

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO FORMA DE VIOLAÇÃO AOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS¹

OBSTETRIC VIOLENCE AS A FORM OF VIOLATION OF FUNDAMENTAL RIGHTS AND GUARANTEES

Laís Pimenta Beloti COSTA²

Edwirges Elaine RODRIGUES³

RESUMO

O objetivo geral do trabalho é analisar, na área da Bioética e do Biodireito, a violação de direitos fundamentais das mulheres, que pode ocorrer em diferentes estágios do período gestacional. Para isso, se fará uma breve análise histórica de assistência ao parto e também das conquistas femininas no meio jurídico ao longo das décadas, de maneira a moldar o que hoje é conhecido por violência obstétrica. Entende-se por violência obstétrica toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário a ela, praticada sem o seu consentimento explícito, ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, e aos seus sentimentos e preferências. Faz-se, ainda, uma análise da regulamentação jurídica-constitucional como forma de proteção ao direito das mulheres nesse período tão vulnerável, de modo a investigar quais ações, omissões ou manobras médicas são contra indicadas atualmente, os fundamentos e dispositivos éticos violados e o desrespeito à autonomia da mulher. O método utilizado nesta pesquisa é o dedutivo,

¹ O presente artigo sintetiza a monografia de conclusão da pesquisa, realizada para o Programa Interno de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC 2021-2022) da Faculdade de Direito de Franca (FDF), Franca/SP.

²Graduanda em direito pela Faculdade de Direito de Franca, aluna pesquisadora PIBIC 2021-2022, trabalhou como estagiária (2020 a 2022) na 213ª Subseção da OAB de Patrocínio Paulista. Atualmente é estagiária no escritório Saraiva Advogados, em Patrocínio Paulista.

³Doutoranda em Direito Civil pela FDUSP. Mestre em Direito pela FCHS-UNESP (2017). Graduada em Direito pela Faculdade de Direito de Franca (2010). Especialista em Direito Processual Civil pela FCHS-UNESP (2014). Coordenadora do Instituto Brasileiro de Direito das Famílias - IBDFAM. Pesquisadora do Grupo de Estudos, CNPq: Direito das Famílias, Cidadania e Direitos Humanos - Unesp/Franca. Professora de Direito.

através de diversas revisões bibliográficas, com leituras a partir de artigos, monografias, doutrinas jurídicas interdisciplinares, dossiês e resoluções governamentais, trabalhando diversas áreas do direito, como o constitucional, penal e filosófico. Por fim, dedica-se um breve estudo sobre a desigualdade dentro dos hospitais: a grande parte das violações durante a gravidez acontecem com pessoas socialmente menos privilegiadas, tais como mulheres de baixa renda, negras, indígenas e mulheres surdas. Os direitos das gestantes, apesar de tutelados, carecem de regulamentação e políticas públicas efetivas. Dessa forma, torna-se um estudo importante acerca da possibilidade de inserção do tema de modo mais efetivo nos debates governamentais, com o propósito de fomentar meios de erradicá-lo, apresentando-o como um vício estrutural e não somente casos isolados.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Direitos Fundamentais. Princípios Bioéticos.

ABSTRACT

The general objective of the work is to analyze, in the area of Bioethics and Biolaw, the violation of women's fundamental rights, which can occur at different stages of the gestational period. For this, a brief historical analysis of childbirth care will be made, as well as the achievements of women in the legal environment over the decades, in order to shape what is now known as obstetric violence. Obstetric violence is understood to be any action or omission directed at women during prenatal care, childbirth or postpartum period, which causes unnecessary pain, damage or suffering to them, practiced without their explicit consent, or in disrespect for their autonomy, physical integrity, and mental, and your feelings and preferences. There is also an analysis of the legal-constitutional regulation as a way of protecting women's rights in this very vulnerable period, in order to investigate which actions, omissions or medical maneuvers are currently contraindicated, the ethical foundations and provisions violated and the disrespect for women's autonomy. The method used in this research is deductive, through several bibliographic reviews, with readings from articles, monographs, interdisciplinary legal doctrines, dossiers and government resolutions, working in different areas of law, such as constitutional, criminal and philosophical. Finally, a brief study is dedicated to inequality within hospitals: most rapes during pregnancy happen to socially less privileged people, such as low-income, black, indigenous and deaf women. The rights of pregnant women, despite being protected, lack regulation and effective public policies. In this way, it becomes an important study on the possibility of inserting the theme more effectively in governmental debates, with the purpose of promoting ways to eradicate it, presenting it as a structural vice and not just isolated cases.

Keywords: Obstetric Violence. Human Rights. Bioethical Principles.

