma mulher. E, além

disso, também é uma forma de violação aos Direitos Humanos (NAZÁRIO; HAMMARSTRON, 2014). Essa violência se dá através de atos médicos abusivos, antiéticos e indesejados pela vítima, restringindo qualquer liberdade de escolha da paciente (SPACOV; SILVA, 2019). Esses atos podem acarretar diversos traumas para as mulheres, e em extremos casos, até a morte da parturiente e/ou do bebê.

### **2.1.1 Organização Mundial da Saúde (OMS)**

Como já comentado no tópico anterior, a violência obstétrica possui várias definições, não possuindo assim, um conceito exato. Diante desta afirmativa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou:

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

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda considerou violência obstétrica procedimentos médicos não consentidos, abusos verbais, violência física, restringir a presença de acompanhantes, entre outros. Também pontuou em sua declaração, no ano de 2009, que mulheres solteiras, adolescentes, de baixo poder aquisitivo, migrantes e de minorias étnicas são as mais propensas a sofrerem maus-tratos, destacando claramente a diferença de classes que essa mortalidade materna nos mostra (BALOGH, 2014).

Segundo uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, 1 em cada 4 mulheres sofre violência obstétrica durante o parto no Brasil (POMPEO, 2014); e, também com base na Organização Mundial da Saúde:

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 sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2014).

A Organização Mundial da Saúde é contra qualquer discriminação e violência, afirmando que todas as mulheres devem ter uma assistência respeitosa e ser tratada com dignidade, sendo respeitados todos os seus direitos.

## 2.2 FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O art. 6º da Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos trata sobre o consentimento do paciente em ser submetido a tratamento médico, dizendo que qualquer intervenção médica, seja ela de caráter terapêutico, preventivo ou diagnóstico, só deve ser realizado com o consentimento prévio, livre e esclarecido do paciente. Ainda diz que o consentimento deve ser manifesto e poder ser retirado a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito (ONU, 2005).

A violência obstétrica se concretiza de diversas formas, entre elas:

### 2.2.1 Episiotomia

A episiotomia é uma agressão que ocorre durante o parto normal, um corte cirúrgico feito entre a vagina e o ânus (em um local chamado períneo), com a justificativa de facilitar a saída do bebê no momento da expulsão. Muitas vezes, essa agressão é feita mesmo sem o consentimento da mãe, sem que a mesma autorize, o que torna a episiotomia uma violência física, sexual e psicológica.

Esse procedimento cirúrgico vem sendo usado de forma rotineira, mesmo quando não há necessidade. No Brasil, calcula-se que é realizado em aproximadamente 94% dos partos vaginais, sendo que o percentual ideal seria aproximadamente 20% dos casos (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

Alguns estudos apontam que mulheres que sofreram lacerações naturais, e não foram submetidas a episiotomia, ficaram com seu períneo inteiro ou, se precisaram levar pontos, sofreram menos traumas e cicatrizaram bem mais rápido do que mulheres que sofreram a episiotomia, por ser um trauma superficial e não profundo como um corte.

Os pontos da episiotomia são feitos com fios cirúrgicos absorvíveis pelo organismo. Essa sutura também é chamada de “ponto do marido”, que seria um ponto para deixar a vagina mais “apertada”, supondo que isso seja prazeroso ao homem (SÃO BENTO; DA SILVA SANTOS, 2006). Logo, além de ser uma cruel forma de violência obstétrica, também mostra o quão machista é a sociedade, mais uma vez intervindo no corpo da mulher a favor do homem, e por este motivo é considerada por muitos profissionais uma mutilação genital.

A episiotomia pode provocar vários problemas, alguns deles muito graves, ainda que raros. A episiotomia de rotina (praticada na maioria dos partos vaginais) pode causar maior perda de sangue, mais dor durante o parto, hematoma, maior risco de laceração do ânus (que pode causar incontinência fecal), mais dor no pós-parto, complicações na cicatrização como deiscência (pontos podem abrir), infecção, mais tempo para cicatrização, sutura mal feita, mal posicionamento das bordas da sutura, endometriose na cicatriz, pontos demasiadamente apertados, maior tempo de recuperação, dor para sentar, dor para subir escadas, dor no ato sexual (dispareunia), risco aumentado de lacerações no parto seguinte, resultados estéticos insatisfatórios, autoestima afetada devido à estética da cicatriz, menos satisfação com o parto, autoestima afetada devido à dor no ato sexual, constrangimento em relação com o(a) parceiro(a) e necrose. No lugar onde foi feita a episiotomia, pode ficar uma cicatriz visível ou mesmo um queleide (cicatriz grande e endurecida). O risco de ter laceração perineal nos partos seguintes é maior para as mulheres que sofreram episiotomia, principalmente as lacerações mais graves (KONDO, 2014).

A episiotomia submete a mulher a diversos riscos, sendo necessário evitá-la ao máximo e realizá-la apenas em extrema necessidade, o que não é a realidade nas maternidades do Brasil, visto que é um procedimento realizado como rotina, e na maioria das vezes, de forma desnecessária.

### **2.2.2 Manobra de Kristeller**

A Manobra de Kristeller é considerada uma agressão física, pois é um procedimento invasivo e perigoso, em que o profissional da saúde pressiona a parte superior do útero da paciente, com a finalidade de agilizar a saída do bebê pelo canal vaginal:

‘Além de não ser eficaz, a manobra pode provocar sérios danos para a mulher e para o bebê, como rupturas de costelas e hemorragias’, afirma a enfermeira obstétrica do hospital de Belo Horizonte Sofia Feldman, Vera Bonazzi (FORMENTI; CAMBRICOLI, 2018).

É um procedimento danoso e ofensivo ao corpo da mulher e também ao corpo do bebê, havendo casos em que o nascituro ficou com sequelas neurológicas em decorrência desta manobra, que foi banida pela OMS em 1952, e apesar de estar atreladas a inúmeros traumas materno-fetais, ainda é realizado em muitos hospitais brasileiros.

Entre os riscos decorrentes mais frequentes desta prática estão: hemorragias; desprendimento prematuro da placenta; aumento do risco de descolamento do períneo e/ou da vagina em terceiro ou quarto grau; rotura do útero e inversão uterina; fratura das costelas; falta de ar da parturiente; traumatismos e lesões graves no bebê, desde uma clavícula quebrada até danos cerebrais (FERREIRA, 2018).

Para realizar este procedimento, usam as mãos, braços, antebraços, joelhos, e já ocorreram alguns casos em que o profissional da saúde subiu em cima da parturiente para efetuar a manobra (SILVA; SAUAIA; SERRA, 2016). Essa intervenção considerada uma agressão física também pode provocar lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias, problemas psicológicos à mulher, além dos riscos em que coloca o bebê.

### **2.2.3 Proibição de acompanhante**

É comum em muitos hospitais no Brasil a proibição de acompanhante para a gestante, o que contraria a Lei Federal n.º 11.108 de 2005, que diz:

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).

De acordo com Silva, Sauaia e Serra (2016), menos de 20% das mulheres são autorizadas a terem a presença de um acompanhante durante todo o período de internação, ainda mais se tratando de mulheres de baixa renda, usuárias do setor público de saúde e no processo do parto vaginal. O impedimento da entrada de um

acompanhante indicado pela parturiente configura mais uma forma de violência obstétrica.

#### **2.2.4 Negação de atendimento**

Diferente do que muitas pessoas acreditam, a violência obstétrica não ocorre somente no momento do parto propriamente dito, mas também no momento em que é negado atendimento à mulher, seja na sua gravidez, no seu parto ou até mesmo no puerpério.

Em uma consulta pré-natal, por exemplo, se for da vontade da gestante ter um parto vaginal, e o obstetra se recusar a fazer esse tipo de parto, ou quando a gestante chega em trabalho de parto em um hospital ou maternidade, e eles a mandam para casa alegando que ainda não é a hora do parto, sem realizar nenhum exame, ou ainda com a alegação de que não há leitos suficientes, ali a gestante já está sofrendo uma violência obstétrica, pois é dever do hospital atendê-la.

