

FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ – FACIMA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MAURÍCIO FRANCISCO DA SILVA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: definição, qualificação e meios
de combate a esta problemática

**MACEIÓ
2023**

MAURÍCIO FRANCISCO DA SILVA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: definição, qualificação e meios de combate a esta problemática

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado à Banca Examinadora do Curso de Direito, da Faculdade da Cidade de Maceió-FACIMA, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Prof. Rodrigo Monteiro

**MACEIÓ
2023**

Ficha Catalográfica

--

FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ

Trabalho de conclusão de curso de autoria de Mauricio Francisco da Silva, intitulado “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: definição, qualificação e meios de combate a esta problemática”, apresentado como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Direito da Faculdade da Cidade de Maceió, em ____ de _____ de 2023, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

Prof. Rodrigo Monteiro
Orientador
Faculdade Da Cidade de Maceió

Prof. Membro da banca
Faculdade Da Cidade de Maceió

Prof. Membro da banca
Faculdade Da Cidade de Maceió

AGRADECIMENTOS

É chegado o fim de uma jornada, época de despedida, mas também de agradecimento. Quantas renúncias para chegar até aqui. Com 55 anos de idade, tanto tempo fora da sala de aula será que consigo? - foi esse o desafio. Mas o brio de minha esposa e de minha filha imprimiam a seguinte mensagem: “estamos contigo, tenha bom ânimo”; mesmo quando eu renunciava suas preciosas companhias elas me amparavam. A conclusão desse curso, representada por este trabalho, é sinônimo de abdicação para conquista de um sonho.

Gratidão primeira a Deus pelo dom da vida, com o seu infinito amor ilumina os meus dias; a minha querida esposa Marileide que nunca desistiu de mim, nem do meu sonho; a minha filha Marília, com quem reaprendi o significado de determinação, disciplina, esperança e amor; companhia e apoio imprescindíveis que trouxeram até aqui; minhas maiores incentivadoras, minha base, um amor que me fortalece a cada dia; à minha irmã Marta, que sabe quão aventureiros são aqueles que não desistem; ao querido Professor e orientador Rodrigo Monteiro, merecedor de toda admiração, tanto como pessoa, quanto como professor e profissional das Ciências Criminais; A professora Kívia, pela sua generosidade em nos lembrar e nos incentivar a regar a grandeza da empatia, da humildade e o sentimento de defesa dos direitos sociais, uma clara demonstração de carinho e afeto; aos demais professores e colegas de sala de aula que me acolheram já no final do curso e que também deixaram marcas indeléveis que irão importar para sempre; a equipe da secretaria pela feição de anjo da guarda em ocasiões que necessitei de proteção.

FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ
CURSO DE DIREITO
COORDENAÇÃO DE CURSO

TERMO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para os devidos fins de direito e que se fizerem necessários, que assumo absoluta responsabilidade pelo conteúdo apresentado neste Trabalho, isentando a Coordenação do Curso de Direito da Faculdade da Cidade de Maceió, a Banca Examinadora e o Orientador de toda e qualquer representação contra o trabalho.

Estou informado de que poderei responder administrativa, civil e criminalmente em caso de plágio confirmado do trabalho apresentado para correção.

Maceió, ____ de _____ de 2023.

Mauricio Francisco da Silva

Telefone do aluno: (82) 99904-7316

E-mail do aluno: adv.contabil.mauriciosilva@gmail.com

RESUMO

A violência obstétrica viola os direitos da mulher durante a gestação, no momento do parto e ainda no puerpério. Essa agressão ocorre tanto no aspecto físico quanto psicológico, prejudicando a autopercepção da mulher. Violência que fere de morte direitos sexuais e reprodutivos e ignora a subjetividade da mãe. Ante o exposto, este trabalho tem o objetivo de abordar este tema tão relevante, discutindo seu conceito, políticas públicas, arcabouço legal e punições. De início, foi abordada sua conceituação, mencionando aspectos históricos e caracterizações desta violência, no que diz respeito aos pressupostos físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático. Continuando, foi discorrido sobre o cenário jurídico brasileiro, abordando sobre institutos de enfrentamento, marcos legislativos existentes e narrativas de casos de violência obstétrica e sua condução pelo Poder Judiciário. Posteriormente, argumentou-se sobre os mecanismos jurídicos de prevenção e repressão à violência obstétrica, consignando-se, inclusive, ações do Ministério Público de Alagoas em enfrentamento a essa forma de violência. Por fim, a pesquisa demonstra que se trata de um tema recente, evidenciando a necessidade de fortalecimento de movimentos sociais e do Poder Legislativo para a conceituação e proposição de abordagens e responsabilização em situações em que ocorram a violência. Demonstrou a necessidade de mudanças nas esferas legais, sociais, bem como do processo de formação dos profissionais da saúde, a fim de evitar tais práticas de violência que ferem a dignidade da pessoa humana.

Palavras-Chave: violência obstétrica. Subjetividade. Direito Sexuais. Arcabouços Legal.

ABSTRACT

Obstetric violence violates women's rights during pregnancy, at the time of birth and even in the postpartum period. This aggression occurs both physically and psychologically, damaging the woman's self-perception. Violence that kills sexual and reproductive rights and ignores the mother's subjectivity. In view of the above, this work aims to address this relevant topic, discussing its concept, public policies, legal framework, and punishments. Initially, its conceptualization addressed, mentioning historical aspects and characterizations of this violence, about physical, psychological, sexual, institutional, material and media assumptions. Continuing, the Brazilian legal scenario discussed, addressing confrontation institutes, existing legislative frameworks, and narratives of cases of obstetric violence and their conduct by the Judiciary. Subsequently, it argued about the legal mechanisms for preventing and repressing obstetric violence, including actions by the Alagoas Public Ministry to combat this form of violence. Finally, the research demonstrates that this is a recent topic, highlighting the need to strengthen social movements and the Legislative Power to conceptualize and propose approaches and accountability in situations where violence occurs. It demonstrated the need for changes in the legal and social spheres, as well as in the training process of health professionals, to avoid such violent practices that harm the dignity of the human person.

Keywords: Obstetric violence. Subjectivity. Sexual rights. Legal frameworks.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 CONCEITUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	12
2.1 Análise histórica do entendimento quanto à violência obstétrica.....	12
2.2 Definição da violência obstétrica e suas variadas modalidades.....	15
2.2.1 Aspecto físico.....	16
2.2.2 Aspecto psicológico.....	17
2.2.3 Aspecto sexual.....	18
2.2.4 Aspecto institucional.....	18
2.2.5 Aspecto material.....	20
2.2.6 A resistência da classe médica diante da qualificação do termo violência.....	20
2.3 A tentativa da classe médica em não utilizar o termo violência como forma de desqualificar a sua existência.....	21
3 A PROBLEMÁTICA NO CONTEXO JURÍDICO PÁTRIO	25
3.1 Normas internacionais acolhidas pelo ordenamento pátrio.....	25
3.2 Legislação brasileira.....	27
3.3 Uma análise do caso Alyne.....	31
4 MEIOS DE COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	35
4.1 Mobilização social.....	35
4.2 Políticas públicas.....	37
4.3 Instrumentos cíveis e criminais de reparação do dano e de punição da conduta	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

O parto foi por muito tempo designado às parteiras e às mulheres da família e aconteciam, na maioria das vezes, no ambiente doméstico. A partir da metade do século XX o parto vem passando por um processo de institucionalização sob uma justificativa de proteção da saúde da mãe e da criança. Entretanto, a realidade que se verifica é na verdade o que se pode chamar de um processo de dominação do corpo da mulher e muitas vezes o evento do parto causa traumas físicos e psicológicos, configurando-se como evidente violação de direitos das mães.

Diante desse quadro, vem surgindo no Brasil, desde meados de 2007, um movimento de mulheres que tem enfrentado e denunciado o que tem se denomina de violência obstétrica. Inclusive, acompanhando importantes movimentos de países como Venezuela e Argentina. Essas manifestações são mais robustas pelos meios digitais, nas plataformas de redes sociais. Inclusive em produção de áudio visual. Como exemplo, cita-se a sequência de três documentários intitulados Renascimentos do Parto.