1 INTRODUÇÃO

Não é um fenômeno atual que a construção da visão social da mulher e maternidade são por muitas vezes, equivocadas. A maternidade ainda é vendida como algo simples, até natural, quando na realidade pode ser o período de maior vulnerabilidade física, psíquica, hormonal e psíquica vivenciado por uma mulher. Ao longo da trajetória da humanidade, a liberdade, a dignidade, o conhecimento e a inteligência feminina foram cerceados, o direito reprodutivo das mulheres foi reivindicado de forma deveras vagarosa: foi somente no último século que o sexo feminino conseguiu pleiteá-los. Todavia, ainda nos dias atuais nos deparamos com a história da luta de nossas antepassadas, a herança de séculos de machismo estrutural, de dor e sofrimento ainda nos limitam.

Uma das consequências mais nocivas da misoginia que assola a sociedade seja a violência que algumas mulheres sofrem durante a gravidez, o parto ou durante o pós-parto, é o que se chama de violência obstétrica.

O período que abrange a gestação, o pós-parto e o puerpério é talvez o de maior fragilidade na vida de uma mulher, e muitas vezes, tal etapa é marcada por sofrimento, desespero e revolta, quando na realidade deveria ser lembrada com ternura, felicidade, e principalmente amor. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), “[...] a crescente intervenção de processos normais de parto está minando a capacidade das mulheres de dar à luz, e afetando negativamente sua experiência de parto” (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2018). A violência que ocorre nesse momento é vil, uma vez que se aproveita de toda a desinformação e desamparo da vítima para a violar física, psicológica e moralmente, se dando através de atos médicos indesejados pela paciente e até mesmo antiéticos, restringindo qualquer tipo de liberdade de escolha que ela porventura tivesse.

A violência obstétrica se manifesta na agressão, ofensa, hostilidade, aspereza, brutalidade, negligência, descaso em relação à gravidez, ao parto, ao pós-parto e à interrupção, espontânea ou provocada do estado gravídico. A expressão engloba condutas praticadas por todos os prestadores de serviço da área de saúde, não apenas os médicos. No Brasil, ela é um problema mais recorrente do que se imagina: uma a cada quatro brasileiras já foram vítimas, conforme o estudo Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, produzido pelo Sesc e a Fundação Perseu Abramo (2010).

Dessa forma, a presente pesquisa possui o intuito de esclarecer a realidade de milhões de brasileiras, assim como a problematização da violência obstétrica, para além, visa analisar como o Estado pode contribuir para a tutela efetiva dos direitos femininos enquanto esta estiver na condição de hipossuficiência e suscetibilidade. O papel do Estado e do Direito, afinal, é combinar uma legislação moderna, que atenda às necessidades das mulheres grávidas, parturientes e puérperas, garantindo suas integridades.

2 DOS DIREITOS DAS GESTANTES

Ao longo dos anos, o Brasil passou por uma grande evolução no que diz respeito aos direitos das gestantes. Mudanças sociais, trabalhistas

são alguns exemplos dessa significativa transição. O aprimoramento ao que concerne o direito à saúde de gestantes e puérperas também foi expressivo nas últimas décadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu uma sólida estrutura interna e um conjunto de políticas públicas com a finalidade de garantir os direitos das mulheres e seus bebês.

Apesar disso, em meio a tantas legislações, portarias, resoluções, normativas e regulamentos, a mulher usufruidora de suas garantias torna-se refém às circunstâncias alheias ao seu conhecimento, assim, é imprescindível que ela tenha plena consciência dos mecanismos que a protegem para que possa reivindicá-los em caso de violência obstétrica (Cury, 2006).

2.1 DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

O parto é um acontecimento fisiológico, é um esforço desmedido, que acontece naturalmente ao final do período gravídico, como tal, necessita de seus cuidados e suas especificações, O acompanhamento profissional é de profunda imprescindibilidade para garantia da preservação da saúde da gestante e do feto, deve acontecer entre a 8^a e a 12^a semana de gestação, através do pré-natal e se estender até o 42º dia após o parto, no período chamado puerpério (DOMINGUES, 2015; VIELLAS, 2014, p. 144).

Com a institucionalização hospitalar muito se ganhou na questão tecnológica, tanto na melhora da mortalidade materna quanto da do bebê, mas também muito foi perdido no que diz respeito ao ambiente acolhedor que ocorria dentro dos lares (STORTI, 2004).

O parto realizado em hospital pode ser um fator estressante para a parturiente, por ser um local desconhecido, com pessoas desconhecidas que prestam assistência em uma circunstância extremamente delicada e representativa em sua vida, o que faz com que ela perca a ligação com o espaço familiar que estava previamente acostumada (RAMALHO, 2009).

Desse modo, o olhar do profissional da saúde com relação à gestante, à parturiente e à puérpera deve ser modificado com o propósito de respeitar seus direitos garantidos, sua individualidade, sua estrutura física e sua história. Ocorre hoje no Brasil, um movimento em prol da humanização do parto, ao qual visa analisar como o Estado pode contribuir para a tutela efetiva dos direitos femininos enquanto esta estiver na condição de hipossuficiência.