#### **2.2.5 Coação para o parto cesárea**

São vários os procedimentos que podem constituir a violência obstétrica, um deles é o parto cesárea quando realizado de forma imposta e desnecessária. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 52% dos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são cesáreas, enquanto na rede privada, esse número aumenta para 88%. O número recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é 15% (POMPEO, 2014). Essa preferência dada a cesariana pelos médicos, pode se caracterizar uma violência obstétrica grave se comprovado qualquer tipo de coação contra a paciente.

A cesariana é uma forma de parto invasiva e indicada para situações em que não é possível ou que há chances de o parto vaginal não ocorrer com segurança, para preservar a saúde materna e/ou fetal, ou seja, uma forma de parto para emergências.

É muito comum os casos em que há falsas indicações da cesariana, como: falta de dilatação; falta de passagem; cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê; bebê

sentado; entre outras. Gestantes usuárias do setor privado de saúde estão mais propensas a este tipo de violência, pois os obstetras quase sempre possuem a intenção de lucrar, pois os partos são agendados, assim podendo realizá-los também em mais quantidade.

A indicação desnecessária de cesariana cresce e são muitas as falsas indicações que são alegadas para desencorajar a mãe a ter seu filho de maneira natural. A médica obstetra Melania Amorim e a obstetriz Ana Cristina Duarte, organizaram uma lista com falsas e reais indicações. Algumas das falsas indicações citadas por elas são: adolescência; idade materna avançada; circular de cordão; cegueira materna; bebê muito grande ou muito pequeno; cesárea anterior e várias outras indicações (SANTOS; GRISI, 2017).

Muitas gestantes, confiando no seu obstetra, não tem o conhecimento e não são informadas dos riscos que uma cesariana pode trazer, sendo uma cirurgia de emergência e de grande porte.

É importante ressaltar reais indicações para uma cesariana, como por exemplo, sofrimento fetal e pressão alta, que coloca a vida materna e/ou fetal em verdadeiro risco. Sendo assim, uma falsa indicação para uma cesárea, é mais uma forma de violência obstétrica.

Ainda segundo Amorim e Duarte (2016), em alguns momentos a cesariana é realmente indicada, como no caso de Prolapso de cordão com dilatação não completa; descolamento prematuro da placenta com feto vivo fora do período expulsivo; placenta prévia parcial ou total (total ou centro-parcial); apresentação córmica (situação transversa) durante o trabalho de parto (antes pode ser tentada a versão); ruptura de vasa prévia (SANTOS; GRISI, 2017).

A cesariana não é uma cirurgia simples como muitos pensam, é um procedimento que deve ser feito com cautela e quando há a real necessidade, pois colocam tanto a parturiente quanto o bebê em risco.

### **2.2.6 Uso inadequado da ocitocina**

Outro tipo cruel de violência obstétrica é o uso indiscriminado da ocitocina, um hormônio usado com o objetivo de acelerar o parto vaginal.

A ocitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior. Sua ação é central no trabalho de parto, já que é responsável pelo estímulo das contrações uterinas, e também na amamentação, pois atua no processo de ejeção do leite. [...] foi sintetizada no início da década de 1950, e sua versão sintética e industrial passou a ser utilizada em obstetrícia para induzir e acelerar o trabalho de parto (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

Esse hormônio, quando utilizado de forma adequada, auxilia mulheres que, naturalmente, não conseguiram entrar em trabalho de parto, ou não dilataram o suficiente dentro do tempo permitido para que seja algo saudável tanto para a parturiente quanto para o nascituro. Deve ser algo indicado para casos específicos, o que não é o que ocorre nas maternidades brasileiras, visto que é algo utilizado indiscriminadamente, mesmo não sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O uso da ocitocina, muito conhecida pelas gestantes como “soro” ou “sorinho”, se tornou um uso rotineiro, na maioria das vezes com o objetivo de acelerar o fluxo natural do parto, assim fazendo uma quantidade maior de partos em um espaço menor de tempo:

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

Thais Stella, atendida na rede pública no Hospital Sorocabana, Lapa em São Paulo-SP (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Esse hormônio aumenta as contrações uterinas, e conseqüentemente as dores da parturiente, entre outros riscos que pode ocasionar: “[...] baixo índice de Apgar, frequência cardíaca fetal alterada, hemorragia pós-parto, hiperestimulação uterina, bem como náuseas e vômitos” (COSTA, 2014).

Portanto, é uma intervenção que deve ser muito bem analisada e indicada adequadamente pelo profissional de saúde, e não algo usado rotineiramente como vem sendo em muitas maternidades brasileiras.

### **2.2.7 Posições restritas durante o trabalho de parto**

Um tipo de violência obstétrica não muito conhecido, mas muito vivenciado pelas parturientes, é a restrição de posição no trabalho de parto:

Conforme a pesquisa 'Nascer no Brasil', 91,7% das brasileiras parem deitadas, ou seja, na posição chamada de litotômica/ginecológica. Contudo, ela é extremamente incorreta, visto que não respeita a fisiologia natural da mulher, o que gera esforços e riscos desnecessários (FERREIRA, 2018).

Antigamente, a forma mais comum durante o parto, era a mulher na posição vertical. Foi após o século XXI que se adotou a posição horizontal, atualmente considerada como a posição clássica para parir, o que contribuiu muito para o uso de tecnologias e procedimentos desnecessários, e trouxe alguns malefícios tanto para a parturiente quanto para o feto.

Com base nas evidências científicas, atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a parturiente não seja colocada em posição de litotomia durante o trabalho de parto e parto, pois considera prejudicial ou ineficaz. No entanto, cada mulher deve ter a liberdade de escolha sobre a sua posição.

Evidências recentes mostram que a posição vertical ou lateral, quando comparadas com as posições horizontais (supina ou de litotomia), reduz a duração do período expulsivo, a queixa de dor severa, o número de partos operatórios, a necessidade de episiotomia e as alterações no batimento cardíaco fetal. Entretanto, o uso dessa posição está relacionado ao aumento do número de lacerações perineais de segundo grau e perda sanguínea maior que 500 ml. Considerando os riscos e benefícios das diferentes posições, deve-se permitir que as mulheres tomem decisões informadas sobre as posições de parto e assumam aquela que desejarem (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009).

A parturiente deve ter o direito de decidir em qual posição se sente mais confortável para parir, e essa restrição imposta pelas maternidades brasileiras é considerada uma violência obstétrica.

### **2.2.8 Violência moral e psicológica**

Outra forma de violência obstétrica, mas não menos importante, são as agressões verbais e psicológicas que não é raro gestantes sofrerem nas maternidades

brasileiras. Essas agressões configuram uma grave forma de violência obstétrica, podendo ocorrer tanto na hora do parto em si, quanto na gravidez e no puerpério.

Algo mais frequente do que se imagina, são as humilhações, piadas, desprezo, xingamentos, entre outros atos cruéis que a mulher sofre pela equipe médica, que a deixa vulnerável, insegura e aterrorizada. Muitas vezes também sofrem ameaças, e não podem sequer exteriorizar a intensa dor do parto. Também é comum sofrerem discriminação e preconceito, seja por conta da idade, raça, condição socioeconômica, aparência física, entre outros.

[...] 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 violência moral e psicológica chega a ser tão cruel quanto a violência física, pois há humilhação, chantagem e culpabilização, frases ditas que acompanharão a mulher pelo resto de sua vida, podendo desencadear até mesmo problemas psicológicos.

