



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS

DESIRÉE CRISTINA RODRIGUES VASCONCELOS

ALYNE E SEUS ESPECTROS: BREVE ESTUDO SOBRE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL

JOÃO PESSOA

2018

DESIRÉE CRISTINA RODRIGUES VASCONCELOS

ALYNE E SEUS ESPECTROS: BREVE ESTUDO SOBRE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba – Área de Concentração: Direitos Humanos – Linha 3: Gênero.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Ramalho Rabenhorst.
Coorientadora: Prof^a Dr^a Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas.

JOÃO PESSOA
2018

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

V331a Vasconcelos, Desiree Cristina Rodrigues.

ALYNE E SEUS ESPECTROS: BREVE ESTUDO SOBRE VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA NO BRASIL / Desiree Cristina Rodrigues
Vasconcelos. - João Pessoa, 2018.

107 f. : il.

Orientação: EDUARDO RAMALHO RABENHORST.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCJ.

1. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 2. MORTE MATERNA. 3. ACESSO À
JUSTIÇA. 4. RESPONSABILIZAÇÃO CIVIL E CRIMINAL. I.
RABENHORST, EDUARDO RAMALHO. II. Título.

UFPB/CCJ

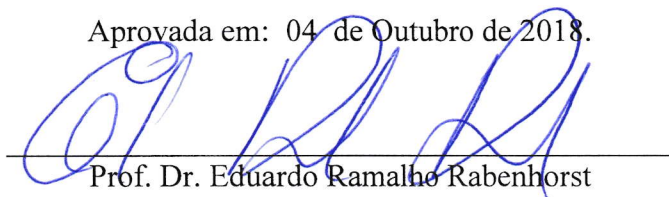
TERMO DE APROVAÇÃO

DESIRÉE CRISTINA RODRIGUES VASCONCELOS

ALYNE E SEUS ESPECTROS: BREVE ESTUDO SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL

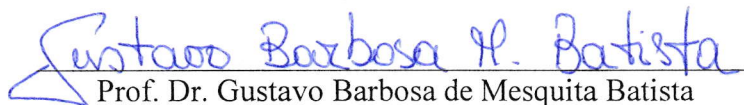
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Jurídicas, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba – Área de Concentração: Direitos Humanos – Linha 3: Gênero, pela seguinte banca examinadora.
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Ramalho Rabenhorst
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas

Aprovada em: 04 de Outubro de 2018.



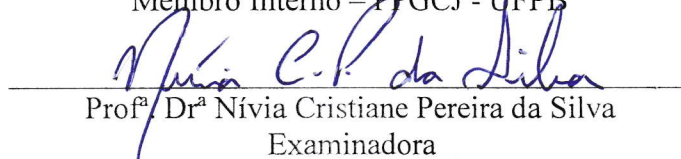
Prof. Dr. Eduardo Ramalho Rabenhorst
Orientador

Departamento de Ciências Jurídicas – PPGCJ - UFPB



Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista
Examinador

Membro Interno – PPGCJ - UFPB



Prof^a Dr^a Nívia Cristiane Pereira da Silva
Examinadora

Membro Interno – DSS/CCHLA - UFPB

À Maria de Fátima Rodrigues da Silva,
primeira feminista com quem convivi.

AGRADECIMENTO

Dentre todos os deveres, talvez o mais importante seja o de agradecer. Agradecer à vida, por estar vivendo este tempo e por ter chegado até aqui. Na minha realidade profissional, muitas vezes me vejo imersa num emaranhado de violência. Talvez por isso, meu projeto de pesquisa, apesar de pretender falar de estatísticas e teorias, foi de pronto, muito bem diagnosticado, por uma das avaliadoras como um texto que falava eminentemente de violência.

E assim, finalmente, consegui aprovação no mestrado com um projeto de violência doméstica, mas que por uma sorte de percurso acabou mudando por sugestão do meu orientador, o reflexivo Prof. Dr. Eduardo Rabenhorst, a quem agradeço as palavras tão bem colocadas e a pronta interceptação do projeto original. Gratidão ao seu olhar, que direcionou o meu para outras realidades, para além daquela que eu vivenciava todos os dias no trabalho, à época em uma delegacia da mulher. Graças a essa benéfica intervenção, descortinou-se meu contato com o tema – violência obstétrica - pelo qual de pronto me apaixonei. Tão profundamente, que acabei engravidando no curso do programa e a pesquisadora ficou um tanto quanto em *stand bye* para que a mãe nascesse em mim.