2.1.1 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E SUAS DIRETRIZES

Cada vez mais, a legislação brasileira direciona seu enfoque para uma participação feminina mais ativa, não somente no momento do parto, como também durante todo o acompanhamento gestacional e o puerpério. O sistema de saúde brasileiro deve se pautar e investir em políticas eficazes a fim de enfatizar os aspectos emocionais e sociais do referido período, além de se atentar à capacitação de seus profissionais contratados, que visem, em especial, a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos, e que promovam, assim, uma assistência pautada em princípios como a dignidade da pessoa humana e a legalidade.

A Caderneta da Gestante é um documento de extrema importância entregue a toda gestante no país, logo após iniciarem o pré-natal. É nele que se inserem todos os dados e informações que o profissional da saúde precisa saber durante e após a gravidez, tais como o desenvolvimento fetal, o resultado dos exames e das vacinas solicitados, as consultas clínicas e odontológicas, além de contemplar as diretrizes de boas práticas na assistência médica, auxilia no processo de parturição (BRASIL, 2018a).

De modo geral, a Caderneta deve ficar com a gestante o tempo todo, sendo utilizada de forma conveniente, para que se possa incluir um registro preciso e completo das informações, proporcionando um melhor cuidado prestado à mãe e seu bebê. Assim, é importante aferir o procedimento e a qualidade na qual os profissionais de saúde realizam os registros nas Cadernetas, com o propósito de detectar prováveis lacunas, tal qual a falta de anotações que são imprescindíveis para a continuidade do cuidado por diferentes equipes hospitalares, o que pode acarretar consequências em todo o processo maternal, desde a gravidez até o puerpério.

A Lei nº 11.108/05, mais conhecida como lei do acompanhante é um importante mecanismo conquistado pela legislação brasileira que regulamenta os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, tornando-os 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 (PLANALTO, 2005).

O Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos atrelados à figura do acompanhante, e recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha um

indivíduo de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento (BRASIL, 2001).

A mulher deve ser assistida quanto ao referido direito, que se mostra benéfico a sua saúde, desde o acompanhamento inicial, sendo informada de suas garantias, para que possa tomar decisões e executar planejamentos embasando-se na consciência de seus direitos. Indubitavelmente, a desinformação sobre a lei sustenta o descumprimento de seus direitos instituídos.

3 DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os acontecimentos decorrentes da gravidez, apesar de ocorrerem no corpo feminino, são fenômenos relacionais, que envolvem outras pessoas e condições envoltas em uma rede de relações sociais, como familiares, amigos, parceiros, profissionais de saúde e as condições físicas, mentais e sociais nas quais esses indivíduos se encontram. Por conseguinte, a individualidade da mulher, suas escolhas, ficam reféns das possíveis condições nas quais se deparam durante o processo gravídico, parto e puerpério para tomarem suas próprias decisões reprodutivas (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

A ideia de justiça reprodutiva permitiu que fosse possível assimilar os abusos durante o pré-natal, parto e pós-parto como consequência de um prolongado processo de alienação e medicalização do parto que abrangem a violência de gênero, a institucionalização da violência, a junção de fatores sociais, tais como gênero, classe, raça e etnia. Desse modo, o cuidado obstétrico indevido pode ser reconhecido como violência obstétrica além de violação aos direitos reprodutivos femininos (NUNES; MARCHETTO, 2022).

3.1 CONCEITO

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo preconiza a violência obstétrica como:

“a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e

patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos impactando na sexualidade e negativamente na qualidade de vida das mulheres”

Sendo assim, a violência obstétrica atinge diretamente as mulheres, ocorrendo durante a gestação, parto e puerpério. É o desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas. Afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, ocasionando abalos emocionais, traumas, depressão, dificuldades na vida sexual, entre outros (MATO GROSSO DO SUL, 2021).

A assistência desumanizada ao parto se caracteriza como uma violação aos direitos das mulheres, que inclui a perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Ela é praticada por quem realiza o cuidado obstétrico: médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) em enfermagem, obstetrias ou qualquer outro profissional que preste em algum momento esse tipo de assistência pode ser autor da mencionada violência (MATO GROSSO DO SUL, 2021).

3.1.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, de 2012 subdivide e caracteriza a violência obstétrica em seis atos.

É de extrema importância mencionar que é plenamente possível, em um mesmo caso, que os caracteres de violência obstétrica se aglutinem.

3.1.2 CARÁTER FÍSICO

São as ações que recaem sobre o corpo da mulher, que intervenham, causem dor ou dano físico, sem orientação fundamentada em evidências científicas. Nesses atendimentos a integridade corporal não é respeitada, assim, os danos ocasionados a ela acabam se tornando mais relevantes se comparados aos benefícios originariamente almejados.

A ocitocina sintética tem como finalidade a indução e a aceleração do trabalho de parto, agindo de modo a estimular as contrações uterinas de modo regular e eficaz, além de a incentivar a ejeção do leite materno (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Tal método, se utilizado de modo inadequado rotineiro e sistemático, pode ser prejudicial à saúde materna e fetal, visto que há a possibilidade de provocar efeitos adversos para mãe e filho.