### **2.2.9 Outros exemplos**

Além das formas já mencionadas, existem várias outras formas de se caracterizar a violência obstétrica, como o impedimento do contato do bebê com a mãe logo após o nascimento, o descaso que algumas maternidades fazem com mulheres em situação de abortamento, a raspagem dos pelos íntimos sem o consentimento da parturiente, exame de toque feito excessivamente e sem necessidade, entre outros procedimentos abusivos, invasivos, e na maioria das vezes feito sem o consentimento da mulher.

## **2.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**

No Brasil, foi no século XIX que o parto passou radicalmente de um evento caseiro e feminino para o ambiente hospitalar e um evento médico. Há estudos que dizem que

essa brusca mudança não foi com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, mas sim para que os médicos treinassem suas técnicas e assim desenvolvessem tecnologias para o parto, o que não seria possível se ainda fossem realizados por parteiras:

[...] o grande esforço dedicado, no Brasil do século XIX, para que os partos domiciliares fossem suprimidos e transformados em hospitalares não foi movido pelo objetivo de reduzir as mortes maternas, mas sim, como afirma Sena (2016), com o objetivo de consolidar o controle masculino da prática médica científica, o desenvolvimento tecnológico e a consolidação da medicina moderna. Tudo isto concorreu para a transformação dos 'processos antes compreendidos como saudáveis, normais e naturais em processos socialmente construídos como patológicos, anormais e não naturais, necessitando, no mínimo, de monitorização contínua' (OLIVEIRA, 2019).

Foi após essa mudança que a mulher passou a não ser mais considerada como a protagonista do seu parto, mas sim como um objeto, uma máquina de parir, e o produto seria o bebê. O parto começou a ser visto como uma linha de produção, e como algo lucrativo, e assim começou a surgir a violência obstétrica.

Quem começou a abordar o tema da violência obstétrica foram os grupos feministas: "O pioneiro Espelho de Vênus, do Grupo Ceres, na década de 1980, fazia uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta" (DINIZ et al., 2015).

No final da década de 1980, a violência obstétrica foi abordada como tema das políticas de saúde: "[...] o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconhecia o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo da atenção à saúde das mulheres" (DINIZ et al., 2015).

Ainda de acordo com Diniz, o tema da violência obstétrica foi negligenciado:

Porém, ainda que o tema estivesse na pauta feminista e mesmo na de políticas públicas, foi relativamente negligenciado, diante da resistência dos profissionais e de outras questões urgentes na agenda dos movimentos, e do problema da falta de acesso das mulheres pobres a serviços essenciais (DINIZ et al., 2015).

Em 1993, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e o Departamento de Medicina Preventiva da USP passaram a ministrar cursos acerca da violência obstétrica, o que deu destaque e até mesmo foi publicado um pequeno manual sobre o tema (DINIZ, et al., 2015).

Atualmente, o tema ganhou mais repercussão, sendo mais discutido e ganhando mais interesse acadêmico, por meio de trabalhos e pesquisas, sendo aos poucos reconhecida a sua importância, o que é de extrema necessidade, visto que no Brasil há um número alarmante de ocorrências de violência obstétrica.

Um dos exemplos é o enorme número de cesáreas desnecessárias que são realizadas, contrariando totalmente a porcentagem indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 15%. Na rede privada, já chegou ao número de 88% dos partos serem cesáreas.

É importante questionar se esse número elevado não seria em decorrência da violência obstétrica rotineira que ocorre nas maternidades brasileiras, que causa um enorme medo nas gestantes, o que as fazem eleger um parto cesárea por entenderem que assim estarão mais seguras:

No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor.

O estudo de Souza (1992) em São Paulo, mostra que, na opinião de parte significativa das entrevistadas, o atendimento aos partos é violento, os funcionários são agressivos, frequentemente humilham as pacientes e não respeitam sua dor. Outro estudo conduzido em São Paulo mostra que a negligência e os maus-tratos na assistência ao parto são frequentes nos relatos das mulheres, mobilizando nelas um intenso sentimento de injustiça (DINIZ, 2001).

De acordo com o estudo de Ana Paula Barbosa Daguano (2017):

Após a análise separada dos materiais coletados para observação, conclui-se que no Brasil o índice de violência obstétrica é relativamente grande. Com dados consegue-se observar que existe uma média, que a cada uma entre quatro gestantes/parturientes no Brasil, sofrem algum tipo de Violência Obstétrica.

É extremamente importante que a discussão acerca da violência obstétrica ganhe cada vez mais espaço e mais visibilidade, para que assim possam ser criados mecanismos para combatê-la.

## 2.4 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A violência contra a mulher é um problema muitíssimo sério, que inclui crimes como: agressões físicas; estupros; abusos psicológicos; violência racial; assassinatos; entre outros.

Essa violência vem sendo destaque desde a década de 1970, mas nos últimos anos diversos serviços foram criados em prol dessa discussão:

No Brasil, nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a questão, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), de gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso (SCHRAIBER, 2002).

É significativa, nos serviços de saúde, a presença de mulheres que sofreram ou estão sofrendo algum tipo de violência contra a mulher, sendo as mais comuns na forma de violência física, psicológica ou sexual, e na maioria das vezes essa violência é praticada pelo seu parceiro.

No Brasil, estudo em Unidade Básica de Saúde de São Paulo, mostra que mais de 40% das usuárias relataram violência física pelo menos uma vez na vida por qualquer agressor, sendo a violência por parceiro ou familiar de 34,1%. Outro estudo similar, em Porto Alegre, encontrou 38% de violência por parceiro física e 9%, sexual (SCHRAIBER, 2007).

Os serviços de saúde são essenciais para a percepção de problemas como a ocorrência da violência contra a mulher, devendo os profissionais estarem preparados, visto que há a oportunidade de detectar o problema e tomar providências, evitando de que algo mais grave ocorra.

Muitas mulheres procuram os serviços de saúde após sofrerem algum tipo de violência, a fim de buscar ajuda, mas muitas vezes perdem a coragem, por medo de seu agressor, ou até mesmo por medo de não ser amparada:

Apesar de frequente, apresentando prevalência mais alta do que muitas patologias, a violência de gênero sofre uma invisibilidade de origem social. Destaca-se nessa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência entre

parceiros íntimos é um problema privado, que só pode ser resolvido pelos envolvidos. As normas e leis da sociedade, até recentemente, permitiam ou não puniam a violência de gênero, como nos casos de assassinatos de mulheres em que se alegava a defesa da honra. As escolas formadoras de profissionais da saúde não preparam para o manejo de casos de violência, o que pode contribuir para sua não detecção.

A procura pelo serviço de saúde decorre da necessidade de cuidado provocada pela violência física, pelas sequelas psicológicas, além de sintomas vagos e dores inexplicáveis. Muitas vezes a mulher não se dispõe a relatar os episódios de violência que sofre, mantendo o problema oculto, dificultando seu diagnóstico. Além disso, a falta de instrumentos de acolhimento e arsenal resolutivo para o problema faz com que os profissionais de saúde compactuem com essa invisibilidade (MARINHEIRO; VIEIRA; SOUZA, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a violência contra a mulher, perceber os sinais de alertas que precisam ser acolhidos, e que muitas vezes são ignorados, como os casos de Ruth e Marta (nomes fictícios), que relataram suas experiências em um serviço de psicologia do Sistema Único de Saúde (SUS):

Ruth acordou em um Serviço de Emergência, após tentativa de suicídio por ingestão abusiva de remédios. À equipe que a atendeu explicou, lentamente, o que havia acontecido, e chorando, ela reafirmava que não queria ter sido acudida. Os profissionais prescreveram medicamentos e orientaram a família, a necessidade de Ruth procurar o Posto de Saúde mais próximo de sua residência para iniciar psicoterapia e auxiliar no quadro depressivo. O marido de Ruth observou o papel, confirmou a orientação médica. Ao chegar a casa, olhou para ela e complementou: 'nem pra morrer, você presta'.