Ter oportunidade de me ver nos bancos do CCJ, pagando créditos e aguardando um bebê, não sei muito bem por que, mas me enchia de alegria e contentamento. Era uma alegria assim, genuína, dessas que deixam os olhos brilhando e que nada pode abalar. Eu tinha trabalho a fazer, leituras a concluir, enxoval a preparar, estava cansada, mas nunca me senti tão bem emocionalmente. O cansaço físico não era nada para mim. Profissionalmente, eu estava buscando ascensão e, na minha história familiar, eu estava confortável: subia as escadas do CCJ pensando na minha mãe, que também esteve grávida de mim no curso da sua graduação na Faculdade de Direito do Recife.

Conclui os créditos, o estágio docência, e, minha filha nasceu. Agora eu tentava urgentemente qualificar, mas me via às voltas com as tarefas do cuidado, da amamentação e tudo mais que a maternidade envolve.

Mais uma vez, graças aos novos rumos que o meu projeto de pesquisa tomara, eu agora tinha uma aliada importante, a Prof^a Dr^a Waglânia Freitas com quem construí uma ponte entre o CCJ e o CCS para que este trabalho fosse possível. Graças à sua disponibilidade, este trabalho foi executado. Em meio a minha vida atribulada, escrever uma dissertação já seria um desafio (eu não tinha uma licença do trabalho para escrever a

dissertação), mas escrever sobre obstetrícia e compreender termos técnicos da área da saúde exigiam de mim um pouco mais de paciência.

Paciência parecia ser a lição que a vida queria me dar. Eu não sei se fui capaz de aprender, mas neste período, pessoas pacientes foram absolutamente imprescindíveis na minha vida, a exemplo do Prof. Dr. Gustavo Batista, membro da minha banca, mas que na verdade foi o primeiro mestre com quem tive contato na UFPB. Antes de ser aprovada no programa, eu fui sua aluna especial e, graças ao seu cabedal de conhecimentos, consegui estruturar um referencial teórico para um projeto de pesquisa. Minha gratidão, portanto, ao Dr. Gustavo Batista, pelo acolhimento.

Agradeço aos meus alunos na FAP – Faculdade Paraibana – porque me desafiam e me estimulam o aprendizado, e ao grande entusiasta deste projeto - o coordenador do curso de Direito, o professor Albérico da Fonseca, que envidou esforços para que eu obtivesse êxito na conquista deste título.

Finalmente, agradeço à coordenadora das DEAMs do Estado da Paraíba, a minha querida amiga, Maísa Félix, pelo apoio incondicional, para que este sonho se tornasse realidade.

E como não poderia deixar de ser, agradeço às minhas raízes: a família me dada por Deus, minha força e meu refúgio em todas as horas. Agradeço a todos e a cada um, fazendo-os representar aqui por José Ricardo e Marina, que estiveram comigo, de mãos dadas, em toda esta caminhada.

“Cuando el proceso del nacimiento se vea como un período de suma importancia en el desarrollo de la capacidad de amar, ocurrirá la revolución en nuestra visión de la violencia”.

Michel Odent

VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues Vasconcelos. **Alyne e seus espectros: breve estudo sobre a violência obstétrica no Brasil**. 2018. 106f. Dissertação de Mestrado – Centro de Ciências Jurídicas / Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