A manobra de Kristeller, único método oficialmente contraíndicado pelo Ministério da Saúde desde 2017, corresponde à pressão física realizada sobre o útero da mulher para tentar auxiliar a expulsão do feto, podendo gerar sérios danos à gestante, como rupturas de costelas e hemorragias, e ao seu bebê. Obstante não ser recomendada, sua prática não cessou plenamente. Os profissionais que ainda utilizam esse método o usam em circunstâncias de sofrimento fetal, falta de progresso no parto e exaustão materna. Entretanto, segundo o Parecer Técnico COREN/SC Nº 001/2016, a manobra, além de ser reconhecidamente danosa à saúde da parturiente, é também ineficaz.

A cesariana eletiva sem indicação clínica é um problema sistemático no país, com o advento da via cirúrgica, o parto assumiu um significado pejorativo, patológico com foco na dor como uma experiência traumática e a cirurgia cesariana como uma maravilhosa e fundamental opção ao tão indesejável sofrimento.

Outros exemplos prejudiciais são: a tricotomia, que consiste na raspagem de pelos durante o atendimento ao parto, a privação de alimentos, a interdição à movimentação da mulher, o forçamento à posição horizontal durante o trabalho de parto e a utilização do soro como objetivo de puncionar a veia para facilitar a posterior administração de medicamentos.

3.1.3 CARÁTER PSICOLÓGICO

Consiste, de acordo com o dossiê, “em toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”. Segundo o documento mencionado, esse tipo de atendimento hospitalar desumanizado pode se dar por ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de

informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

A violência psicológica que a mulher sofre durante todo o período de pré-natal, parto e pós-parto contempla atos insensíveis, de rebaixamento, humilhação, preconceito e ignorância. Esses eventos que geram traumas psicológicos podem fazer com que ocorra uma resposta mental e fazer com que ela apresente diversas sintomatologias.

Os tempos atuais pedem para que haja uma promoção de um ambiente acolhedor, saudável e que exista um vínculo de confiança entre gestantes/parturientes e a equipe multidisciplinar.

3.1.4 CARÁTER SEXUAL

O dossiê Parirás com dor conceitua violência obstétrica de caráter sexual como sendo:

“toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.”

A episiotomia, talvez a violência obstétrica sexual mais reconhecida, consiste em uma incisão cirúrgica, no períneo, realizada no momento de expulsão do feto objetivando ampliar a dimensão da vagina para o nascimento. Através de estudos, atualmente é demonstrado que a episiotomia não resguarda o assoalho pélvico, pelo contrário, aumenta as chances de complicações intra e pós-parto, proporcionando maior dor e sangramento, evidencia-se, então, que não há justificativa para a prática de episiotomia de maneira rotineira. (LEAL, et al., 2014). Além de ser, na maioria dos casos desnecessária também é realizada sem devido esclarecimento à parturiente e sem o seu consentimento, provocando perda de autonomia e do poder de decisão (ROCHA, 2014).

São também casos de abuso ou desrespeito sexual no parto: assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento. Esse abuso deslegitima a noção de

integridade sexual e reprodutiva da mulher, atingindo diretamente sua estrutura sexual e suas partes íntimas corporais, cerceando sua autodeterminação, restringindo seus direitos e fere sua condição de hipossuficiência enquanto paciente.

3.1.5 CARÁTER INSTITUCIONAL

A Rede Parto do Princípio também trouxe à luz as ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estes ações ou serviços, de natureza pública ou privada, que são as violências obstétricas que se constituem por seu caráter institucional. São tipos de violência institucional o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, a omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, a falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, os protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

A violência alcança mulheres de todas as classes sociais, porém, devido a um poder institucional excludente e opressor, as mais vitimadas são aquelas socialmente desfavorecidas, como mulheres pobres, negras, indígenas, dependentes químicas, com baixa escolaridade, adolescentes etc., o que gera formas combinadas de opressão e subjetivação.

3.1.6 CARÁTER MATERIAL

As categorias de violência obstétrica com caráter material são, de acordo com o referido dossiê: “cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde e a indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.”

Assim, são as ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.

3.1.7 CARÁTER MIDIÁTICO

Conforme a Rede Parto do Princípio conceitua, o último caráter da violência obstétrica é o midiático:

“são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.”

São elas: a apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, a ridicularização do parto normal, o merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno e o incentivo ao desmame precoce.

Todos esses caracteres explicitam a massiva quantidade de atos e omissões que profissionais da saúde cometem contra a mulher em período gravídico, de parturição e de puerpério, constituindo violação aos direitos humanos, aos princípios bioéticos e ao princípio da dignidade humana.

3.2 DA VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS

As ações médicas carecem serem embasadas por princípios, leis e fundamentos orientados pelo Código de Ética Médica, e possuem o dever de respeitar a decisão dos pacientes e valorizar a vida. As práticas médicas, assim, devem se fundamentar em princípios éticos, como o da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que visam promover a valorização da vida humana.