No Ambulatório da Neurologia, Marta, aguardava a realização de uma tomografia computadorizada. Os médicos suspeitavam de tumor, frente aos sintomas recorrentes de cefaleia, perda da coordenação motora e da audição. Enquanto a enfermeira preenchia os papéis, ela suspirava e decidia se contaria que o companheiro a espancava na cabeça. Resolveu que ainda não seria o momento e entrou para o exame (PEDROSA; SPINK, 2011).

É de extrema importância que os profissionais de saúde tenham um olhar mais humanizado para suas pacientes, que as enxergue como seres individualizados e analise seu caso isoladamente, perceba os sinais, assim tendo a oportunidade de salvar muitas vidas, ou evitar muitas sequelas que a violência contra a mulher pode causar.

### 3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A LUTA PELO RECONHECIMENTO E O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO

A violência obstétrica, como já discutida, é um assunto que vem ganhando voz nos dias atuais, e até este momento está na luta para que ocorra a sua tipificação e judicialização no ordenamento jurídico brasileiro, como já ocorreu em alguns países.

A Convenção Interamericana para Prevenir Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher de 1994, ou Convenção de Belém do Pará, no seu primeiro artigo conceituou a violência contra a mulher como sendo: “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

Em nossa sociedade, em todos os campos, há uma naturalização em relação a violência contra a mulher, inclusive na área da assistência à saúde. Não é incomum, ao ocorrer uma intercorrência durante o parto, os profissionais de saúde culparem a parturiente:

“Viu o que você fez com o seu filho?”

Fala recorrente de médicos na sala de parto diante de morte de bebê durante o parto, Maternidade Pró-Matre, Vitória-ES

“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

“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!’.” C. atendida na rede pública, em Vila Velha-ES (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Alguns países latino-americanos tipificaram a violência obstétrica, a inserindo em seus ordenamentos jurídicos, sendo o pioneiro deles a Venezuela, e em seguida a Argentina.

Na Venezuela, foi promulgada a *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, de 19 de março de 2007:

Ao comemorar o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, na data de 25 de novembro de 2006, a Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Esta lei foi publicada na Gazeta Oficial nº 38.647, do dia 19 de março de 2007, e tipificava, no seu artigo 15, as 19 formas de violência contra a mulher, entre as quais se encontra a violência obstétrica, no numeral 13 (SILVA, 2017).

Esta mesma Lei Venezuelana tipifica a violência obstétrica assim sendo:

[...] a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (CURI; BAPTISTA, 2018).

Posteriormente, a Argentina promulgou, em 1º de abril de 2009, a Lei n.º 26.485/2009, *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*, ou seja, a lei de proteção integral para prevenir, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos em que desenvolvem suas relações interpessoais:

Na Argentina, por sua vez, define-se, nos termos da lei violência 26.485/2009, a violência obstétrica como: 'aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais' (CURI; BAPTISTA, 2018).

Em 2005, no Brasil, foi publicada a Lei n.º 11.108, ou Lei do Acompanhante, que foi um grande avanço para a proteção dos direitos da parturiente e obrigam as unidades de saúde a permitir um acompanhante da escolha da parturiente, durante toda a duração do parto e também pós-parto, uma conquista muito importante para a mulher, mas que nem sempre é seguida pelas maternidades:

[...] os relatos frequentemente incluem: comentários agressivos, xingamentos, ameaças, discriminação racial e socioeconômica, exames de toque abusivos, agressão física e tortura psicológica. Muitas vezes essas

mulheres estão sozinhas, pois são impedidas de ter um acompanhante, o que fere a Lei Federal nº 11.108/2005.

É bastante frequente, em instituições privadas, o estabelecimento de protocolos superiores à legislação vigente. Já algumas instituições públicas ou conveniadas ao SUS alegam desconhecimento do dispositivo, ou atribuem ao setor privado o direito ao acompanhante como uma espécie de “privilégio”, infringindo, portanto, os dispostos da Lei nº 8.080/90. Para fins de aplicação da Lei Federal 11.108/05 que garante o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, o pós-parto imediato é considerado como os primeiros 10 dias após o parto, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.418/05. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No Brasil, ainda não há uma legislação específica que trate da violência obstétrica, sendo a legislação muito genérica, utilizando-se de alguns artigos do nosso Código Penal e Civil para que a violência obstétrica seja punida:

Nos casos de violência obstétrica, o Código Penal brasileiro estabelecido pelo Decreto-Lei nº 2.848 de 1940, pode ser utilizado nos casos que levem à morte da gestante pela tipificação do homicídio art. 121/CP, observando a modalidade culposa ou dolosa que interferirá na penalidade. Nos casos de omissão de socorro, art. 135/CP. No evento de xingamentos, constrangimentos e desrespeitos, sendo estes ensejos para injúria, previstos no artigo 140 do Código Penal. Na ocorrência de lesão corporal, previsto no artigo 129/CP, o que acontecem muitos nos procedimentos de episiotomia mal feitas, na qual a mulher é cortada demasiadamente no períneo (corte feito entre a vagina e o ânus para passagem do bebê) e recebe vários pontos para o fechamento deste. Sendo que, algumas vezes os procedimentos mal executados propiciam anomalia na genitália feminina, garantindo à mulher o direito de perceber o dano estético ressalvado pelo Código Civil de 2002 (MELO, 2017).

Atualmente tramitam na câmara dos deputados 3 projetos de leis que tratam sobre a violência obstétrica:

- **PROJETO DE LEI N.º 7.633/14**

Em 2014 foi promulgado o Projeto de Lei 7.633/14 de extrema importância, do deputado federal Jean Wyllys: “Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

Em seu primeiro artigo já destaca o direito de toda gestante e/ou parturiente de ter uma assistência humanizada, mesmo sendo em situação de abortamento, seja ele espontâneo ou provocado:

Para os efeitos desta Lei, a assistência humanizada à gestação, ao pré-parto, ao parto, ao abortamento e ao puerpério é aquela preceituada pelas recomendações do Manual de Boas Práticas de Atenção ao Parto e o Nascimento da Organização Mundial de Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), as Portarias 569/2000, 1.067/2005 e 1.459/2011 do Ministério da Saúde, e em conformidade com as orientações da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC nº 36/2008 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

Ressalva que, para que seja considerada uma assistência humanizada, é preciso que ocorra o mínimo de intervenções por parte dos profissionais da saúde, que sempre seja preferível métodos mais naturais, que não sejam invasivos, sempre com consentimento da mulher, respeitando sempre as fases do parto natural e o processo do nascimento.

É imprescindível que a parturiente seja respeitada, tanto fisicamente, devendo manter a preservação de sua intimidade durante todo o atendimento, quanto em relação as suas crenças e culturas.

Este Projeto de Lei n.º 7.633/14 assegura a gestante a escolher os procedimentos que lhe deixe segura e confortável, incluindo métodos para alívio da dor, escolha da posição durante o parto, assim como escolher as circunstâncias em que o parto ocorrerá. Também garante a presença de um acompanhante da escolha da parturiente.