RESUMO

Em 2010, uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo divulgou que 1/4 das mulheres brasileiras sofrem Violência Obstétrica (VO). Melhorar a saúde materna figurou como um dos objetivos do milênio, quando do encontro dos 191 países membros das Nações Unidas, no ano 2000. Apesar da queda nas razões de Mortalidade Materna (MM) pelo mundo, o Brasil não conseguiu diminuí-la a contento e continua com indicadores considerados altos pela OMS (62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos). Neste trabalho, estudou-se, pois, a VO e a MM partindo-se do caso Alyne Pimentel, jovem negra e pobre do município de Belfort Roxo, no Rio de Janeiro, que acabou morrendo, no ano de 2002, em decorrência de atendimento deficiente por parte dos profissionais de saúde. O estudo se expandiu a partir dos relatos de mulheres que sofreram violação aos seus Direitos Reprodutivos e Sexuais, cujas histórias foram amplamente divulgadas, seja pela mídia ou pelo banco de dados da ONG ARTEMIS. O estudo aqui proposto constatou que VO e MM continuam ocorrendo em profusão no Brasil, em situações semelhantes ao ocorrido com Alyne Pimentel, sendo que a humanização no atendimento, a observância de práticas baseadas em evidências científicas e as casas de parto continuam sendo ideal a ser alcançado e não uma realidade. Pretendeu-se, por fim, compreender os motivos pelos quais, até o presente momento, apenas uma fração ínfima dos relatos de abusos chegou ao Poder Judiciário, mais especificamente às instâncias superiores – STF e STJ. Concluiu-se que há grave falha no acesso à justiça e que, mesmo no Brasil não havendo um tipo penal criminalizador específico para VO, há instrumentos legais para responsabilização dos infratores, tanto na seara cível, quanto na criminal sendo subutilizados.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Morte Materna. Acesso à justiça. Responsabilização Cível e Criminal.

VASCONCELOS, Desirée Cristina Rodrigues Vasconcelos. **Alyne and her specters: brief study on obstetric violence in Brazil**. 2018. 106f. Master's Dissertation - Center for Legal Sciences / Federal University of Paraíba, João Pessoa.

ABSTRACT

In 2010, a survey of the Perseu Abramo Foundation, reported that 1/4 of Brazilian women suffer from Obstetric Violence (VO). Improving maternal health was one of the millennium goals of the meeting of the 191 member states of the United Nations in the year 2000. Despite the decrease in maternal mortality (MM) worldwide, Brazil was not able to reduce it to the satisfaction and continues with indicators considered high by WHO (62 maternal deaths per 100,000 live births). In this study, VO and MM were studied, starting from Alyne Pimentel, a black and poor girl from the city of Belfort Roxo, in Rio de Janeiro, who died in 2002 due to attendance health professionals. The study expanded from the reports of women who had suffered a violation of their Reproductive and Sexual Rights, whose stories were widely publicized, either by the media or by the NGO ARTEMIS database. The study proposed here confirmed that VO and MM continue to occur in profusion in Brazil, in situations similar to that of Alyne Pimentel, and the humanization of care, observance of practices based on scientific evidence, and delivery houses remain ideal. achieved and not a reality. Finally, it was intended to understand the reasons why, up to the present moment, only a small fraction of reports of abuses have reached the Judiciary, specifically the higher courts - STF and STJ. It was concluded that there is a serious lack of access to justice and that even in Brazil, there is no specific criminological type for VO, there are legal instruments to hold criminals accountable, both in civil and criminal cases, and under criminal law.

Keywords: Obstetric violence. Maternal death. Access to justice. Civil and Criminal Accountability.