A violência obstétrica fere os princípios positivados pelo Código de Ética Médica, bem como os princípios bioéticos que englobam tal dispositivo. Desse modo, tais premissas bioéticas estão relacionadas a uma melhor condução ética para a vida, sendo, conseqüentemente, a área que estuda e direciona os comportamentos éticos que envolvem a vida, o direito de viver, o direito de ter uma vida (RODRIGUES, 2020).

A bioética adotou princípios que analisam os dilemas e/ou conflitos de valores que surgem nos relacionamentos humanos.

O princípio da autonomia fundamenta que o indivíduo tem o poder de decisão sobre a própria vida, em situações em que há a possibilidade de uma escolha consciente, pensada e estruturada do paciente, de modo que seja informado a ele todos os riscos e probabilidades (RODRIGUES, 2020). Para Pessini (1996), uma ação é considerada autônoma quando passa pelo consentimento informado. O princípio da autonomia aplicado ao atendimento pré-natal, do parto e pós-parto garante à mulher o direito de decisão, de informação sobre o procedimento, com o fim de se evitar situações em que a mesma desconheça as intervenções, que podem ser nocivas, ao seu próprio corpo, salvo em iminente risco de morte.

Já o princípio da beneficência, também reconhecido como princípio hipocrático da beneficência, instrui ao profissional da saúde a zelar pelo bem de seu paciente (RODRIGUES, 2020), não podendo ser instrumentalizados. Assim sendo, o profissional, ao atender mulheres grávidas, em trabalho de parto ou puérperas, deve potencializar os benefícios do tratamento e impossibilitar a ocorrência de dano à saúde da paciente.

O princípio da não maleficência apresenta um caráter de obrigatoriedade do profissional com o seu paciente. À equipe multidisciplinar hospitalar cabe o dever de empregar todos os seus conhecimentos, técnicas e recursos disponíveis no intuito de beneficiar o paciente e jamais exercer o contrário (RODRIGUES, 2020).

Por último, o princípio da justiça “consiste em garantir a distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços de saúde” (Pessini, Barchifontaine, 1995), e constitui a consciência da cidadania e luta pelo direito à saúde. Garrafa, Oselka e Diniz (1997) preconizam a equidade como princípio instrumentalizador do direito à saúde.

Portanto, o atendimento hospitalar deve se basear na individualidade da paciente, no reconhecimento de suas necessidades para que assim se consiga atingir direitos iguais. Aqui, a máxima constitucional do caput do artigo 5º deve ser colocada em prática: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

Não concerne à equipe multidisciplinar agir com parcialidade, pelo contrário, a ela é exigida e orientada que aja com imparcialidade, equidade, livre de preconceitos, crenças religiosas, diferenciações sociais e/ou culturais (RODRIGUES, 2020).

4 DA NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS EFICAZES PARA ERRADICAÇÃO DO PROBLEMA

A violência obstétrica mostra-se uma violação aos direitos fundamentais das mulheres em ter um tratamento digno durante o pré-natal, o parto ou o pós-parto. Para além, sendo a conduta dolosa ou culposa, também fere sua condição de hipossuficiência enquanto paciente, uma vez que esta se encontra numa posição de necessidade de cuidados específicos para o bem de sua saúde.

Destarte, é função do Estado, como poder máximo, promover a segurança e o bem-estar de sua população. O período gestacional, o momento do parto e o puerpério são um dos momentos mais significativos, únicos e excepcionais na vida de uma mulher, fazer com que ele seja marcado por tamanho sofrimento é um desrespeito à vida, uma afronta à Constituição e um ultraje ao sistema de saúde brasileiro. Por isso, o Estado deve buscar medidas executáveis para erradicar a problemática, a fim de assegurar um espaço protetivo às mulheres que estejam grávidas.

4.1 DA REALIDADE BRASILEIRA

A violência obstétrica é um vício estrutural. Não se trata de um problema esporádico ou de casos isolados, é recorrente e mais comum do que se imagina: uma a cada quatro brasileiras já foram vítimas, conforme o estudo Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado, produzido pelo Sesc e a Fundação Perseu Abramo (2010).

O documentário Violência obstétrica: a voz das brasileiras é um documentário, um vídeo popular produzido em 2012 por Bianca Zorzam, Ana Carolina Franzon, Armando Rapchan, Kalu Brum e Ligia Moreira Sena, ao qual mulheres contam seus depoimentos reais, gravados em suas próprias casas. Seguem alguns trechos:

“1) “[A episiotomia] me causou durante uns bons meses desconforto físico, ela inflamou, infeccionou...e [desconforto] psicológico... eu me sentia estranha, eu não gostava que meu marido encostasse naquela região... então me afetou bastante essa episiotomia. Eu me senti violada, violentada. [...] quando eu leio algum relato de violência sexual, como

a vítima se sente depois, eu consigo traçar um paralelo...”

2) “Eu dizia ‘Pra que bisturi? Eu não quero episiotomia. Eu já sei que isso não é necessário. Eu sei que não precisa, é uma escolha’. E ele, ‘não, não podemos discutir isso agora’, e já foi fazendo a incisão na minha vagina. E eu não sabia se eu chorava, se eu respirava... eu não sabia o que eu fazia...”