A parturiente deve ser mantida sempre bem informada e orientada, assim como seu acompanhante, deixando-os seguros e confortáveis:

Art. 4º - Toda mulher, em relação à gestação, trabalho de parto, parto, abortamento e puerpério, tem direito:

I – a ser tratada com respeito, de modo individual e personalizado, garantindo-se à mulher a preservação de sua intimidade durante todo o processo assistencial, bem como o respeito em relação às suas crenças e cultura;

II – a ser considerada, em relação ao processo de nascimento, como uma pessoa em sua integralidade, respeitando-se o direito à liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir voluntariamente como protagonista de seu próprio parto;

III – ao parto natural, respeitadas as fases biológica e psicológica do processo de nascimento, evitando-se práticas invasivas e medicalizadas sem que haja uma justificativa clínica de acordo com o processo de saúde-doença da parturiente ou do concepto;

IV – a ser informada sobre a evolução de seu parto e o estado de saúde de seu filho ou de sua filha, garantindo-se sua autonomia para autorizar as diferentes atuações dos e das profissionais envolvidos no atendimento ao parto;

- V - a ser informada sobre as diferentes intervenções médico-hospitalares que podem ocorrer durante esses processos, de maneira que possa optar livremente quando existirem diferentes alternativas;
- VI – a ser informada, desde a gestação, sobre os benefícios da lactação e receber apoio para amamentar o recém-nascido desde a primeira meia hora de vida; [...] (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

Pontua os direitos que a parturiente tem de possuir um acompanhante de sua escolha durante o pré-natal, parto e pós-parto, e o direito de ter o recém-nascido sempre ao seu lado, ou de acompanhá-lo caso precise de cuidados especiais. Também ressalta a importância de ser elaborado um plano de parto, nele indicadas as suas vontades:

- I – à presença ou não, durante todo o trabalho de parto ou em parte dele, de um(a) acompanhante livremente indicado por ela, nos termos da Lei 11.108/2005;
- II – à presença de acompanhante nas consultas preparatórias para o parto e/ou nas consultas de pré-natal;
- III – à utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- IV – à realização de analgesia farmacológica para alívio da dor com administração de anestésicos, após ser a parturiente informada sobre os riscos e benefícios de tal procedimento para o binômio mãe-filho(a);
- V – ao modo como serão monitorados os batimentos cardíacos;
- VI – ao uso de posição verticalizada no parto;
- VII – ao alojamento conjunto (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

Em seu art. 10, o Projeto de Lei n.º 7.633/14 torna obrigatória a justificativa clínica para a realização dos seguintes procedimentos:

- I - a administração de enemas;
- II - a administração de ocitocina sintética;
- III - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;
- IV - a amniotomia;
- V - a episiotomia;
- VI - a tração ou remoção manual da placenta;
- VII – a adoção de dieta zero durante o trabalho de parto (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

A violência obstétrica é de fato conceituada, no art. 13 do Projeto de Lei n.º 7.633/14:

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 (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

No art. 14, são listados os atos considerados violência obstétrica, incluindo os maus-tratos à mulher, de qualquer forma que seja a coação de cesariana sem que seja necessária; submeter a parturiente a procedimentos invasivos; dolorosos e humilhantes; realizar a episiotomia sem que haja necessidade; ou, mesmo havendo, sem que a mulher seja devidamente comunicada sobre a necessidade do procedimento, e sem que a mesma consinta verbalmente, impedir ou retardar o contato da mulher com a criança após o parto, entre outros. Destaca que todas as disposições da lei se aplicam também a mulheres em situações de abortamento e no parto de natimorto.

Este Projeto de Lei n.º 7.633/14 também trata dos direitos que a criança recém-nascida possui:

- I – ao nascimento digno e seguro, e à oportunidade de desenvolvimento saudável desde o primeiro momento de vida;
- II – a ser mantida ligada à placenta pelo cordão umbilical por, no mínimo, cinco minutos, a fim de garantir o suprimento de sangue e nutrientes necessários, 10 devendo o cordão umbilical ser cortado somente após a cessação da pulsação espontânea, salvo nos casos de urgente necessidade de intervenção para cuidados especiais;
- III – a ser entregue à sua mãe para contato pele-a-pele e amamentação em livre demanda imediatamente após nascer e durante a primeira meia hora de vida;
- IV – a não ser separada de sua mãe para realização de procedimentos de rotina, devendo a realização de quaisquer exames ser feita com a criança no colo de sua mãe, salvo nos casos especiais devidamente justificados ou em que haja necessidade de sua remoção para cuidados urgentes e especiais;
- V – a não receber leite artificial ou equivalente, quando conseguir mamar, nem receber medicamentos ou substâncias sem autorização da mãe, durante todo o período de permanência no estabelecimento de saúde;
- VI – a ser amamentada em livre demanda e ser acompanhada presencial e continuamente por sua mãe para contato pele-a-pele quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem restrição de horário ou dias da semana, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal; [...] (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

O Título II do Projeto de Lei n.º 7.633/14 trata da erradicação da violência obstétrica, destaca que as ocorrências de violência obstétrica deverão ser relatadas à ouvidoria dos serviços de saúde e às Comissões de Monitoramento dos Índices de Cesarianas e de Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO), com o objetivo de punir os atos

relatados, praticados pelos profissionais da equipe de saúde, uma vez que, constituem infração à legislação sanitária federal, resultando penalidades ao estabelecimento de saúde. Também destaca que os profissionais de saúde estão sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.

Em seu art. 19, obriga as universidades a implementarem conteúdos disciplinares relativos ao atendimento à saúde da mulher e do conceito em sua grade curricular.

Ao decorrer deste Título, destaca a importância da assistência humanizada, ambiente desmedicalizado, garantia de respeito a intimidade e à privacidade da parturiente, respeitando o parto como um evento fisiológico e também a sua devida duração, sem qualquer tipo de discriminação.

No art. 24, ressalta o dever do Poder Executivo Federal:

Art. 24 - O Poder Executivo Federal, em conjunto com instituições de ensino e de saúde, e entidades representantes da sociedade civil, devem praticar regularmente as estratégias promovidas pela Organização Mundial de Saúde, segundo compromissos nacionais e internacionais de promover os direitos humanos e de executar metas de Pactos pela Vida e de redução da mortalidade materna e perinatal (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

O deputado federal tratou, no Título III, de um grande problema que há no Brasil, que é o grande número de cesáreas desnecessárias feitas, contrariando a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Destaca que o número de cesáreas não deve ultrapassar o percentual recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com exceção dos hospitais-maternidades que possuem maior demanda de atendimentos de alto risco.

Exige também, por meio de portarias, a criação de Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e das Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO), e também algumas acerca dessas comissões.

Em sua justificativa, O deputado Jean Wyllys cita a pesquisa divulgada pela Fundação Perseu Abramo e o Serviço Social do Comércio (SESC) sobre “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”:

[...] revelou inúmeras queixas em relação aos procedimentos dolorosos realizados pelos profissionais de saúde antes, durante e após o parto, sem consentimento da gestante e/ou sem a prestação das devidas informações. As denúncias vão desde a falta de analgesia, passando por negligência médica, até diversas formas de violência contra as parturientes.

Essa pesquisa também revelou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou durante o parto. O assunto teve ainda mais repercussão quando várias mulheres, ao terem acesso aos dados da pesquisa, confirmaram ter passado por situação semelhante durante o parto de seu(s) filho(s) (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2014).

Também destaca o fato de o Brasil ser líder no ranking mundial de cesarianas, contrariando totalmente o percentual considerado ideal pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de apenas 15% dos nascimentos.

#### ▪ **PROJETO DE LEI 7.867/17**

A deputada federal Jô Moraes também propôs um projeto de lei referente a violência obstétrica, em 2017, sendo este o Projeto de Lei n.º 7.867/17: “Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

Neste Projeto de Lei n.º 7.867/17, a deputada conceituou a violência obstétrica em seu art. 3º:

Art. 3º. Considera-se violência obstétrica todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

Considerou nesta lei, obrigatória a elaboração do plano de parto, uma comunicação entre a gestante e os profissionais de saúde, relatando tudo o que ela gostaria que ocorresse e que não ocorresse em seu parto, o que tornaria o parto algo bem mais respeitoso, trazendo mais segurança a parturiente.

Em seu art. 4º, listou atos que configuram a violência obstétrica, como tratar a gestante ou parturiente de forma que a faça se sentir mal, tratá-la de forma inferior, recusa de atendimento, impedi-la de se comunicar pessoalmente ou por telefone, deixar de aplicar anestesia na parturiente, entre outros.

A deputada ainda ressalta, no art. 5º, que os estabelecimentos de saúde ou equiparados, deverão expor cartazes informativos, com todos os atos que constituem violência obstétrica, os quais estão descritos no art. 4º, e além disso,

também deverão informar os órgãos e trâmites para que sejam encaminhadas as denúncias de violência obstétrica.