Segundo a pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (VENTURI et al., 2010). Para a ordem internacional, essa violação de direitos entendida como violência obstétrica consiste em:

“qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências” (online).

Conforme a pesquisa, constata-se que essa violência pode se manifestar por diversas formas. Quais sejam: de forma estrutural, que se refere à estrutura hospitalar destinada à assistência das parturientes; de forma pessoal, que consiste no tratamento dado pelos profissionais da saúde, ao realizar procedimentos sem o consentimento da mulher, sem informar o que determinando procedimento significa; de forma negligencial, por exemplo, pela omissão na assistência em medicamentos para aliviar a dor; de forma moral, com a verbalização de ofensas no momento do parto; e forma física, pois o procedimento pode deixar sequelas que ficaram pelo resto da vida.

Há, de se destacar que essa violência pode se dispor de formas diferentes. Quando faz um recorte entre mulheres brancas, de classe média e com maior grau de instrução, onde figuram o excesso de procedimentos e a medicalização do parto e mulheres negras, de baixa renda e com menor grau de instrução e discernimento, as quais, na grande maioria das vezes, assistidas pelos hospitais públicos em condições mais suscetíveis de encontrarem além de deficiência estrutural, maior possibilidade de sofrerem violência moral, durante o momento do parto.

Há um recorte de gênero, pois essa estrutura de violência ocorre pela condição do ser mulher. É, portanto, um fato social que transborda de importante necessidade de investigação e posicionamento da ceara jurídica, na medida em que esses relatos se consubstanciam em violações de direitos como um todo.

Dizer que se toma conhecimento de vários casos por meios noticiados, também significa dizer que pelo seu enfoque recente, importa debruçar-se sobre o caderno da lei, mas também sobre normas que disciplinam as condutas dos profissionais que estão suscetíveis a essas práticas.

Conceituar com base nas práticas médicas o que pode entendido como violência obstétrica e, a partir dessa conceituação, indentificar quais instrumentos legais podem ser utilizados capazes de impor uma sanção a tal conduta, garantindo meios para que as mulheres que passam pelo evento da gravidez tenham sua integridade física e moral garantidas.

Diante de tais situações vivenciadas pelas mulheres, surge para o mundo do Direito, o desafio de ajustar os conceitos ao redor da violência obstétrica e sobre os meios e estratégias que devem ser utilizadas para proteger direitos que vêm sendo violados, sobretudo em razão da resistência da classe médica em reconhecer que em tais circunstâncias há grave forma de violência contra as mulheres.

A primeira dificuldade a ser vencida é a percepção jurídica sobre o que é considerada violência obstétrica, pois, muitas vezes, pode até ser confundida com procedimentos de rotina e até considerados corretos pela classe médica. Apesar das pesquisas baseadas em evidências dizerem o contrário.

Dessa forma, por não haver um conceito bem formado, implica na falta de legitimação dos relatos das mulheres que sofrem a violência e impedem a aplicação de uma legislação objetiva que as protejam. E, ao final, se tal fato não configura como uma violência, nada é preciso fazer para prevenir e punir. Reflexo dessa fragilidade conceitual foi a determinação do Ministério da Saúde, em 2019, ao determinar que o

termo violência obstétrica não deveria ser usado em função da falta de lei sobre o tema. Revelando que antes de ser um problema jurídico é um problema ético que muitas vezes protege a classe médica.

Essa decisão do Ministério da Saúde motivou o Ministério Público Federal de São Paulo e, assim, o órgão ministerial recomendou ao Ministério da Saúde o uso do termo Violência Obstétrica. Contudo, embora as mulheres tenham obtido o direito de usarem o termo, ele não se utiliza em suas políticas públicas, dificultando o enfrentamento e punição a esse tipo de violência.

Sobre esse tema foi realizada uma Audiência Pública organizada pela Comissão Especial da Mulher Da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Alagoas (OAB - AL) que contou com palestras, relatos de profissionais e denúncias de mulheres sobre os abusos sofridos. Dessa audiência foi elaborado um relatório determinando o encaminhamento de ofício para órgãos como as Comissões da OAB relacionadas ao tema. Que sejam encaminhados às secretarias estaduais responsáveis pela matéria, aos conselhos regionais da área de saúde, hospitais e escolas profissionalizantes no ramo da saúde.

A iniciativa da OAB/AL é de grande importância para acender o debate sobre o tema, para que se elejam meios legais e adequados ao enfrentamento e punição de quem pratique esse tipo de violência.

Pretende-se analisar quais são as políticas públicas que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde e, igualmente analisar quais tem sido o posicionamento do Conselho Regional de Medicina - CREMAL, do Conselho Federal de Medicina, do Ministério Público, bem como da Ordem dos Advogados do Brasil e, especialmente da OAB de Alagoas.

Analizar, finalmente, quais instrumentos legais estão disponíveis para serem utilizados suficientes a impor uma sanção correspondente a tais condutas, garantindo meios para que as mulheres que passem pelo evento da gravidez tenham sua integridade física e moral garantidas sob o amparo jurídico.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que não se objetiva a análise da quantificação de ocorrências de violência obstétrica, mas analisá-las sob a ótica da lei, da doutrina, jurisprudência, das pesquisas efetuadas no campo da referida temática e, ainda, em sítios de assuntos correlatos no que se refere a normatização, eficácia e aplicabilidade.

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

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

2 CONCEITUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 Análise histórica do entendimento quanto à violência obstétrica

Pode se afirmar que a identificação da violência obstétrica se deu com o movimento de humanização do parto que se originou na América Latina tendo a Argentina a condição de vanguarda, pois foi o primeiro país a definir legalmente o termo *violência obstétrica* por meio da lei 25.929/2004, a “*Ley Nacional de Parto Respetado*”, que dispõe sobre o direito da mulher a um parto com mínima intervenção, de modo que respeite psicológico e biologicamente seu tempo (ARGENTINA, 2004).

A Venezuela também merece justa homenagem pela sua condição de vanguarda em face de tão importante tema, pois teve a iniciativa de definir a violência obstétrica como delito por meio da *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (VENEZUELA, 2007). No Brasil não existe ainda texto de lei com o mesmo viés reconhecendo tal violência como violadora dos direitos das mulheres e estabeleça mecanismos de prevenção e reparação civil (PEREIRA et al., 2016).

A *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* esclarece que:

[...] a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, sendo

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

À vista disso, verifica-se uma delimitação do problema a ser enfrentado, clareando o entendimento de como ele deve ser abordado. A importância dessa definição se fortalece na medida em que muitas mulheres sequer percebem que estão sendo vítimas dessa violência. Violência esta que possível de ocorrer no pré-natal, nos instantes que antecedem o parto, no momento do parto em si ou até mesmo no pós-parto.

Essa nova leitura a respeito do evento parto separa o que até então se entendia como um parto humanizado. Sens e Stamm lecionam que:

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

Antes da medicalização, as dores sofridas pelas parturientes eram indicadas pela Igreja Católica como sendo uma forma de punição a mulher em face do pecado original. Chegava-se até o ponto de ser ilegal qualquer intervenção ou apoio que proporcionasse alívio. Nesse contexto, surgiu a intervenção médica com a aura de tornar mais humano o processo de parto. percebendo-se o intuito de livrar dos estigmas estabelecidos pelo gênero.

Contudo, a evolução das técnicas e meios a serem empregados na hora do parto não buscou ofertar a mulher a devida autonomia sobre seus corpos para passarem por esse processo, surgindo na verdade, um conjunto de práticas que transformam em princípio de doença um evento genuinamente natural. Essas condutas, de acordo com o estudo de Carmen Diniz (2005), mais prejudicaram do que beneficiaram, pois colocaram a mulher em uma situação de passividade sobre o próprio corpo, bem como um novo mecanismo de dominação sobre ele.