LISTA DE ABREVIACÕES

AbenfoPB:	Associação Brasileira dos Enfermeiros da Paraíba
ADVOCACI:	Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos
ADPB:	Associação de Doulas da Paraíba
ANVISA:	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARTEMIS:	Ong Aceleradora Social em Defesa dos Direitos das Mulheres.
CDC:	Código de Defesa do Consumidor
CEDAW:	Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres.
CF:	Constituição Federal
CID:	Código Internacional de Doença
CP:	Código Penal
DPU:	Defensoria Pública da União
ECA:	Estatuto da Criança e do Adolescente
GO:	Ginecologista Obstetra
ICV:	Instituto Cândida Vargas
MBE:	Medicina Baseada em Evidências
MM:	Morte Materna
MPE:	Ministério Público Estadual
MPF:	Ministério Público Federal
OMS:	Organização Mundial de Saúde
ONG:	Organização Não Governamental
ONG's:	Organizações Não Governamentais
ONU:	Organização das Nações Unidas
PIDCP:	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PIDESC:	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
STF:	Supremo Tribunal Federal
STJ:	Supremo Tribunal de Justiça
SUS:	Sistema Único de Saúde
SUSAM:	Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas
UTI:	Unidade de Terapia Intensiva
VBAC:	Vaginal Birth After Cesarian
VO:	Violência Obstétrica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Razão de Morte.....	41
---------------------------------------	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparativo da Razão de Morte Materna em alguns países	42
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: COMO SE CARACTERIZA E QUANDO ACONTECE.....	21
1.1 A violência obstétrica como violência de gênero.....	21
1.2 Da autonomia da mulher no parto à tutela no parir: o que mudou afinal?	28
1.3 A proteção legal aos Direitos Sexuais e Reprodutivos e a responsabilização civil e criminal.....	38
CAPÍTULO 2 - MORTE MATERNA: A PONTA DO ICEBERG DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	41
2.1 A Violência Obstétrica traduzida em mortes.....	41
2.2 Morte Materna: aspectos fundamentais e classificação.....	45
2.3 O caso Alyne Pimentel	49
CAPÍTULO 3 - DIREITO AO PARTO HUMANIZADO COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL.....	58
3.1. Os relatos de abuso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, as notícias a este respeito na mídia nacional e a realização da Audiência Pública sobre Violência Obstétrica em João Pessoa (PB)	58
3.2. Abusos cometidos no parto: uma análise dos relatos	69
3.3. Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica oferecida em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa (PB).....	78
3.4. O desafio do acesso à justiça e a jurisprudência no STF e STJ.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS	96
GLOSSÁRIO DOS TERMOS DA ÁREA DA SAÚDE	107

INTRODUÇÃO

A gravidez, na percepção de parcela significativa de mulheres, é um momento de plenitude, vez que se descortinam, muitos quereres e sonhos acalentados no subconsciente feminino. O evento também impacta decisivamente sobre a família, sendo por isso mesmo, em algumas culturas, muito mais que evento médico ou das ciências da saúde, um acontecimento cultural e familiar. No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, o nascimento passou a ser encarado, acima de tudo, como um ato médico, numa tentativa higienista de organização e controle urbano. (MARTINS, 2004, p. 66). Entretanto, neste processo, o excesso de intervenções vem contribuindo para tornar o parto uma experiência negativa para uma parcela significativa de mulheres e suas famílias. (LEAL, 2014, p. 45).

A obstetrícia (tradução da palavra inglesa *Midwifery* que significa “entre mulheres”), enquanto prática é bastante antiga, porém, a obstetrícia, enquanto especialidade médica é relativamente recente, pois nasceu nas faculdades de medicina europeia na primeira metade do século XIX e demorou um tempo para ser reconhecida dessa maneira. (MARTINS, 2004, p.68).

A ciência médica continuou sua marcha histórica, sendo muito importante para conter os alarmantes problemas de saúde pública e, como especialidade, a obstétrica evoluiu, instrumentalizou-se, por exemplo, com o uso do fórceps, porém, definitivamente retirou o parto do controle feminino, eliminando curandeiras e parteiras, demonizando os saberes femininos sobre seus corpos, ao mesmo tempo em que se sedimentava a ideia de que a ciência salvaria os centros urbanos das doenças epidêmicas e das mortes de mães e bebês.

A entrada do médico obstetra deu-se paulatinamente na vivência das cidades e centros urbanos mais desenvolvidos do século XVIII. (MARTINS, 2004, p.70). Até que o aumento da população acabou por fazer a migração dos partos, antes ocorridas em maior número nas casas das pessoas, para dentro dos hospitais, que se pretendiam esterilizados e seguros.

Se a gravidez e o parto na idade média estavam envoltos com a mácula do sangue, do sujo, do pecado; quando da transmutação do local de ocorrência, ou seja, quando os partos passaram a se realizarem em série nos hospitais e maternidades, esta impressão cultural não desapareceu. Munidos da técnica dominante, e mesmo em ambientes limpos e esterilizados, os profissionais de saúde que atendem o serviço estão imbricados com as desigualdades de gênero e misoginia. Isso, por sua vez, se materializa, pelas expressões jocosas e preconceituosas que são atiradas todos os dias às mulheres que procuram o serviço para pré-

natal, parto, pós-parto ou abortamento, como a mais comum de todas: “na hora de fazer não gritou”. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Esta expressão é muito ocorrente e constitui-se em VO na sua forma moral e simbólica, porém os abusos no ciclo gravídico puerperal também assumem feição de violência física e institucional.