Em sua justificativa, pontua os números alarmantes de mulheres que já sofreram violência obstétrica em nosso país, trazendo à tona a necessidade de uma legislação específica para o tema.

- **PROJETO DE LEI N.º 8.219/17**

O deputado federal Francisco Floriano, em 2017, propôs o Projeto de Lei n.º 8.2019, no qual evidenciou a violência obstétrica praticada por profissionais da saúde contra gestantes e/ou parturientes: “Art. 1º. Esta Lei dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2017).

Em seu art. 2º, conceituou a violência obstétrica como sendo as intervenções que são impostas às mulheres nas instituições e por profissionais que as atendem, causando diversos danos tanto físicos quanto psicológicos.

No art. 3º desta lei, citou os procedimentos praticados pelos profissionais da saúde que configuram a violência obstétrica, dentre eles a negativa de atendimento, impedimento de um acompanhante da escolha da parturiente, cesárea sem indicação clínica e sem o consentimento da mulher, entre outros já citado neste trabalho. A pena para estes atos seria de detenção, de 6 meses a 2 anos, e multa.

Também trata especificamente da episiotomia, enfatizando que este procedimento é inadequado e violento, devendo ser realizado apenas em extrema necessidade, e a pena sendo de detenção, de 1 a 2 anos, e multa.

Em sua justificativa, o deputado ressaltou que no mundo inteiro mulheres sofrem maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde onde são atendidas, destacando a importância de seu projeto de lei, que possui como objetivo o impedimento de que mulheres sofram qualquer tipo de violência por médicos e/ou profissionais da saúde durante o parto ou logo após.

- **LEI N.º 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017**

Em agosto de 2017, foi publicado o Decreto n.º 1.269, que regulamentou a Lei Estadual n.º 17.097, cujo a mesma dispõe sobre a implantação de medidas de

informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

Esta lei conceitua a violência obstétrica em seu art. 2º, além de tratar, no seu art. 3º e incisos, os atos que são considerados violência obstétrica:

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério (Art. 4º da Lei 17.097, de 17 de janeiro de 2017).

A Lei Estadual n.º 17.097 também deixou a Secretaria de Estado da Saúde encarregada de elaborar a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, com uma linguagem simples e acessível, para que todas as mulheres sejam conscientizadas e fiquem cientes de seu direito de um atendimento hospitalar digno e humanizado.

Além disso, deixa os estabelecimentos hospitalares obrigados a expor cartazes informativos contendo todos os atos considerados ofensa verbal ou física, conforme tratado no art. 3º. Nos cartazes também devem ser informados os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência obstétrica. Os órgãos públicos é quem são responsáveis de realizar a fiscalização, além de aplicar as devidas sanções.

Existe uma enorme luta para o reconhecimento e processo de judicialização da violência obstétrica em âmbito federal, pois são condutas que precisam ser consideradas como crimes e punidas como tal. Há a necessidade e urgência de que este tema seja divulgado, para que a população seja conscientizada e que as gestantes e parturientes possam exigir seus direitos, assim se prevenindo de sofrer qualquer tipo de violência em seu pré-natal, parto e pós-parto, além de auxiliar na erradicação da violência obstétrica.

## **4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO AFRONTA AO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE HUMANA**

A violência obstétrica, como já discutida, é uma forma de violência de gênero; atos que ferem a mulher fisicamente e/ou psicologicamente; práticas desnecessárias e realizadas sem o seu consentimento, o que pode ocasionar diversos traumas. Não resta dúvida de que essa cruel forma de violência é uma afronta direta ao princípio da dignidade da pessoa humana.

A conquista dos direitos fundamentais foi algo histórico e de extrema relevância, uma vez que, na antiguidade, a mulher era vista apenas como propriedade de seu marido, muitas vezes sendo até mesmo casamento arranjado, não possuía escolha, direito ao voto, era criada apenas para ser esposa, dona de casa e mãe, além de ser tratada como submissa. As mulheres foram e infelizmente ainda são muito inferiorizadas, seja nos direitos fundamentais, e até mesmo na saúde e educação. Por meio de lutas muito importantes foram conquistando seus direitos, que mesmo nos dias atuais não são suficientes, pois é fato que ainda existe muita desigualdade, sendo cada vez mais importante as políticas públicas voltadas à mulher.

A nossa Constituição tem, como um de seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

III - a dignidade da pessoa humana; [...] (BRASIL, 1988).

Ingo Wolfgang Sarlet, jurista e magistrado brasileiro, conceituou juridicamente a dignidade da pessoa humana:

Temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos (SARLET, 2001).

A Constituição Federal, em seu art. 5º, define alguns de nossos direitos fundamentais, sendo a dignidade da pessoa humana um direito muito importante, pois, em tese, é a garantia de uma vida digna, e também a garantia de que todos somos iguais, não em aparência, mas sim de que temos os mesmos direitos:

A dignidade propriamente dita não é um direito, mas sim um valor intrínseco a todo ser humano, independente de sua idade, de sexo, de condição social ou de quaisquer outros fatores. Assim sendo, não há que se pensar em pessoa com mais dignidade que outra, pois todos a possuem como uma mesma qualidade inerente. Esse valor intrínseco deve ser respeitado pela comunidade que cerca o indivíduo e o Estado têm papel decisivo em sua defesa, pois ele deve trabalhar para a sua promoção e cuidado, fazendo-o através do resguardo dos direitos e dos deveres que garantam o seu pleno exercício (ALMEIDA, 2018).

É importante ressaltar que todas as pessoas possuem o direito a dignidade humana, independente do sexo, raça, classe social, religião, idade, aparência física ou qualquer outro tipo de discriminação, conforme destaca a própria Constituição Federal, em seu art. 5º, “[...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988).

Como já visto, a nossa Constituição prevê numerosos direitos fundamentais, inclusive a garantia de uma vida digna, mas a realidade é diferente, posto que muitas pessoas recebem tratamentos nem um pouco dignos, como diversos exemplos citados neste trabalho. Por conta disso, muitas mulheres ainda se sentem acanhadas em buscar seus direitos, em virtude do preconceito e da inferioridade que ainda existe, e quando os procuram, muitas vezes são desacreditadas e tratadas como se estivessem mentindo:

Tamanini (2009) indica como lesões a esses direitos, entre outras, a excessiva medicalização do corpo da mulher, uso indiscriminado dos corpos femininos como objeto de intervenção médica, a falta de respeito à autonomia pessoal da mulher não a ouvindo ou respeitando suas decisões, esterilizações sem consentimento, cesáreas indesejadas ou desnecessárias, o tratamento dado às mulheres na sala de parto, os procedimentos médicos invasivos; ela explica que são lesões diretas ao conteúdo inegociável dos direitos sexuais e reprodutivos. O exercício da sexualidade e da reprodução é inerente à dignidade humana, o conteúdo referente aos direitos sexuais e reprodutivos torna-se parte dos princípios dos direitos humanos (MARIANI; DO NASCIMENTO NETO, 2016).

Rotineiramente, mulheres são maltratadas nos hospitais/maternidade, influenciados pela cor, idade, região, religião, forma de pagamento e outras formas de discriminação, muitas vezes sendo esse tratamento algo cruel, que deixam eternas marcas, seja física ou psicológica, contrariando totalmente o princípio da dignidade da pessoa humana:

A dignidade é fundamento da autonomia existência da mulher, para além de um fundamento do estado democrático de direito a dignidade da pessoa humana é o princípio que legitima e confere unidade de sentido a toda ordem constitucional, ela significa proteção da pessoa, titular de direitos e deveres, nas relações em que participa, mesmo uma relação médico-paciente. A dizer é a dignidade da pessoa humana que serve de mandamento máximo dos outros princípios garantidores dos direitos fundamentais como os sociais (MARIANI; DO NASCIMENTO NETO, 2016).