Veja-se:

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

Revela-se então, um processo contraditório, uma vez que, ao invés de aliviar o sofrimento, gera mais violência, que se revelam na imobilização, na padronização de vivências que são únicas e na terceirização de assistência a pessoas desconhecidas. Na cultura médica do Brasil, que é fortemente marcada pela episiotomia, pelo uso de fórceps em hospitais escolas, repetidos exames de toque ou a indicação do parto cesáreo eletiva tem a concepção de quais tais procedimentos são utilizados como uma forma de livramento da dor.

Não se pretende negar no presente trabalho a importância da cesárea e da intervenção médica para redução da mortalidade tanto de mulheres quanto de nascituros. Não se pretende, de forma alguma, tratar com aversão a cesariana, ignorando sua necessidade em casos específicos, mas questionar quais fatores históricos e sociais foram relevantes para a formação de uma cultura que descarta a forma natural de dar à luz, preservando a saúde e o bem-estar da parturiente e do nascituro.

Simone Diniz diz que,

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

Com a mesma concepção de Simone Diniz, surgiu o movimento internacional que há 25 anos estudando e buscando entender quais seriam os procedimentos e tecnologias mais ideais a serem utilizados para condução do parto. Ou seja, como estabelecer a melhor relação entre a parturiente e os profissionais da saúde que auxiliam a mãe a dar à luz e o combate a qualquer tipo de violência obstétrica.

Nos anos 70, apareceram outros nomes nesse cenário tais como o de Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná seguidos do Hospital Pio X em Goiás. Já na década de 80, grupos começaram a se formar, a exemplo do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo e dos grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco, inaugurando a manifestação de um pensamento divergente sobre o assunto no cenário brasileiro.

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA) através do documento Carta de Campinas, servido de meio para levar à discussão os procedimentos até então estabelecidos, consignando falas nos seguintes termos:

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

Passo a passo, profissionais da saúde em sintonia com mulheres vítimas de violência, alinhados a uma importante manifestação de movimentos feministas, se uniram para denunciar e debater sobre essas práticas de violência. O resultado dessa ação foi a transformação do movimento em uma política pública de humanização do parto que resultou no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e no de Programa de Humanização de Hospitais coordenado pelo Ministério da Saúde em 2000, com o intuito de ampliar as noções de humanização do parto na macroestrutura de saúde do país.

2.2 Definição da violência obstétrica e suas variadas modalidades

Para uma definição do problema com um conceito ainda eivado de contrariedades a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da violência contra as mulheres de 2013 trouxe luz ao cenário quando caracterizou a violência obstétrica nos seguintes termos:

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

Mais um passo adiante, pois demarcar e definir os parâmetros de violência é o primeiro passo no caminho de seu enfrentamento. Já se vislumbra grande avanço nesse processo uma vez que o tema encontra resistência em sua formação, principalmente por se tratar de uma questão que envolve uma análise interseccional de gênero, raça e classe, colocando em confronto o paradigma hegemonicamente dominante.

Segundo os resultados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado”, divulgados em 2010, uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto (VENTURI et al, 2010). Nesse sentido é possível compreender-se por meio da seguinte definição:

[...] qualquer ato ou intervenção direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua

autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (LUZ; GICO, 2015, p. 478).

Diante desse cenário, observam-se vários aspectos sobre os quais a violência obstétrica pode se manifestar, quais sejam: violência física, psicológica, sexual, institucional, material e midiático. De início já se percebe a complexidade do tema, frente aos limites entre os procedimentos médicos necessários e aqueles que ultrapassam a integridade da mulher, da criança e demais pessoas que são atores no processo. Dessa forma, torna-se imprescindível um estudo de todas essas formas de violação.

2.2.1 Aspecto físico

O caráter físico se refere às condutas invasivas ao corpo feminino capazes de proporcionarem dor ou prejuízo físico de qualquer gravidade, abstendo-se de observar as evidências científicas existentes relacionadas ao inverso da conduta. Como exemplos dessas situações cabe citar, dentre outras, a cesariana eletiva, a não utilização de analgesia em situações necessárias e a raspagem de pelos.

Como exemplo é pertinente citar o seguinte caso:

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

Eis um quadro que tem a moldura de associação à negligência médica, pois emoldura uma situação não se dispõe dos meios necessários para uma condução do parto que respeite a particularidade daquela gestante. Além da prática invasiva, utilizou-se meios sem o devido consentimento da parturiente. Nessas circunstâncias a vontade da mulher em realizar os procedimentos é muito tênue em face da condição de fragilidade do momento do parto. Por essa razão, é de fundamental importância garantir que as informações sejam claras o suficiente, garantindo que a mulher esteja devidamente ciente das práticas que serão exercidas sobre si.

Anota-se uma infeliz desigualdade considerado uma perspectiva discriminatória, ao passo que mulheres negras são mais negligenciadas no uso de medicamentos analgésicos sob a justificativa de que naturalmente suportariam mais

a dor. Ocasões que levam à morte de mulheres negras serem aproximadamente duas vezes maior que de mulheres brancas no Brasil (LIMA; PIMENTEL; LYRA, 2019).

O exame de toque que normalmente acontece repetidas vezes, especialmente no atendimento realizado em hospitais escolas. Vejam-se relatos citados por Lima, Pimentel e Lyra (2019, p. 2):

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

A situação da mulher nessas circunstâncias, diante de procedimentos que dizem respeito ao seu corpo é sempre de passividade, deixando-a alheia na tomada de decisões que repercutirão na sua percepção de si, sua integridade, sua saúde física e emocional por toda a sua vida, deixando marcas traumáticas de um momento que deveria ser de grande satisfação e felicidade.

2.2.2 Aspecto psicológico

A violência psicológica, conforme a pesquisa, enseja dizer que é qualquer conduta verbal ou comportamental que coloque a mulher em situação de vulnerabilidade, de abandono, de instabilidade emocional, de desrespeito a sua integridade como pessoa. Ferindo a sua dignidade. Como exemplo dessas situações, cita-se aqui as piadas grosseiras, a omissão de informação quanto a realidade do caso, inclusive com ofensas.

Do texto, "Daí você nasceu, minha filha", recorta-se um relato feito por uma mulher que foi vítima de violência obstétrica e escreve uma carta à sua médica:

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

É simples reconhecer que, principalmente na ocasião do parto, na relação médico-paciente a mulher se encontra em uma posição de vulnerabilidade, na proporção em que "um sujeito que detém um determinado saber sobre a saúde e o

cuidado com o corpo e, outro, que se sujeita a esse cuidado por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber” e de como ela ultrapassa e se instaura uma violência (AGUIAR, 2010, p. 24).

2.2.3 Aspecto sexual

Trata-se de conduta submetida que viola a percepção sexual e reprodutiva que a mulher tem de si, não importando se a conduta invasiva ligada a parte íntimas de seu corpo. Como exemplo, cita-se aqui a episiotomia, o assédio, exames invasivos com toques desnecessários e a cesariana sem o consentimento da parturiente.

A prática rotineira de realização de episiotomia (corte entre a vagina e o ânus) como uma tentativa de “devolver a condição virginal da mulher”. É, figurativamente, anunciado por muitos médicos o ponto do marido. Contudo, prejudica a vida sexual da mulher. Eis a sugestão de Diniz (2005, p. 2):

A imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um "falo" enorme - que seria o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina, implicando em uma desvalorização dos atrativos sexuais daquela mulher. A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para a penetração seria então prevenida ou resolvida pela episiotomia, ou mesmo pela cesárea, preservando-se o estatuto da vagina como órgão adequado ao pênis.