A VO acontece toda vez em que há apropriação, pelos profissionais de saúde, dos corpos e processos reprodutivos das mulheres, exprimindo-se através de “uma atenção desumanizada, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos” (JUAREZ, 2012, p. 20).

A cultura de percepção do parto como evento tão somente médico, desprestigiando-se os demais significados envolvidos, tais como familiar, cultural e social etc, tornou as mulheres ainda mais vulneráveis às discriminações de gênero, dentre as quais a VO ou, usando um sinônimo, ao desrespeito aos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) divulgou que, uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica. No tocante às respostas dadas pelas entrevistadas, é importante salientar que, a maioria delas, sustentou não ter sofrido este tipo de violência, porém, dos seus relatos de parto, saltam aos olhos tais abusos. Em outras palavras, parte considerável delas relata algum tipo de desrespeito no atendimento ao parto, pós-parto ou puerpério, mas na resposta objetiva ao quesito específico sobre VO, diz não ter sofrido este tipo de discriminação de gênero.

Acontece, em resumo, que as mulheres, ou não se reconhecem como sujeitos de direito ou não compreendem intervenções e medicalizações excessivas como VO. Também muitas delas não compreendem as situações humilhantes que relatam como ofensa aos seus Direitos Sexuais e Reprodutivos.

As mulheres ainda padecem nas maternidades e hospitais públicos ou privados, guardando a ideia de que o sofrimento que lhes foi imposto seria necessário. Estima-se que este número seja ainda maior, pois muitas mulheres não identificam os maus-tratos sofridos e acreditam que as práticas violentas teriam sido “necessárias” para o nascimento exitoso dos seus bebês.

Todas essas violências perpetradas diariamente contra as mulheres no ciclo gravídico puerperal, não somente impactam negativamente na qualidade de suas vidas ou deixam sequelas incapacitantes, elas conduzem a Morte Materna (MM). Atualmente, no Brasil, 62 mulheres morrem a cada 100 mil nascidos vivos, segundo relatório da ONU publicado em maio de 2018. Trata-se, portanto, de uma razão bastante distante da meta estabelecida pelos

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposto pela ONU, que é de até 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A realidade no Estado da Paraíba é ainda pior. Segundo recente pesquisa do Observatório da Criança publicada pela Fundação Abrinq, a razão de MM na Paraíba é de 87,4 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Ainda segundo o estudo, a Paraíba é o terceiro Estado no Brasil onde mais morrem mulheres por causas maternas, encontrando-se apenas piores índices nos Estados do Amapá (109,6) e Maranhão (97,8).

Importante esclarecer que o tema não é novo, pois na década de 1950, quando se criaram as primeiras associações para apontar “crueldade contra grávidas” este tema vem eclodindo periodicamente, seja para denunciar algum desrespeito, seja para conscientizar as mulheres sobre este tipo de violação aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos (DINIZ, 2016, p. 253).

Ante este cenário, pretendeu-se, por meio de pesquisa de caráter exploratório-descritivo, do tipo qualitativo, estudar a Violência Obstétrica (VO) a partir da análise das experiências vivenciadas por mulheres, bem como a partir de casos julgados nas instâncias superiores (STF/STJ), perpassando pelos conceitos e tipos mais ocorrentes. Problematicou-se o fato de não haver no Brasil um tipo penal específico de VO ao mesmo tempo em que se demonstrou que há possibilidade de responsabilização criminal dos infratores, a partir do disposto no Código Penal Brasileiro.

Apesar dessa constatação, observou-se que há um descompasso entre os milhares de casos publicitados de VO e as escassas decisões proferidas nos julgamentos e contidas nos acórdãos do STF e STJ. Os exemplares ocorrentes no acervo jurisprudencial desses tribunais referem-se à episiotomia e manobra de *Kristeller*. Não há referência à violência moral ou psicológica, assim como, não há apropriação pelos julgadores do termo VO, mas tão somente referência ao problema por erro médico e os termos característicos da culpa: imprudência, negligência e imperícia.