Em sua totalidade, a violência obstétrica é uma completa violação a dignidade da pessoa humana, pois todos os direitos da gestante e/ou parturiente são violados de alguma forma, incluindo sua integridade física, moral e psicológica, podendo causar danos a saúde, muitas vezes irreparáveis, ou até mesmo o óbito da mulher ou de seu bebê.

#### ▪ **Direitos humanos**

Os direitos humanos são direitos inerentes a todos os seres humanos, sem qualquer distinção, incluindo o direito à vida, à liberdade de ir e vir, à segurança pessoal, à liberdade de expressão, entre muitos outros.

Em seu art. 5º, garante que “[...] ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (BRASIL, 1948).

A violência obstétrica viola completamente os direitos humanos, visto que são tratamentos desumanos e degradantes, caracterizando-se pela imposição de intervenções, muitas vezes desnecessárias, que são danosas à integridade física e psicológica das parturientes, realizadas pelos profissionais da saúde, assim como nas instituições, públicas e privadas, nas quais as mulheres são atendidas.

É importante destacar que são direitos humanos os direitos sexuais e reprodutivos, sendo as pessoas livres para decidirem se terão ou não filhos, e quantos filhos terão, além do direito que possuem, de ter acesso a informações, meios e métodos relacionados a esse fim. Todas as pessoas possuem o direito de exercer a sua

sexualidade e reprodução da forma que almejar, sem ser discriminado ou violentado por isso:

Flavia Piovesan (2004, p. 77-85) assinala duas vertentes ao conceito de direitos sexuais e reprodutivos, por um lado a autodeterminação individual que corresponde o livre exercício da sexualidade e reprodução humana livre de discriminação, coerção e violência significa o direito à autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, de outro lado ela afirma que as políticas públicas são essenciais para o efetivo exercício dos direitos reprodutivos, sendo primordial o acesso à informações, meios e recursos seguros e acessíveis, sendo fundamental o mais elevado padrão de saúde no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos (MARIANI; DO NASCIMENTO NETO, 2016).

De acordo com este trecho, é de extrema importância as políticas públicas para que ocorra a informação e conscientização, mas isso não tira os direitos sexuais e reprodutivos da população, tendo cada um direito de decidir quantos filhos terão, não podendo de forma alguma serem discriminados por isso, o que infelizmente ocorre em muitas instituições de saúde.

Cada pessoa tem direito sob seu próprio corpo, somente ela devendo tomar decisões acerca dele, só assim teremos realmente uma democracia:

Conforme Ana Paula Pelegrinello (2014, p. 97-114), o critério para verificação se a mulher tem uma vida digna, é objetivo e se traduz pela disponibilização de serviços essenciais. A reprodução é fruto da autonomia da mulher e direito da personalidade, qualquer decisão no sentido de interesses estranhos ao da mulher significaria lesão, assim 'o direito da mulher – e somente da mulher – de decidir ter filhos se apresenta como um direito da personalidade física e, mais precisamente, como um direito à liberdade corporal'.

Acrescenta, ainda: a decisão da mulher de engravidar e de parir (visando a ampliar ou, até mesmo, a assim constituir família) deve refletir sua autonomia existencial, de modo que ninguém pode preventiva, genérica e injustificadamente interferir nesse projeto, inibindo-o. Ninguém mesmo, nem o Estado, sob pena de malferimento do princípio da dignidade da pessoa humana, com reflexos insuportáveis no livre desenvolvimento da sua personalidade (p. 97-114).

O direito ao próprio corpo é o ponto de partida de uma sociedade democrática que dê aos indivíduos igual valor, assim a mulher pode abster-se da maternidade ou busca-la exercendo sua autonomia sexual de acordo com sua autonomia existencial e direito personalíssimo ao corpo com fundamento na dignidade da pessoa humana (MARIANI; DO NASCIMENTO NETO, 2016).

Uma mulher, ao sofrer violência obstétrica, tem arrancado de si todos os seus direitos, causando diversos traumas e inseguranças que muitas carregam para a

vida inteira, inclusive o medo de que ocorra alguma situação parecida caso um dia tiver outra gravidez. O dia do nascimento do seu filho, que era para ser um dos dias mais felizes da sua vida, acaba se tornando um pesadelo em muitos aspectos. A violência obstétrica, em todos os seus atos, fere categorias dos direitos humanos como: respeito; igualdade; dignidade; e justiça.

#### ▪ **Políticas públicas**

A violência contra a gestante ou parturiente, não deve ser considerada somente uma agressão física ou moral, mas sim uma questão de saúde pública, pois as mulheres sofrem tratamentos degradantes por descaso ou até por mesmo por crueldade dos profissionais de saúde.

No ano de 2000, foram publicadas as Portarias n.ºs 466, 569, 693 e 1.041 com o objetivo de garantir que as gestantes/parturientes e recém-nascidos recebessem um atendimento digno em toda sua gestação, parto e pós-parto, além de reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil no país, através do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento. Também atribuíram aos Estados a competência para definir o limite, por hospital, do percentual máximo de cesáreas, além de estratégias para reduzi-las. Aprovou-se também a norma de orientação para a implementação do Método Canguru, cujo objetivo é promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Neste mesmo ano, foi instituído o Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN), com esse mesmo propósito de reduzir a mortalidade materna e infantil, além de promover um atendimento mais digno e humanizado à gestante/parturiente:

Este programa se fundamenta nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. O PHPN está estruturado nos princípios de que toda mulher tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Já no ano de 2001, foram determinadas, no Brasil, uma série de políticas públicas, a fim de erradicar as mortes maternas:

Em 2001, o Brasil concluiu a CPMI da Mortalidade Materna, que verificou que 98% das mortes maternas seriam evitáveis, e determinou uma série de políticas públicas para melhorar a condição de assistência ao parto — com certeza a prática de violência obstétrica contribui para os elevados patamares de morte materna no nosso país.

Enquanto nos países mais desenvolvidos as mortes maternas estão se tornando cada vez mais raras, no Brasil não observamos essa tendência quanto aos índices de morte materna, que chegaram aos vergonhosos 69 por 100 mil em 2013, sendo um patamar aceitável e sugerido como objetivo do milênio 35 por 100 mil (PAES, 2018).

Em 2005, foi publicada a Lei n.º 11.108, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, que garantiu à parturiente a escolha de um acompanhante da sua preferência, para acompanhá-la em todo seu pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto.

No ano de 2011, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, apresentando medidas para que todas as mulheres tenham um atendimento digno e humanizado em todo o processo de gestação, nascimento e até os 2 anos de vida do bebê:

A rede contou com recursos aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, a começar pela unidade básica de saúde, passar pelos exames de pré-natal e pelo transporte seguro, até o parto nos leitos maternos do SUS. Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes teriam um acompanhamento da Rede Cegonha, tomando o posto de saúde como referência, e sabendo, com antecedência, onde dariam à luz, além de ter o direito a um auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e à maternidade na hora do parto com vale-transporte e vale-táxi (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Entretanto, mesmo com essas séries de políticas públicas que foram determinadas, ainda não foram o suficiente, há muitas falhas ao colocar essas políticas públicas em prática, para que sejam efetivados os direitos das mulheres, um número gritante de mulheres ainda sofre com tratamentos degradantes em instituições em que são atendidas, como visto neste trabalho, muitas vezes chegando até a morte:

Embora a morte seja um evento inexorável, muitas mortes maternas são evitáveis. Estudos apontam como causas de mortalidade materna: a hipertensão, as hemorragias, as infecções pós-parto e o aborto inseguro — muitas dessas causas são decorrentes de atos de violência obstétrica (PAES, 2018).