Em contraponto a sugestão de Diniz, em meados de 2014 a Rede Parto do Princípio e o Fórum de Mulheres, com o suporte do Fundo Brasil de Direitos Humanos e Associação de Mulheres Unidas da Serra, divulgaram uma cartilha indicando os malefícios que essa prática pode trazer. Tais com: maior volume de perda de sangue, maior tempo de recuperação, dificuldades para sentar-se, insatisfação estética com a região, entre outros. Constituindo-se, clara violação dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

2.2.4 Aspecto institucional

O caráter institucional é o conjunto de todas as orientações de funcionamento e estrutura das organizações que atendem as mulheres no pré-natal, antes do parto, no parto e no pós-parto capazes de serem obstáculos para o acesso dessas mulheres aos direitos já constituídos, não importando a sua natureza.

Cria-se uma cultura que se impõe ao parto a condição de doença, impondo-se a mulher a uma sequência de procedimentos desnecessários que provocam mais riscos a sua saúde e a do seu bebê (REGIS; RESENDE, 2015).

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

Verifica-se no dia a dia que, na assistência hospitalar, estão disponíveis procedimentos padronizados que não respeitam a individualidade e a subjetividade de cada gestante. Eis aqui exemplos dessas situações: impedir ou dificultar o acesso de acompanhante no momento do parto e, entre outros, a falta de fiscalização sobre o cumprimento de leis vigentes, falta de estrutura hospitalar que respeite a privacidade da mulher.

Ademais, muitas unidades hospitalares continuam desobedecendo a lei do acompanhante, o que será melhor abordado mais adiante. Mas vejam-se os seguintes relatos:

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

[...]

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

A experiência muitas vezes experimentada é a de um ambiente hospitalar em que a mulher não encontra apoio, o médico não dispõe de estrutura adequada para dar a atenção que a parturiente necessita, e mais uma vez se consubstancia a perpetração da violência. Em determinados casos se encontra escassez de recursos, a exemplo da rede pública de saúde que sofre pela falta de investimentos, ora se encontra uma instituição preparada em olhar de forma lucrativa em conduzir os seus procedimentos mais pelo viés do resultado econômico.

2.2.5 Aspecto material

O caráter material diz respeito a conduta, passiva ou ativa, de quem tenha o intuito de persuadir as mulheres a disponibilizarem recursos financeiros com a finalidade de estabelecer uma prática que desafia direitos já constituídos a fim de beneficiar a outrem. Como por exemplo: cobrança indevida ou contratação de plano de saúde.

Um exemplo que cabe bem na moldura desse quadro é a cobrança adicional para permanência do acompanhante no período pré e pós-parto.

Veja-se:

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

Trata-se de flagrante violação da Lei 11.108/05 bem como da Portaria 2.418/05, na medida em que há uma cobrança indevida em simultâneo com a limitação do tempo em que o acompanhante tem direito a estar presente.

2.2.6 A resistência da classe médica diante da qualificação do termo violência

Esta violência se configura pela manifestação dos profissionais da área da saúde utilizando meios de comunicação, quando o conteúdo viole o processo natural reprodutivo da mulher ou as coloquem em situação de constrangimento, como forma de ganho econômico ou dominação de poder. A título de exemplo, cita-se aqui a depreciação do parto natural.

Consigna-se ainda, o uso de propagandas mencionando a realização de uma cesariana eletiva, sob um falso discurso de segurança, colocando a mulher em uma condição de passividade sexual e ignorando os riscos desse procedimento. Vejam-se exemplos:

"Houve e há abuso dos médicos que marcam cesáreas pensando em sua comodidade", diz Zugaib. "Também não considero a cirurgia a opção ideal para a saúde pública porque, além de ser mais cara, não temos qualidade suficiente, em matéria de médicos e hospitais, para garantir a taxa mínima de risco de um parto normal. Mas quem tem acesso a serviços e atendimento de primeira linha pode se sentir muito melhor fazendo uma cesárea." Dr. Marcelo Zugaib, chefe do departamento de obstetrícia e ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 125).

[...]

Por R\$ 200, eles alugam o espaço e acompanham pela televisão o trabalho da equipe médica na sala de parto da maternidade São Francisco, localizada em uma área nobre do município (a 13 km do Rio). As imagens são captadas por uma câmera instalada no alto do centro cirúrgico. Já a gestante pode ver a festa da família por uma outra televisão colocada próxima aos médicos (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 127).

Verifica-se, portanto, o desmerecimento da possibilidade de um parto normal e colocam mãe e bebê em condições de atenção que não seriam necessárias. É de clareza solar o processo de mercantilização do parto. O foco já não é mais a sua realização, respeitando a integridade e dignidade da mãe e do nascituro, mas a criação de meios que produzam resultado econômico, mesmo que ponha em risco a saúde de outros.

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

A grande questão é o antagonismo da classe médica dentro desse contexto, pelo fato de que muitos procedimentos entendidos como caso de violência obstétrica são considerados práticas habituais.

Sens e Stamm (2019) expõe a percepção médica sobre as dimensões da violência obstétrica ao fazerem as seguintes observações:

Assim, a violência geralmente não ocorre devido a equipes ou indivíduos mal treinados, nem se configura como exceção de comportamento, mas, na maioria das vezes, na realização de procedimentos que compõem o protocolo dos serviços de assistência, também em hospitais-escola (SENS; STAMM, 2019, p. 3).

[...]

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

[...]

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

Nesse diapasão, novas gerações de profissionais da saúde repetem essas mesmas práticas, seguem como lhes ensinaram, sem questionarem a adequação desses procedimentos. E, mantendo-se essa linha, cresce o desinteresse da abordagem de políticas públicas que enfrentem essas formas de violência. Segundo Sens e Stamm (2019):

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

Assim, mesmo surgindo manifestações a respeito da realização desses procedimentos que violam tanto a integridade psicológica quanto a integridade física da mulher, a falta de uma diretriz científica bem delimitada sobre a violência obstétrica e institucional dificulta um saber mais detalhado em como essa violência impacta na vida e saúde da mulher e do bebê. Revelando-se, portanto, o seu caráter institucional e de gênero.

Outro ponto frente a percepção da classe médica sobre o tema é a responsabilidade que a qualificação violência obstétrica imputaria a classe médica. E assim, com o distanciamento da classe médica nos movimentos de humanização do parto rende importante prejuízo para o processo de uma atividade obstétrica que envolva o cuidado de cada mulher dentro de sua subjetividade e de singularidade.

Na pesquisa elaborada por Sens e Stamm em 2019, foi relatado de que 78% dos profissionais entrevistados são contrários ao uso do termo violência obstétrica alegando que o termo induz a culpabilização do obstetra:

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

[...]

No sistema de saúde brasileiro, é comum a realização de cesariana sob a alegação de ser o desejo da parturiente; porém, Hotimsky e colaboradores observaram que a preferência das mulheres nem sempre é o fator decisivo na determinação do tipo de parto, sendo esta, primordialmente, uma decisão médica. Existe uma divergência entre a expectativa inicial das mulheres e o desfecho do parto, com uma proporção de cesariana muito superior ao desejado pelas mulheres inicialmente. O modelo intervencionista de

assistência e a experiência traumática no parto são fatores que predisõem esse fato (SENS; STAMM, 2019, p. 8).

[...]

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

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

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

A conclusão de que a abolição do termo violência obstétrica é o melhor caminho para oferecer melhor assistência durante o puerpério é uma forma flagrante de deslegitimar as falas de todas as mulheres que carregam em si a violação de direitos, tanto particulares relacionados ao momento, quanto aos direitos essenciais inerentes a toda pessoa, ou seja, o direito a dignidade, a consciência da subjetividade que carrega cada ser humano, o respeito a sua individualidade.

Além disso, prejudica que se imponha a responsabilidade de danos causados a essas mulheres às instituições e profissionais, uma vez que isso possibilita a reprodução de comportamentos sexistas e discriminatórios em relação ao corpo e à sexualidade feminina, bem como aos seus direitos reprodutivos. Isso implica em continuar perpetuando a patologização de qualquer manifestação corporal associada ao feminino, como uma forma de dominação.