3) “Ele [o médico] me convenceu com essa frase: ‘o seu bebê não quer morrer. Se você quiser ir pra casa, assumir essa responsabilidade, pode ir, pode pensar, mas eu tô aqui te falando como seu médico, eu preciso que você confie em mim’...Eu aceitei [a cesárea], né?”

4) “Demorei anos para digerir essa situação [de ter feito a cesárea]. Hoje vendo essas fotos, acho que ainda não engoli, não...”

5) “Mas mulher é safada mesmo, né? Sofre e não dá um ano e já tá aqui de novo”

6) “Não temos nem o direito de ficar tristes [pela cesariana]. Temos que conviver com uma frustração silenciosa.”

7) “Que a nossa voz seja ouvida e que as nossas histórias não sejam ignoradas.”

Nota-se o sentimento de dor advindo dos relatos por parte das mulheres, elas foram submetidas a tais medidas e palavras contra a sua vontade, e isso fez com que se sintam feridas, violentadas, criando um trauma, um ressentimento. O apelo que suas vozes têm ao serem ouvidas escandalizam, porque esses relatos ainda não são entendidos como violentos, que traumatizam e que causam dor. Assim há a necessidade do reconhecimento social da violência obstétrica a partir da mutação da visão de mundo sobre aquilo que é típico de um parto.

Levando em conta os relatos anteriores, a prevalência de partos hospitalares e o aumento do número de cesáreas realizadas no Brasil, bem como o cenário atual de práticas e intervenções descritos, constata-se a

importância de analisar o auxílio à gestação e ao parto, compreendendo todo o período, desde as consultas pré-natais até o pós-parto. O profissional de saúde é um personagem fundamental para o aprimoramento da saúde materna, quando ele utiliza de sua autoridade, sem se aproveitar desse poder médico, para proporcionar um parto tranquilo e saudável, a paciente se sente tranquila e como resultado o relacionamento médico-paciente vem a se tornar mais sólido, bem como com maior abertura e compreensão entre os enredados.

4.2 DA ATUAÇÃO DO ATUAL MINISTÉRIO DA SAÚDE

Na Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Seção II, artigo 196, é referido que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Pode-se deduzir que o Estado, através do Ministério da Saúde, possui o dever de garantir uma sociedade equitativa, segura e saudável.

A saúde vem sendo aprimorada nos últimos anos, cuidados institucionais vêm sendo desempenhados pelo Ministério da Saúde na expectativa de aperfeiçoar a assistência obstétrica e neonatal em todas as regiões, bem como na melhoria das condições de vida das mulheres, mediante admissão da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Porém, apesar de todo o incentivo do Ministério da Saúde nos últimos anos, nota-se um profundo descaso do atual governo para com as mulheres. E uma das categorias mais afetadas por essa mudança no paradigma político social foram as gestantes, as parturientes e as puérperas.

Contrariando todas as últimas gestões, o Ministério Público muito covardemente feriu a Constituição Federal, se manifestando contra o uso do termo “violência obstétrica”, se mostrando conivente com o Conselho Federal de Medicina e prejudicando milhares de mulheres. Ao contrário do que afirma, o Ministério não se mostrou guiado pelos princípios legais ou pelos princípios éticos de cada categoria profissional, mas sim pelo viés misógino e conservador que adotou nos últimos anos, além de se manifestar totalmente flexível com toda a categoria médica-brasileira, priorizando a classe em detrimento do ordenamento jurídico e da saúde feminina.

O fomento do Ministério da Saúde ao atendimento desumanizado e degradante às mulheres no processo de parto, faz com que a experiência seja traumática e negativa. A autonomia não é respeitada, já que suas deliberações e desejos, na maioria dos casos, são ignorados por meio de manobras que não se comprovam cientificamente benéficas, de modo a não desempenhar o consagrado “*primum non nocere*” (primeiro não prejudicar). Assim, o desmazelo e a precipitação fazem com que o profissional não respeite a integridade e a individualidade de cada gestante, não atendendo às suas dificuldades e limitações.

A Caderneta da Gestante, lançada pelo Ministério da Saúde em 2022, defendeu práticas banidas pela OMS, desrespeitou os direitos reprodutivos de todas as mulheres, revelou ignorância quanto às comprovações científicas e confirmou, verdadeiramente, o patamar que a saúde brasileira se encontra: o de desdém pela saúde pública e pelas políticas públicas.

O documento comprova a postura autoritária do Ministério da Saúde em associação com a assistência obstétrica. É elaborada de forma monocrática, sem discussão com representantes de estados e municípios e com movimento de mulheres/feminista, desconhecendo estudos e evidências científicas no campo da saúde reprodutiva e perinatal (ABRASCO, 2022).