Além deste problema, também há o preocupante número de cesáreas desnecessárias realizadas, que pode ser a causa de haver maior presença de prematuros leves no setor privado:

O país lidera o ranking mundial de cesáreas e tem que reduzir drasticamente essa taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem que até 15% dos nascimentos podem ser operatórios. Mulheres foram e continuam sendo submetidas a uma cirurgia de grande porte sem necessidade e sem esclarecimento adequado dos riscos e complicações inerentes ao procedimento.

Contudo, a observação dos dados quantitativos não tem sido a prática do Estado como forma de elaboração de políticas públicas: como esperado nas estruturas democráticas, a mobilização da sociedade civil na construção de dinâmicas e realidades desejáveis é essencial para fazer valer os direitos assegurados legalmente. Assim, em 2007, um grupo de mulheres representantes da Parto do Princípio denunciou ao Ministério Público Federal (MPF) a omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diante da ocorrência abusiva de cesarianas nas maternidades particulares. Em 2010, o MPF iniciou Ação Civil Pública contra a ANS2, para que esta exerça sua função reguladora, e parte das solicitações e propostas da Parto do Princípio foram contempladas pelo MPF (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Mesmo com a implementação de várias políticas públicas, não houve qualquer impacto nas instituições, visto que as mulheres continuaram e continuam sendo violentadas por profissionais de saúde até os dias atuais, sofrendo diversos tipos de agressão e humilhações.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto, por si só, e da forma que seja, é doloroso, seja pela dor das contrações, no parto normal, ou pela dor da recuperação, em caso de cesárea. É um evento que exige muito da parturiente, além da carga emocional que carrega. Infelizmente, é muito corrente, que além da dor fisiológica do parto em si, a mulher passa também pela dor da violência obstétrica, seja ela física ou psicológica, o que torna o nascimento de seu filho, que deveria ser um dos momentos mais felizes da sua vida, em algo traumático e de lembranças pouco agradáveis.

O presente estudo visualizou a violência obstétrica como uma questão de saúde pública, devendo ser tratada como tal. É de extrema necessidade que haja divulgação acerca do tema, como campanhas de conscientização para que as mulheres fiquem cientes de seus direitos, para assim poderem exigi-los durante seu pré-natal, trabalho de parto, pós-parto ou até mesmo situações de abortamento. É muito importante que as mulheres tenham acesso a todas as informações, e que estejam empoderadas e seguras no momento de seu parto.

É de extrema importância que as universidades e instituições de educação em saúde comecem desde o início a tratar sobre esse assunto tão relevante, através de disciplinas e discussões, redirecionando para um atendimento baseado em evidências clínicas e científicas, diminuindo assim as intervenções desnecessárias que não possuem real necessidade e que ocorrem tão frequentemente nas instituições de saúde, além do alto índice de cesarianas.

Algo indispensável, é que gestores e autoridades públicas fiscalizem as instituições de saúde, para que o parto humanizado ocorra de fato. Para isso, se faz necessário que médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem passem por treinamentos, e que sejam conscientizados dos atos que configuram violência e, tendo essas informações, que não os pratiquem.

No âmbito jurídico, um enorme problema é a falta de legislação específica acerca da violência obstétrica, devendo a parturiente recorrer a outros meios para ver seu direito garantido. Sendo assim, se faz extremamente necessária uma legislação federal, a fim de uniformizar o tratamento dado para estes casos, e assim poder combatê-los.

É imprescindível e urgente que seja aprovada uma lei específica que proteja as gestantes e parturientes, penalizando o profissional de saúde que praticar ato que configure a violência obstétrica, tipificando estes casos e penalizando cada um.

Portanto, é necessário que o tema da violência obstétrica seja abordado, a fim de buscar políticas públicas voltadas a humanização do trabalho de parto, para que a mulher volte a ser vista como a protagonista, que possa exercer o seu direito de livre escolha, e tenha sua vontade sempre respeitada e sua integridade física e psicológica preservada.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Flávia. **Defensoria Pública orienta mulheres sobre violência obstétrica**. Agência Brasil. São Paulo, 2014.

ALMEIDA, Marcélia Ferreira de. **A Violência obstétrica como afronta aos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia**. 2018.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. 2014.

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

BRITO, Anne Lacerda de. Violência Obstétrica: o que é isso. 2014.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 7.633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 2014.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 7.867/2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. 2017.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei nº 8.219/2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. 2017.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olímpio Barbosa. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 3. 2010.

COSTAS, Helen Maria Figueiras; et al. **Riscos no uso da Ocitocina Sintética no trabalho de parto: revisão integrativa**. 2014.

CURI, Paula Land; BAPTISTA, Júlia Gonçalves Barreto. A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 1, 2018.

DA SILVA, Artenira; SAUAIA, Silva; SERRA, Maiane Cibele. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, v. 2, n. 1, 2016.

DA SILVA, SÍLVIA ELAINE. **Violência obstétrica**: uma violação aos direitos humanos da mulher. 2017.

DAGUANO, Ana Paula Barbosa. **Violência obstétrica no Brasil**: uma revisão de literatura de 2006 a 2016. 2017.

D'GREGORIO, R.P. Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 111, n. 3, 2010.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, v. 255, 2001.

DINIZ, Simone Grilo; et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil**: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. 2015.

DO BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

DO PRINCÍPIO, Rede Parto. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. 2012.

FERREIRA, Laís da Cunha Godoy Cavalheiro. **A violência obstétrica como um atentado à autonomia corporal da mulher**. 2018.

FORMENTI, Lígia; CAMBRICOLI, Fabiana. **Ministério da Saúde lança diretrizes contra manobras agressivas em partos**. O Estado de São Paulo. 2017.

GARRAFA, Volnei; DA UNB, Cátedra UNESCO de Bioética. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Bases conceituais da bioética**: enfoque latino-americano, 2005.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2009.

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

LEIS E DECRETOS. Lei n.º 17.097/2017: **Violência obstétrica no Estado de Santa Catarina**. 2017.

MARIANI, Adriana Cristina; DO NASCIMENTO NETO, José Osório. **Violência obstétrica como violência de gênero institucionalizada**: breves considerações a

partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. Anais do EVINCI-UniBrasil, v. 2, n. 2. 2016.

MARINHEIRO, André Luis Valentini; VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz de. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4. 2006.

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

MELO, Rayanny Campos. **Violência obstétrica: violação à dignidade humana e à saúde**. 2017.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. **A institucionalização médica do parto no Brasil**. 2005.

NAZÁRIO, Larissa; HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasuol. Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica. **XVII Seminário Internacional de Educação no MERCOSUL. Rio Grande do Sul**, 2014.

NO BRASIL, Representação da UNESCO. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1998.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. 2018.

OLIVEIRA, Adriana Leônidas de; CASTRO, Paulo Francisco de. **Psicologia: diversos olhares**. 2017.

OLIVEIRA, Marina Jaques de. **Perspectivas jurídicas acerca da violência obstétrica no Brasil**. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde evidências de hoje, agenda de amanhã**. Genebra: OMS, 2009.

PAES, Fabiana D'almas Rocha. Violência obstétrica, políticas públicas e a legislação brasileira. **Revista Consultor Jurídico**. 2018.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20. 2011.

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

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura humanization the policies prenatal and childbirth: a literature. **Revista Científica FacMais**, v. 6, n. 2. 2016

SANTOS, Larissa Oliveira; GRISI, Érika Porto. Cirandeiras: Desafios e Possibilidades. **ID on-line Revista de Psicologia**, v. 11, n. 35, 2017.

SÃO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; DA SILVA SANTOS, Rosângela. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3. 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima; et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4. 2002.

SCHRAIBER, Lilia Blima; et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3. 2007.

SPACOV, Lara Vieira; DA SILVA, Diogo Severino Ramos. **Violência obstétrica: um olhar jurídico desta problemática no Brasil**. 2019.

VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derechos de las mujeres a una vida libre de violencia**. 2006.