Nesse sentido, Moreno e Pimentel (2020) relatam:

A violência obstétrica faz parte desse rol de violências de gênero cometidas contra as mulheres e se ampara na cultura patriarcal, que tem como base as opressões de gênero e de classe e o racismo estrutural, fortes mecanismos de controle de corpos femininos. Por isso, tornou-se objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento: medicina, enfermagem, psicologia, ciências sociais, direito, entre outras. [...] A abordagem jurídica sobre o tema, para além de aspectos dogmáticos, exige que sejam pensadas as dimensões sociais dessa grave forma de violência, de modo a abrir caminhos de enfrentamentos preventivos que primem pela mudança de cultura e não exclusivamente por práticas punitivas, muita embora não se possa prescindir das responsabilizações cabíveis (MORENO; PIMENTEL, 2020, p. 69).

Respondendo a tal posicionamento, os grupos de mulheres logo se expressaram sobre a imprescindibilidade do uso do termo violência obstétrica com o objetivo de colocar em evidência as práticas violadoras que vem acontecendo, cuja manifestação recebeu o apoio do Ministério Público.

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

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

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

Fica evidente, portanto, que preservar o uso do termo violência obstétrica é fundamental para examinar a relação de superioridade entre médico e paciente, validando o relato individual sobre a experiência e direcionando-o de uma posição passiva e objetificada para um espaço de autonomia e subjetividade.

3 A PROBLEMÁTICA NO CONTEXTO JURÍDICO PÁTRIO

3.1 Normas internacionais acolhidas pelo ordenamento pátrio

No contexto internacional, existem avanços com o viés de garantir os direitos das mulheres e, dentre os que se destacam a violência obstétrica é considerada uma violação a um direito fundamental. Nesse sentido, a “Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher” (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*), da ONU caracteriza muitas violações contra as mulheres como uma sendo uma afronta aos direitos humanos.

Esse dispositivo foi promulgado pelo ordenamento pátrio por meio do Decreto nº 1.973, de 1 de agosto de 1996 o qual dispõe:

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

[...]

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

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

Em particular, a área da saúde por meio do decreto nº 4.377 de 13 de setembro de 2002, estabelece que:

1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar.
2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriadas em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for

necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (BRASIL, 2002).

Esse decreto é de grande valor, pois repercute a evolução legislativa na defesa dos direitos das mulheres. Por conta desse documento, surgiu o Comitê CEDAW, cujo intuito foi o de promover a vigilância quanto ao cumprimento dos países signatários sobre o que foi estabelecido pela Comissão. Ademais, instituído pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1999, é criado o Protocolo Facultativo da CEDAW e assinado pelo Brasil em 2001 depois ratificado em 2002, ampliou-se as funções do comitê e aumentam sua responsabilidade.

Para esse fim, são dispostas três diretrizes fundamentais. Quais sejam:

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

Outras recomendações foram emitidas, merecendo destaque a Recomendação Geral de nº 19, posteriormente atualizada pela Recomendação Geral de nº 35, que busca conceituar a violência contra a mulher fazendo uma correlação com a desigualdade de gênero, marcada pelos processos sociais, políticos e econômicos, que perpetuam uma relação de dominância masculina, colocando mulheres em uma situação de subordinação (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Vejamos:

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

A recomendação Geral de nº 28 (2010), consigna as incumbências dos Estados-Partes no tocante ao artigo 2 da Convenção, a saber: respeitar, proteger e cumprir os direitos das mulheres à não discriminação e ao gozo da igualdade de direito e de fato. Estabelecendo o encorajamento para tradução da convenção nos idiomas nacionais e locais, usando, inclusive dos meios disponíveis na mídia para alcançar o

maior número possível de pessoas, a fim de alcançar o máximo de sua efetividade (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019).

Para garantir tal efetividade, foi emitida a Recomendação Geral de nº 33 que indicam mecanismos criados pelos Estados de forma a facilitar o acesso à justiça pelas mulheres, “com vistas a emponderá-las como indivíduos e titulares de direitos” (COMITÊ PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, 2015, p. 3). Nesse sentido, existe a recomendação em favor de uma mobilização de acesso à justiça.

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

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

A existência de uma fonte de recomendação como essa, promovida mundialmente e por uma instituição de referência é de extrema importância para guiar o processo de mudança de abordagem dos procedimentos até este tempo, ainda realizados, e fortalecer a sua obrigatoriedade, passando a contar com parâmetros definidos em lei.

3.2 Legislação brasileira

Como já mencionado, o Brasil não possui ainda disposição legal que reúna de forma ordenada um conceito jurídico da violência obstétrica, bem como estabeleça as

medidas punitivas a ela inerentes. Por outro lado, alguns estados têm se mobilizado sobre a abordagem legal do tema, sendo possível reunir textos legais espaçados que indicam o início da criação de uma estrutura de proteção à mulher e à criança.

Inicialmente, é importante citar o projeto de lei nº 7.633/14 proposto pelo deputado Jean Wyllys que define a violência obstétrica como:

Art. 13 – Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. Parágrafo único. Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo (a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério (BRASIL, 2014).

O projeto, mesmo elaborado e apresentado com uma estrutura completa na conceituação da violência obstétrica, nas formas em que ela pode acontecer, nos mecanismos que visam a sua erradicação, de controle dos índices de cesariana e da necessidade de adotar boas práticas obstétricas, não seguiu adiante.

Em destaque o seguinte trecho do projeto:

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

Dessa leitura depreende-se que a falta de conhecimento de muitas mulheres sobre as condutas que se consubstanciam em violência obstétrica é um dos obstáculos que prejudicam o seu enfrentamento, permitindo que essas práticas se repitam na cultura de abordagem médicas como se fossem algo natural, vitalizando-se uma agressão dissimulada em forma de cuidado. Exemplo de dispositivo em nível estadual é a Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017).

Seguindo, temos a Lei nº 11.634, que determina a vinculação da gestante ao estabelecimento em que será atendida (art. 1º), obrigando a maternidade a estar preparada em âmbito técnico e de pessoal a receber a gestante de acordo com o seu

nível de risco gestacional, bem como de seu puerpério (art. 2). Garantindo, dessa forma, a melhor assistência para a mulher e a criança (BRASIL, 2007).

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

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

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

É importante destacar que essa medida de proteção tem guarida em um dispositivo legal que não é, prima face, voltado para proteção da mulher, evidenciando-se, assim, uma carência legislativa voltada ao combate dessas violações em relação às desigualdades de gênero.

Também é previsto que “o atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária” (§1º), que “os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher” (§2º), e ainda que a “alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária” (BRASIL, 1990b). Essas considerações são valiosíssimas, pois promovem uma abordagem de menos patologização, tratando o parto como algo natural, além de assegurar a mulher sua autonomia na escolha dos profissionais que a acompanharão nessa circunstância tão singular.

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

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

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

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

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

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

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º. O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º. As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo (BRASIL, 2005).

Contudo, ainda se restringe o período em que o acompanhante pode ficar, seja no pré-parto, parto e pós-parto, limitando até o período de visitas:

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

Em outro momento se sustenta que a lei só seria aplicável a hospitais regidos pelo SUS ou conveniados a ele, ora dizem ser necessário uma ala paga para exercer esse direito.

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

Também há ocasiões de impedimento da entrada ou permanência de acompanhante, seja pela justificativa do desconhecimento da lei, seja por um profissional que ocupe posição de poder nos procedimentos:

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

[...]

Entrei em contato com a Maternidade e me informaram que não conhecem a lei que dá o direito ao acompanhante no parto e por isso a maternidade não permitirá acompanhante na hora do parto.” Dayana Rossi, em contato com a Maternidade Marlene Teixeira onde pretendia ser atendida no parto, em Aparecida (GO) (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 69).

Problema maior é o fato de que, mesmo caminhando para a criação de uma estrutura normativa que reconheça direitos e identifiquem suas violações, não há um sistema ordenado de como deve se proceder no caso de violação, o que prejudicará a efetividade dessas normas.

3.3 Uma análise do caso Alyne

Tratando de Violência obstétrica, o caso Alyne é o paradigma, que serviu de rumo para Corte Interamericana de Direitos Humanos tratar dessa matéria. Trata-se de uma sequência de eventos que materializam violação dos direitos das mulheres, que resultaram na morte da jovem (SILVA, 2015).