A Caderneta afasta a legislação brasileira, assim como acordos internacionais, omite direitos conquistados pelas mulheres sem justificativas. Ao citar o direito a acompanhante, não informa que este indivíduo deve ser definido pela gestante. Exclui plano de parto e acompanhamento por doulas, dentre outras estratégias de cuidado que não importam para o recente Ministério da Saúde (ABRASCO, 2022). De maneira escusa, institui a possibilidade da utilização necessária da episiotomia, método de rotina comprovadamente desnecessário e que não há justificativa para sua prática de maneira rotineira. Além de introduzir o esquecido “soro” com ocitocina e do parto doloroso. Além de tudo isso, de forma inconsequente e sem reflexão sobre retorno da fertilidade pós-parto, emprega a amamentação como método contraceptivo. A lactante produz prolactina, um hormônio que impede a ovulação.

Portanto, nota-se que o Ministério da Saúde está empenhado em desinformar a população, visto que essas veladas medidas atacam o direito à informação das gestantes, além de ferir seus direitos e garantias fundamentais. Há a necessidade de mudança de paradigma do atual governo, para que, ao contrário de cercear as políticas públicas que seriam

eficazes para essas mulheres, empenhe-se em novas políticas que se apoiem em comprovações científicas. Um país sem saúde de qualidade, que não preconiza seus habitantes, adocece.

4.3 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EXECUTÁVEIS

A desumanização do parto representa uma afronta ao princípio constitucional da dignidade humana, bem como um insulto aos institutos que preservam o direito ao parto humanizado.

A violência obstétrica ocorre em todos os hospitais do país, sendo assim, é imprescindível que os âmbitos municipal, estadual e federal trabalhem a fim de promover a erradicação do problema. Juntos, devem promover o parto humanizado e promoverem, de maneira conjunta, diversos cursos para gestantes e seus acompanhantes, para que o profissional possa explicar o conceito de violência obstétrica, seus tipos e suas características, com carga horária mínima. Além disso, devem formular cartilhas com informações claras, para que a gestante com todos os níveis de escolaridade possa entendê-las. Tais cartilhas carecem ser distribuídas tanto pelo SUS quanto por hospitais particulares.

Outra política pública eficaz é a manutenção dos médicos e enfermeiros nos hospitais. Eles têm de entender a problemática da violência obstétrica, de modo a compreender a autonomia da mulher, seu direito de escolha e a sua liberdade individual. Necessitam distinguir as práticas danosas às gestantes e ao processo de parturição, para que o parto humanizado ganhe cada vez mais espaço dentro dos hospitais e maternidades brasileiras.

Os conselhos de classe, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Federal de Enfermagem (CFE), ou em diferentes âmbitos, como os conselhos regionais, devem também promover cursos (não somente hospitalares) sobre a necessidade de manobras médicas durante o parto, além de propiciar o enquadramento do parto natural como um direito inerente ao pré-natal.

A figura da doula ainda se mostra controversa dentro das maternidades e hospitais brasileiros, porém, ela é muito importante para algumas mulheres. O Ministério Público deve se dispor a melhorar a vivência das mulheres, desse modo, precisa encorajar a implantação facultativa das doulas, e tal medida deveria ser objeto de estudos mais

detalhado sobre sua efetividade em diferentes contextos, com o objetivo de promover a noção de seus efeitos sobre a saúde da parturiente.

É indispensável que o Ministério da Saúde estimule a via de escolha de parto desde a entrega da Caderneta da Gestante, promovendo a autonomia feminina sobre a própria estrutura física.

Ademais, o governo deve garantir vaga às gestantes em hospitais ou maternidades, propiciar o direito de livre escolha da gestante ao acompanhante, certificar a privacidade da mulher no trabalho de parto e no parto, diminuir os índices de cesariana e de outras práticas desnecessárias, estimular o parto e o nascimento humanizados, assegurar a presença paterna no momento do nascimento e o contato imediato entre mãe e bebê logo após o nascimento e estimular a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido.

Outras políticas propostas pela OMS (2014) e executáveis no Brasil visam assegurar a assistência baseada nas competências, promovendo o respeito e atenção adequadas, podendo incluir líquidos e alimentos à disposição da gestante, possibilitando sua mobilidade, informando as mulheres sobre seus direitos e garantindo mecanismos de acesso à justiça nas situações de violação de direitos (ZANARDO, 2014).

A violência de gênero no parto é tão executada e inerente à estrutura social, que muitas mulheres nem sequer percebem sofrer abuso. É nesse ambiente de reconhecimento e na otimização dos direitos humanos que devem ser proporcionados pelo governo brasileiro, que a mulher pode e deve ser protagonista: cabe a ela decidir sobre seu próprio corpo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante todo exposto no decorrer do presente trabalho, pode-se concluir que a violência obstétrica é o resultado da própria precariedade do sistema de saúde. O período gestacional representa uma fase intensa e única na vida da mulher, caracterizada pela transição de papéis e marcada por diversas alterações morfológicas, funcionais e psicológicas, vivenciado de forma singular por cada mulher, razão pela qual todas as intervenções necessárias devem ser realizadas respeitando sua autonomia na tomada de decisões.