Da análise dos relatos de VO, seja dos colhidos no banco de dados da ONG Artemis ou dos declarados pelas usuárias da Maternidade Cândida Vargas em João Pessoa, sobressaem, como violência física, os empurrões, exames de toque sucessivos, administração de ocitocina sintética de rotina sem o consentimento informado da paciente, entre outros, os quais não chegaram ao conhecimento dos referidos Tribunais.

Trabalhou-se, pois, com a hipótese de que há dificuldade no acesso à justiça e que muitas das práticas de VO são naturalizadas também pelo sistema de justiça, o qual por falta

de conhecimento técnico vem tão somente acolhendo e avaliando os laudos técnicos de médicos obstetras sobre os casos que lhe chegam.

Justificou-se o estudo lastreado na bibliografia autorizada, a qual enxerga o problema da Morte Materna (MM) como sendo a ponta do iceberg da VO, bem como a máxima expressão do desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, as quais continuam sendo expostas na sua intimidade e tendo seus corpos objetificados para que jovens médicos treinem suas habilidades.

Destarte, para além de tema de relevante interesse público, o tema está carregado de interesse jurídico, pois violações estão sendo cometidas e há grave falha no acesso à justiça, principalmente pela falta de informação sobre o que é VO e sobre a possibilidade de responsabilização dos profissionais da saúde.

Ao primeiro capítulo, foi destinada a tarefa de explicar a VO como tipo de violência de gênero, problema de saúde pública, vivenciada rotineiramente por mulheres que acessam os serviços de saúde no ciclo gravídico-puerperal, seja nos serviços do SUS ou da saúde suplementar. Através de índices estatísticos amplamente divulgados, pretendeu-se demonstrar que há falhas no modelo obstétrico brasileiro, vez que temos uma das maiores razões de MM do mundo, bem como uma alarmante incidência de cirurgias cesarianas.

Ainda no capítulo 1 estão abrigadas as legislações existentes que procuram conter a hostilidade corriqueira no atendimento do parto e minimizar os efeitos de um modelo obstétrico obsoleto e invasivo, resultado de uma cultura eminentemente higienista, que considera apenas o aspecto médico do parto, desmerecendo os demais.

Prosseguimos com o estudo do Direito comparado, mormente das legislações de proteção à mulher da Argentina e Venezuela acerca de violência obstétrica e, de retorno à realidade pátria, nos debruçamos sob o projeto de lei nº. 7.633/2014 que, pretende incluir um tipo penal criminalizador específico para este tipo de violação aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das mulheres.

O capítulo 2 desenvolveu-se no afunilamento do cerceamento de direitos, que no caso do atendimento ao parto culmina com a MM. Procurou-se compreender e conceituar esta epidemia, buscando problematizar a preocupante estatística de que 92% das mortes maternas ocorridas no Brasil são evitáveis e ocorrem principalmente por hipertensão, hemorragia e infecção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Também neste capítulo buscou-se compreender e estudar a classificação de MM e o conceito de *near miss*, que por sua vez nos faz perceber que a violação de direitos é maior do que se pensa, pois há muitas mulheres, que, em razão do atendimento deficitário no atendimento ao parto ou puerpério quase chegou a morrer.

Por último se trouxe a lume o caso paradigmático – Alyne Pimentel – como ponte para a compreensão do tema e sua gravidade, bem como para discutir os tipos de preconceitos que se sobrepõem quando, além de mulher, se adentra uma maternidade no Brasil, sendo também negra e pobre. Em seguida, relatamos em detalhes os trâmites percorridos pela família de Alyne Pimentel no *Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres* (CEDAW)¹ para obter reparação pelo sofrimento infligido à jovem.

Por fim, no capítulo 3, prosseguiu-se a partir dos depoimentos de mulheres vítimas de VO quando da realização da Audiência Pública sobre o tema, na cidade de João Pessoa, no dia 28 de novembro de 2017. Evoluiu-se a partir do banco de dados atualmente administrado pela ONG Artemis², no qual relatos de experiências de parto, na rede pública ou suplementar de saúde nos permitem um bom termômetro de como as pacientes percebem o tratamento que lhes foi dispensado.