Em apertada síntese, Alyne da Silva Pimentel Teixeira, uma jovem de 28 anos, mãe de uma menina de cinco anos, negra, da periferia e gestante com 6 meses de outra menina deu entrada no dia 11 de novembro de 2002 na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo, com náuseas e forte dores no abdômen. Ao ser

atendida por um ginecologista, que prescreveu uma medicação genérica, sem fazer os mínimos exames para avaliar os sintomas, foi liberada para ir para sua casa.

Após 02 dias, Alyne retornou para Clínica, pois as dores aumentaram e, nesta ocasião, foi atendida por outro médico que determinou sua internação. Em seguida, foi examinada por um terceiro médico que constatou a morte do feto, sendo indicada a fazer um parto induzido para retirada do natimorto.

Mesmo apresentando de um quadro de urgência, pela demora no início do procedimento, que também não deu certo, foi necessária a realização de uma curetagem, realizada apenas no dia seguinte. Ocorreu que o estado de saúde piorou, pois começou a sofrer com severas hemorragias, vômito de sangue, pressão baixa, desorientação e dificuldade de se alimentar. Ressalte-se que:

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

O quadro de saúde de Alyne se agravou, apresentando outras complicações “consistentes com os de uma mulher que nunca havia recebido os cuidados de um pré-natal e que ela precisaria de uma transfusão de sangue” (SILVA, 2015, p. 10).

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

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

Três meses após o óbito, a família de Alyne ajuizou uma ação contra o Estado de Rio de Janeiro, requerendo ressarcimento por danos morais e material, em um processo que o descaso se evidencia, na medida em que o Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro demorou 3 anos e 10 meses para determinar a atuação de um perito

e a primeira decisão de mérito foi proferida 11 anos após a apresentação de peça inaugural.

Por conta desse fato, a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos – Advocacia, instituição com sede no Rio de Janeiro, juntamente com o Centro de Direitos Reprodutivos, instaurou uma representação contra o Estado Brasileiro no Comitê sobre a Eliminação de Discriminação contra a Mulher (Comitê CEDAW) da Organização das Nações Unidas, toando por base os seguintes dispositivos da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW):

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

- a) consagrar, se ainda não o tiverem feito, em suas Constituições nacionais ou em outra legislação apropriada, o princípio da igualdade do homem e da mulher e assegurar por lei outros meios apropriados à realização prática desse princípio;
- b) adotar medidas adequadas, legislativas e de outro caráter, com as sanções cabíveis e que proíbam toda discriminação contra a mulher;
- c) estabelecer a proteção jurídica dos direitos da mulher em uma base de igualdade com os do homem e garantir, por meio dos tribunais nacionais competentes e de outras instituições públicas, a proteção efetiva da mulher contra todo ato de discriminação;
- d) abster-se de incorrer em todo ato ou prática de discriminação contra a mulher e zelar para que as autoridades e instituições públicas atuem em conformidade com esta obrigação;
- e) tomar as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa;
- f) adotar todas as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher;
- g) derrogar todas as disposições penais nacionais que constituam discriminação contra a mulher.

[...]

Artigo 12 - 1. Os Estados-partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive referentes ao planejamento familiar.

2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância (SILVA, 2015, p. 13).

O que se quer demonstrar com esse caso, que tem substrato de grave denúncia é que as violações sofridas por Alyne, desde a ausência de um pré-natal adequado, seguido pela lentidão da resposta do Poder Judiciário. Essas circunstâncias carregam em si a digital da desigualdade de gênero, de classe e raça e que a condição de

mulher, negra e da periferia foram decisivas no tocante a forma em que todo o seu atendimento foi conduzido. Senão, veja-se:

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

Contudo, o Estado Brasileiro respondeu indicando que no caso Alyne a morte não ocorreu pela condição de mãe, mas em decorrência de uma falha no sistema de saúde, tomando por base uma autópsia que indica hemorragia digestiva como causa da morte, sugerindo que todas as medidas possíveis e necessárias estariam sendo tomadas no âmbito jurisdicional para dar prosseguimento ao processo instaurado pela família. Mas como a verdade não se deteriora, os fatos, por si só, denunciam a negligência do Estado em oferecer um acompanhamento à Alyne durante a sua gestação.

Mas a decisão do Comitê CEDAW foi em favor da família de Alyne; acolheu seus fundamentos e acrescentou o art.1º da Convenção, nos seguintes termos:

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

Com isso, foi requisitado que o Brasil a iniciativa de se instituir um acesso à maternidade de qualidade, capaz de reduzir a morte materna consoante o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade, que treine profissionais para garantir assistência à saúde reprodutiva das dentro dos padrões nacionais e internacionais, que também montasse uma estrutura juridicamente para proteger os direitos dessas mulheres aplicando as devidas punições conforme o caso (CATOIA; SEVERI; FIRMINO, 2020).

A importância de destacar o presente caso se dá pela sua simetria com a violência de gênero, raça e classe, na proporção em que se faz um recorte interseccional. Não se trata de um simples busca de reparar a desigualdade entre os direitos dos homens e das mulheres. O quesito raça e classe social colocam mulheres negras e as da periferia em situações que muitas vezes mulheres brancas jamais passaria.

4 MEIOS DE COMBATE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

4.1 Mobilização social

Observando que a institucionalização do parto contribuiu para a redução da condição da autodeterminação da parturiente e ao mesmo tempo não cumpre com seu objetivo que é o de diminuir a mortalidade materno infantil nasce um importante questionamento: até que ponto os procedimentos hoje executados são de fato viáveis ao bem-estar da mulher e da criança e como proceder para evitar que direitos não sejam violados no transcorrer dessa situação de maternidade.

Com objetivo de enfrentar essa abordagem, tem se formado verdadeiras comunidades formadas por mulheres, enfermeira, fisioterapeutas, assistentes sociais, advogadas, obstetras, entre outras áreas da ciência, com o intuito de qualificar essas práticas como uma violência, visando o retorno do parto centralizado na mulher. Esse sentimento busca a humanização tanto dos procedimentos do parto natural, seja ele doméstico ou realizado em unidade hospitalar, mas também no pré-natal, no pré-parto, pós-parto, bem como de uma cesárea observando-se as devidas recomendações.

Tratando sobre a humanização do parto, Nogueira diz que:

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

A realização de um parto humanizado é um ideal perseguido por vários países, tanto é que foram criados movimentos em nível internacional que servem de referência. Podendo ser citados aqui a *National Childbirth Trust* (NCT) no Reino Unido, com instituições equivalentes na Alemanha e Itália, inclusive o próprio movimento *hippie* e na contracultura, *The Farm*, nos Estados Unidos, e ainda o movimento feminista que busca pelos direitos reprodutivos e sexuais.

Essa atividade, é estimulada pela Medicina Baseada em Evidências (MBE), uma entidade que surgiu na década de 80, que denuncia como pesquisas médicas podem ser alteradas, criando uma cultura que incentiva procedimentos desnecessários e prejudiciais a mãe. Contudo, existe também uma organização de nível internacional chamada Colaboração *Cochrane* que estrutura esses processos,

analisando-os através de um método que comprove a sua eficácia, quebrando com paradigmas até então impostos sem os questionamentos necessários (NOGUEIRA, 2015).

No Brasil, merece destaque a REHUNA, que surgiu em 1993, que conta com associados em todo o Brasil, que tem como meta principal divulgar a assistência e os cuidados perinatais utilizando sempre evidências científicas. Com isso, contribui para a diminuição das intervenções desnecessárias e promove o cuidado no processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico da paciente.

A Rede pela Humanização atuação em diversas linhas que são divididas da seguinte forma: gestão de cuidado, difusão de conhecimentos, formulação de políticas públicas, baluarte de resistência e formação de profissionais.