É determinante para o futuro da obstetrícia brasileira, o aprimoramento da saúde materna, para isso a esfera federal deve combinar uma legislação moderna, que vise, em especial, a fisiologia do nascimento

e respeite a gestação e suas etapas como processos sociais e fisiológicos, e promova, assim, uma assistência pautada em fundamentos, como os direitos à informação, à autonomia e ao consentimento. As brasileiras possuem esse direito, já que a violência obstétrica se caracteriza por ser uma grave violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

De modo geral, a maior parte das parturientes não reconhecem seus direitos, colaborando para a perpetuação da violência obstétrica. Assim, se faz necessário, por meio de políticas públicas mais eficazes, a realização do pré-natal com a participação da gestante, a informando de todos os seus direitos e garantias, além de notificá-la sobre os procedimentos e exames característicos desse período, para que o profissional da saúde, agindo com o máximo de zelo, priorize o bem-estar da parturiente e a valorização de sua vida e escolha por práticas menos danosas e mais vantajosas para a mãe e seu bebê, com o consentimento livre e sem vícios da parturiente.

6 REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Nota de repúdio à caderneta da gestante**. 2022 Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-de-repudio-a-nova-caderneta-da-gestante/66072/>>. Acesso em: 28 de agosto de 2022.

ÁVILA, M.B. **Modernidade e Cidadania Reprodutiva**. Revista Estudos Feministas (Rio de Janeiro), CIEC/ECO/UFRJ, vol.1, n.2, p. 382-393, 1993

Brandão ER, Cabral CS. **Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil**. Interface (Botucatu). 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200762>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 4 ed. 2018a.

Brasil. Ministério da saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS; 2008. p. 156.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Manual técnico: **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual técnico: Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A assistência pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CAETANO, Larissa. **Nova caderneta da gestante defende episiotomia e cesariana a pedido**, 2022. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/vivabem/colunas/larissa-cassiano/2022/05/11/nova-caderneta-da-gestante.htm>>. Acesso em 29 de agosto de 2022.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2010. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Distrito Federal). **Violência obstétrica: nota à imprensa e à população**. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Manobra de Kristeller**. 2016.

DA SILVA, Fabiana Laranjeira; SOUZA, Ana Lívia Siqueira; LEITE, Cláudia Daniele Barros. **Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa**. Revista Uningá, v. 56, n. S1, p. 159-171, 2019.

DE BRITO, Cecília Maria Costa et al. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 9, n. 1, p. 120-140, 2020.

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**. J Hum Growth Dev, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DO PRINCÍPIO, Rede Parto. **Violência obstétrica “parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.asces.edu.br/handle/123456789/2320>>.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil**. Rev. Panam. Salud Públ., v. 37, p. 140-147, 2015.

LEAL, M. C.; PEREIRA, A. P. E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; THEME FILHA, M. M.; DIAS, M. A. B., PEREIRA, M. N.; et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, 30 Sup:S17- S47, Rio de Janeiro, 2014.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. **Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras**. Revista Bioética, v. 21, p. 509-517, 2013.

MATO GROSSO DO SUL. **Livreto Violência Obstétrica**, 2021.

MONTEIRO JCS, GOMES FA, NAKANO MAS. **Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos**. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100018>>.

NUCCI M, NAKANO AR, TEIXEIRA LA. **Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetria no Brasil**. Rio de Janeiro: Hist Cienc Saúde-Manguinhos. 2018; 25(4):979-998.

RAMALHO, Alice Anabela. **A experiência de sentir-se respeitada durante o trabalho de parto no Hospital**. 2009. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Doutorado em Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

RODRIGUES, Núbia Candida Batista de Sousa. **A bioética e seus princípios**. 2020. Disponível em <[SESC; FUNDAÇÃO PERSEU ALAMO. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. 2010 Disponível em: <\[https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf\]\(https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf\)>. Acesso em: 25 de agosto de 2022.](https://portalhospitaisbrasil.com.br/artigo-a-bioetica-e-seus-principios/#:~:text=Os%20princ%C3%ADpios%20definidos%20e%20norteadores,o%20bem%20ao%20seu%20paciente.>>.</p></div><div data-bbox=)

SOUSA, Ana Maria Magalhães et al. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SPINK, Mary. Jane. P. **Psicologia Social e Saúde: saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

SPIRI, Wilza Carla; BERTI, Heloísa Wey; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. **Os princípios bioéticos e os direitos dos usuários de serviços de saúde**. O mundo da Saúde, v. 30, n. 3, p. 448-454, 2006.

STORTI, J. de P. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SZEJER, Myriam; STEWART, Richard. **Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VENDRÚSCULO, Cláudia; KRUEL, Cristina. **A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto**. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasília/DF. População das Nações Unidas, 3 ed. 2009.

VIOLÊNCIA Obstétrica – **A voz das brasileiras**, 2012. Disponível em . Acesso em 17 dez. 2012.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia & sociedade, v. 29, 2017.