Fizemos também uso da pesquisa levada a efeito pela graduanda em Enfermagem da UFPB, Camila Vieira Dias da Costa, na qual algumas puérperas da maternidade Cândida Vargas responderam um questionário acerca do tratamento que lhe foi dispensado no atendimento ao parto. Das respostas perceberam-se as deficiências do serviço que vão desde os maus tratos até a hostilização das mulheres. (COSTA, 2017).

Desenvolveu-se a análise dos relatos das mulheres à luz dos Direitos Humanos, especificamente nos estudos baseados em evidências científicas, os quais apontaram saídas para melhoria do serviço, a partir de uma reforma multidisciplinar do modo como se encara o nascimento e o parto no Brasil. A reforma perpassaria pelas normas técnicas até chegar às reformulações arquitetônicas das maternidades, as quais precisariam se adequar às necessidades fisiológicas específicas deste momento único que é o parto, modelo este proposto pela Medicina Baseada em Evidências (MBE)³, cuja adoção vem contribuindo na

¹ Sigla em inglês para: *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*.

² Artemis é uma ONG e aceleradora social que surgiu em 2013 comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária.

³ Medicina Baseada em Evidência pode ser compreendida como um movimento de profissionais de saúde que começou na área de saúde perinatal aliados a movimentos de mulheres que preocupou-se em dar visibilidade às rotinas de sofrimento desnecessário no parto e aos seus efeitos prejudiciais, tais como: proibição de presença de familiares, imobilização física, privação de água e alimentos, lavagens retais, raspagem dos pelos pubianos, dentre outros. Este movimento chama a atenção para intervenções agressivas praticadas rotineiramente, como episiotomia (corte cirúrgico do períneo durante o trabalho de parto), fórceps, aceleração do parto. Nas últimas três décadas o movimento da MBE construiu a evidência dura de ensaios clínicos e revisões sistemáticas a favor de rotinas menos agressivas e mais amigáveis a mulheres e bebês, protegendo-os de abusos. Destacam-se os benefícios, dentre outros: atenção ao conforto físico e emocional da mulher, da presença de acompanhantes e doulas, da liberdade de movimentar-se e escolher a posição de parir, da valorização da integridade genital

melhor qualidade de vida de mulheres e recém-nascidos. No Brasil, um bom exemplo deste tipo de atendimento é o levado a efeito pela Maternidade Sofia Feldman, a qual desponta, no país das cesarianas como referência de parto humanizado.

Ainda no capítulo 3 realizou-se breve levantamento jurisprudencial no STF/STJ em busca de acórdãos e decisões monocráticas que versassem sobre o assunto. Percebeu-se que a matéria ainda chega às instâncias superiores de forma incipiente e que os Doutos julgadores não se apropriaram do termo VO para nomear os maus-tratos, lesões corporais e constrangimentos perpetrados contra as mulheres. Mais que isso, os julgados, à exceção de um deles, não se referem ao aspecto criminal da VO, requerendo apenas reparações de caráter cível.

No tocante a opção metodológica, a partir de levantamento bibliográfico, realizou-se leituras de obras clássicas sobre direitos humanos, bem como trabalhos que abordam a interface entre gênero e violência obstétrica, dentre os quais, os das autoras Bárbara Ehrenreich (1993) e Sílvia Federici (2010).

O universo a ser representado em nossa pesquisa levou em conta o documentado estatisticamente pela Fundação Perseu Abramo, assim como, por documentos de organismos internacionais.

No levantamento de dados estatísticos, procedeu-se a um tipo de estudo descritivo visando registrar e analisar, sem interferência do pesquisador, a relação entre os maus-tratos impingidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e a elevada razão de MM registrada no país.

Através de uma análise descritiva dos dados obtidos do levantamento bibliográfico, buscou-se compreender as causas pelas quais as mulheres grávidas, em trabalho de parto, pós-parto e/ou abortamento são violentadas pelos serviços médicos do país; para tanto, utilizou-se dos métodos quantitativos, qualitativos e mistos, conforme abordado por Creswell (2007).

Procurou-se compreender porque o Direito Humano a um parto humanizado não é, de logo, vivenciado no país e porque há resistência dos profissionais de saúde em aceitar o momento do parto como algo natural do corpo humano, que precisam nos partos ditos de risco habitual, ser assistido e não patologizado.