Outro direcionamento que merece destaque é a busca de diminuir a patologização do parto e a passividade da mulher nos procedimentos realizados nesse período bem como a valorização da presença das doulas nesse momento. Cujo objetivo é substituir o lugar do médico ou enfermeira obstétrica, com a missão de informar a parturiente sobre tudo que está acontecendo no momento.

Sobre esse ponto, Rocha e colaboradores (2020) relatam que:

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

A autora ainda relata que “na relação implicada de solicitude que se estabelece entre doulas e gestantes, percebe-se afetações como paciência, compreensão e consideração pela alteridade” (ROCHA et al., 2020, p. 10).

Nesse sentido, veja-se que:

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

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

A atividade de doula foi inserida na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), pois o Ministério do Trabalho e Emprego reconheceu a Ocupação Doula através da categoria ocupacional nº 3.221. A partir de então foram realizados projetos entre os quais se destaca a realização do projeto Doulas no SUS, que busca facilitar o acesso a esse serviço visando garantir o efetivo direito à saúde ao maior número de parturiente possível.

O Hospital da Mulher, em Alagoas, é digno de louvor, pois é referência ao ser o primeiro hospital a contratar doulas. Quando a parturiente chega, é realizada uma triagem para verificar seu nível de risco, a qual recebe orientações sobre os benefícios de um parto normal, ou seja, sem medicamentos. Disponibilizando-se quartos equipados para a deambulação, chuveiro morno, banheira, trabalho com bola suíça, musicoterapia e penumbra.

4.2 Políticas públicas

Por conta da movimentação social sobre o tema, políticas públicas vêm sendo incrementadas visando a humanização da abordagem relacionada à mulher em situações de pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto. Veja-se a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, emitida pelo Ministério da Saúde, que diz:

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

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

Contudo, não se trata de criar só padrões. É necessário criar meios de controle que sirvam como referência para que a abordagem humanizada seja uma realidade, estabelecendo um mecanismo de autorregulação. Essa seria a forma de se estabelecer o parto humanizado prática. Quanto a esse aspecto, a Portaria cita que:

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos

procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL 2000).

Importante consignar a Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, que trata sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, que tomou como base a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano; a Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da ANVISA para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública; a Lei n. 9.656, de 03 de junho de 1998, que trata sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3o, atribui responsabilidades às operadoras de planos de saúde, nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde, que façam parte de sua rede credenciada (BRASIL, 2008).

Também sofre influência do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004, além do disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como meta a redução da mortalidade infantil e materna.

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

Carregando como uma de suas definições:

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

Essa resolução é carregada de riqueza normativa, pois consagra a abordagem do atendimento às gestantes, puérperas e bebês e é de grande importância em face da orientação que seja feita de maneira humanizada.

Tem ainda a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que inaugura a Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde, tendo já como base a Lei 8.080, de 19 de

setembro de 1990, a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 e Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que compreendem uma série de dispositivos em favor da saúde da mulher e do bebê. Lembrando que a mortalidade materna e infantil no Brasil ainda é alta, mesmo com toda a medicalização que envolve a abordagem do parto. Por essa razão, está entre um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a diminuição desse indesejável índice (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha pressupõe o respeito a proteção e a realização dos direitos humanos; homenageando a diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

Depreende-se, pois, que foi dado importância a um enfoque baseado no gênero como meio de sanar desigualdades, incentivando um novo tratamento à saúde da mulher e da criança por meio de uma rede específica destinada ao seu acompanhamento, de modo a criar uma estrutura que diminua sua mortalidade (BRASIL, 2011).

4.3 Instrumentos cíveis e criminais de reparação do dano e de punição da conduta

Como demonstrado, apesar de existir determinados dispositivos legais que tratam sobre violência obstétrica, sendo ainda a Lei nº 11.108, a mais específica sobre o momento do parto, ainda não existe uma lei que tipifique a conduta. Sobra uma lacuna no tratamento dado à violência obstétrica no que se refere às devidas reparações cíveis e cominações penais cabíveis em decorrência dessa prática. Em razão da falta da lei, raros são os casos que se transformam em lide perante o judiciário assegurando a apuração e a devida responsabilização ao ocorrer esse tipo de violação.

Observando esse quadro de punições, encontra-se: a responsabilidade civil, a responsabilidade penal e a de ordem ética que acontece por meio dos conselhos regionais e do conselho nacional de medicina, merecendo destaque a diferença entre as duas primeiras, conforme as palavras de Roberto Carvalho Veloso e Maiane Cibele de Mesquita Serra (2016, p. 23):

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

A reparação civil é que ainda percorre um caminho mais atenuado na busca por uma reparação ou compensação de danos sofridos, quer seja de natureza física ou de natureza moral, por meio da aferição da culpabilidade do médico e da instituição, considerando a sua natureza objetiva e subjetiva fazendo valer a obrigação de meio existente entre médico e paciente, conforme art. 14, §4º do Código de Defesa do Consumidor e artigos 932, II e 951 do Código Civil de 2002. Veja-se:

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

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

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

Em outra face, verifica-se a ausência de legislação que defina a responsabilidade penal, que aqui carregaria o conceito de erro médico, levando em consideração o instituto da culpabilidade. Com essa lacuna pela inexistência de uma tipificação específica para essa violação fica considerando o princípio da legalidade que determina a existência de lei tipificando o ato ilícito, fica difícil vincular a prática médica aos tipos prescritos no Código Penal. Ensejando a necessidade de fazer uso de uma interpretação analógica para se alcançar alguma punição.

Diante disso, Mendes leciona, que:

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

Assim, em face da dificuldade em tipificar o erro médico não se efetiva uma punição na esfera penal, ao mesmo tempo em que a ausência de imposição de uma

pena privativa de liberdade para essas violações se fortalece a sensação de impunidade de profissionais que continuam suas atividades como se dano algum existisse.

Essa é uma questão que merece toda atenção, pois a violência obstétrica pode levar a lesões físicas graves na mulher que interferem seriamente em sua autoimagem e na sua vida sexual, além dos danos psicológicos que ficaram para sempre. São violações, cuja punibilidade já está consagrada no ordenamento pátrio, inclusive com pena privativa de liberdade, que não têm amparo legal por conta da sua natureza médico-paciente-gênero, razão pela qual merece tratamento em decorrência de suas especificidades.

É preciso fortalecer esse sentimento. Mesmo que o Brasil ainda não possua uma legislação devidamente estruturada quanto à responsabilização de ordem civil e penal contra a violência obstétrica, o conselho nacional de medicina, bem como os conselhos regionais de cada estado, diligentemente, e em respeito as mulheres; a dignidade da pessoa humana; deve avançar em estabelecer processos de apuração e punição de profissionais que adotem a prática violenta.

Nas lições de Mendes:

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

Em 2017 foi elaborada uma cartilha que busca esclarecer a respeito dos direitos das mulheres no parto e sobre a orientação de profissionais da área de saúde e do direito sobre o que é violência obstétrica. Além de informar como esses profissionais devem conduzir-se para auxiliar essas mulheres, contempla a importância da produção de provas para auxiliar em possíveis demandas contra essas violações.

Veja-se:

A prova mais contundente é o prontuário. Pedir o prontuário na secretaria do hospital (ou recepção ou ouvidoria). A mulher tem de pagar apenas pelas cópias reprográficas. Não precisa motivar o pedido. Além disso, o hospital não pode negar essa solicitação. Pedir o prontuário da mulher e do bebê também. [...] Outras provas que podem ajudar: fotos e filmes do parto; depoimento da doula (o dela vale, o do acompanhante nem sempre – pai, marido, companheiro, mãe, estes não têm peso de testemunhos). Anotar o máximo de nomes dos(as) profissionais presentes no trabalho de parto, parto e pós-parto. Eles estão anotados no prontuário, mas nem sempre são legíveis. Essas pessoas podem ser relacionadas depois para comparecer em um processo como testemunhas. [...] Caso a mulher sofra a manobra de

Kristeller (proscrita pelo Ministério da Saúde, na qual empurram o fundo do útero para apressar a descida do bebê) e fique com hematomas, deve pedir para uma amiga fotografar, com data de um jornal visível ao fundo, anotando seu nome, endereço e documento. [...] Se ela sofrer episiotomia sem motivação, muito extensa, deve ir a um(a) ginecologista/obstetra e pedir a ele(a) que examine o corte e dê um laudo das suas condições. Isso deve ser feito logo após o parto, pois a cicatrização inviabiliza o exame nas melhores condições (ZORZAM; CAVALCANTI, 2017, p. 42).

Obtidas as provas, é indicado que a mulher promova uma denúncia na ouvidoria ou comissão de ética do hospital, para o Conselho Regional de Medicina, ou ainda ingressar com ação cível requerendo indenização por danos morais. Cabe observar que pela existência de uma cartilha consta-se a ausência de uma estrutura punitiva no campo penal conforme já foi explanado.

Outra opção sugerida pela cartilha, é a de formalizar uma denúncia perante o Ministério Público Federal, pois o Parquet é um órgão vocacionado ao combate e a repressão a violência obstétrica, conforme estabelece a Constituição Federal, em seu artigo 127:

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

O MPF de Alagoas tem se movimentado mediante a realização de audiências públicas para conscientização do tema, determinando, inclusive, a implementação de ouvidorias mais acessíveis nos hospitais públicos e privados, de forma a garantir que haja participação social. Trata-se da Recomendação de nº 4/2021/MPF/PR-AL/8º, ofício que determina:

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

Outra ação importante no Estado de Alagoas foi a promoção de uma audiência pública organizada pela Comissão Especial da Mulher Da Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Alagoas (OAB/AL) que contou com a realização de palestras, relatos de profissionais e denúncias de mulheres sobre violência obstétrica sofrida. Para coroar o evento, foi emitido um relatório que determina o encaminhamento de ofícios para órgãos feito as Comissões da OAB relacionadas ao tema, às secretarias

estaduais responsáveis pela matéria, aos conselhos regionais da área de saúde, hospitais e escolas profissionalizantes no ramo da saúde, inclusive as associações. Bem como a organização de cartilhas, palestras, e a busca de posicionamento das câmaras legislativas e dos órgãos feito MPF e MPE, entre outras ações da comissão (COMISSÃO ESPECIAL DA MULHER, 2019).

Outra ação com a mesma aura de vigilância foi realizada em 22 de agosto de 2023 quando foi lançado pela coordenação técnica de Saúde da Mulher e Rede Cegonha da Secretaria de Saúde de Maceió no auditório da Polícia Federal a cartilha chamada “Diga não! A violência obstétrica - Cartilha contra a violência” que traz a definição das diversas formas de violência obstétrica, além de relatos de vítimas e orientação sobre como denunciar essa prática. Esta cartilha será entregue em todas as unidades de saúde do Município (cartilha disponível em: [<02. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - Google Drive>](#)).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica é uma matéria que de pauta recente e que desafia a elaboração e incremento de estratégias para seu enfrentamento. A Argentina e a Venezuela, na vanguarda quanto a esse tema, se aperfeiçoaram ao longo das últimas décadas, notadamente pelos avanços legislativos em relação a conceituação dessas práticas e ao estabelecer responsabilizações, colaborando para o cenário mundial em um embate que envolve a saúde e o direito.

Foi identificado que a violência obstétrica tem um embrião histórico, e suas sementes advém de questões de gênero, classe e raça, peculiaridades que somadas com as relações de poder, desdobram-se em circunstâncias de abuso e violação da liberdade subjugando a mulher.

É imprescindível considerar a fragilidade do tema no cenário brasileiro, em face da ausência de legislação específica que trate sobre a matéria. Portanto, é necessário qualificar e classificar a violência obstétrica antes de examinar com mais profundidade a discussão do tema e de suas consequências, pois só após sua classificação como violência e definição de suas implicações é que se pode promover uma abordagem que a previna, responsabilizando adequadamente os seus autores.

Cabe aqui evidenciar a resistência da classe médica que nega a possibilidade de o profissional imprimir uma conduta antética; considerando que o ponto de vista do

médico o seu intuito sempre teria o condão de proteger o paciente. Contudo, em contradição, nota-se que tais práticas são replicadas no processo de ensino, no trabalho de medicalização e patologização da gestação e do parto, tratando a mãe como objeto. São condutas e procedimentos que além de não contribuírem com a redução da mortalidade e riscos inatos ao puerpério, viola o direito das mulheres.

Também é imperioso lembrar que a violência obstétrica também ocorre em um nível estrutural, no ambiente hospitalar como um todo. Em determinadas ocasiões se verifica na forma de negligência, quando falta o atendimento básico, faltando até intervenções médicas quando necessário. Em outras ocasiões, se consubstancia por meio de um excesso ou padronização de procedimentos, que ultrapassam a necessidade e se torna prejudicial a mãe. São dois extremos, de um lado a falta de recursos e do outro uso as práticas do momento do parto como busca de recurso.

A união das pessoas tem caráter essencial para fazer frente a essa violência, que pode acontecer por meio de movimentos unificados e representativos de mulheres em suas classes sociais e raças, e profissionais da saúde, reivindicando o cuidado merecido; simultaneamente, é imprescindível uma mobilização do poder legislativo para tratar sobre o tema. Um arcabouço legal é a fonte na proteção dos direitos das mulheres no âmbito obstétrico, pondo em destaque o projeto de lei nº 7.633/14, que “dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”, com grande potencial em uma abordagem legal sobre o tema.

O respaldo da lei legitimará as mulheres a buscarem em vias administrativas e judiciais os seus direitos. Retoma-se aqui o caso Alyne, pois é um marco na jurisprudência brasileira sobre o tema, resultou em sua morte após uma série de negligências sofridas em seu atendimento. Alyne é um retrato de como a violência obstétrica chega de forma diferente para cada mulher ao se consubstanciando em um recorte de classe e cor.

Fica evidente a importância da intervenção do poder legislativo sobre o tema. É necessário criar mecanismos legais com preceitos de punição dessas práticas. Atualmente ainda se convive com uma limitação quando se trata de reparação na esfera cível, quando os resultados dessas violações ferem direitos protegidos pelo direito penal. É por conta da inexistência de um tipo penal específico sobre o tema que essa violência se reverbera sob o manto da impunibilidade.

Finalmente, é tempo de olhar com a coragem da memória e o sincero reconhecimento de que ao longo da história os direitos das mulheres foram suprimidos. Foram muitas vezes excluídas de uma educação paritária, submetidas a condições inferiores e ao anonimato. A conquista da percepção da mulher como um sujeito de direitos, o respeito à sua subjetividade; a própria dignidade do seu ser, vêm sendo conquistados por meio de diversas lutas sociais. Que esse tema se traduza em ressignificação da importância de fazer valer os direitos fundamentais, tão festejado no ordenamento pátrio; que o Direito possa alcançar a tudo que se relaciona com direitos e deveres, notadamente a proteção da dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

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

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

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

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7633/2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Autor Jean Wyllys - PSOL/RJ, 29/05/2014. Disponível em: [Portal da Câmara dos Deputados \(camara.leg.br\)](http://Portal da Câmara dos Deputados (camara.leg.br)). Acesso em 27 de Out. 2023.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho mediante ofício nº 017/2019 – JUR/SEC**. Brasília: MS, 3 mai. 2019. Disponível em: [SEI - Conferência de Autenticidade de Documentos \(saude.gov.br\)](https://saude.gov.br/sei). Acesso em 20 de Out. 2023

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. Recomendação nº 29/2019. São Paulo, 7 de maio de 2019. Disponível em: [art20190510-11.pdf \(migalhas.com.br\)](https://migalhas.com.br/art20190510-11.pdf). Acesso em 20 de Out. 2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VENTURI, Gustavo et al. **Pesquisa de opinião pública**: Mulheres brasileiras e gêneros nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/ SESC, agosto de 2010. Disponível em: www.fpa.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf (apublica.org). Acessado em 20 de out. 2023.

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