CAPÍTULO 1 - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: COMO SE CARACTERIZA E QUANDO ACONTECE

1.1 A violência obstétrica como violência de gênero

O parto é um fenômeno social, político, cultural e por último biológico. A gravidez, de fato, não é doença, porém, a decisão política em privilegiar o higienismo e trazer os partos, em massa, para dentro de um local de moléstias (hospitalização), colaborou para o desligamento do evento das suas reais matrizes, ou seja, a celebração da vida, do afeto.

O parto, no modelo biomédico, foi verdadeiramente logrado pelo higienismo. Até hoje, ocorre a troca da roupa da parturiente pela do hospital, recomenda-se o banho às 06h da manhã e proíbe-se a entrada de alimentos ou dos lençóis da casa da paciente. São culturas higienistas que permeiam todo o sistema de internamento hospitalar. Outrossim, durante muito tempo, o afastamento do acompanhante foi justificado como fator necessário para diminuir as chances de contaminação.

Nesse processo, a medicalização do trabalho de parto isolou as mulheres dos seus entes familiares, de modo que ainda é comum ver vitrines de vidro separando a família dos seus bebês, bem como o abandono da mulher à própria sorte nas enfermarias. O toque, o cheiro, o acolhimento e o som delicado dos recém-nascidos, tudo isso foi deixado em segundo plano.

No tocante aos nascimentos e cuidados com a genitália feminina, a hospitalização e a especialidade médica nascente – obstetrícia - representou a mudança na cena do parto, de verticalizada para horizontalizada. Na posição verticalizada a mulher tinha domínio do seu processo de parturição, ao passo que na posição horizontalizada, retirou-se o protagonismo da mulher e privilegiou-se a comodidade dos médicos obstétricos, os quais, com a mulher deitada, tinham uma visão mais ampla da vagina e do canal de parto (EHRENREICH e ENGLISH, 1973).

Acontece que a posição horizontalizada se protrairia no tempo, assim como o poder médico e a pluralidade de protocolos higienistas, os quais até hoje obrigam que a mulher em trabalho de parto (ainda que seja classificado como de risco habitual) troque sua roupa pela do hospital, tome banho à primeira hora do dia, fique proibida de trazer alimentos ou lençóis da sua casa, etc. O modelo biomédico de parto também foi responsável pelo afastamento do acompanhante, sob a justificativa de diminuir as chances de contaminação.

Isto impactou negativamente na vivência das famílias porque seus integrantes se viram afastados do fenômeno do nascer. Desde então, as mulheres procuraram testar maneiras de se protegerem nesta *via crucis* em que foi transformado o parto e o nascer.

A necessidade, construída culturalmente, de submeter à mulher às rotinas de exames, bem como a adentrar nas salas de parto desacompanhada é uma estratégia de disciplinamento desta, bem como de higienização. Foi assim que a “docilização” - termo usado por FOUCAULT (1997)⁴ - das suas atitudes passou a ser a senha para o “bom” atendimento, ou pelo menos, uma tentativa de preservação dos seus corpos. As intervenções empregadas em nome do abreviamento do trabalho de parto, durante muito tempo, era percebida, mas inquestionável.

Ao reencontrar os familiares, a tão só constatação da presença do nascituro no berçário, justificava toda sorte de maus tratos sofridos pelas parturientes. Gerações sucessivas discursaram e ainda o fazem no sentido de que mulher é sinônimo de sofrimento e dor. Parece lugar comum, mas a falta de interesse dos poderes do estado na resolução do problema da violência de gênero, mais especificamente da violência obstétrica, repousa nesta encruzilhada de interesses.

Interessa, por enquanto, ao Estado, essa apropriação do aparelho reprodutor e do sexo das mulheres. Não por maldade, tão somente, mas porque em meio à ignorância humana, esta ainda é difícil de equacionar. O desconhecimento do corpo feminino não é somente para as mulheres comuns, a ciência ainda é incipiente nas descobertas fisiológicas sobre o órgão sexual feminino.

Dentre as formas de violência de gênero, talvez esta seja a mais permeada por tabus e silêncios: e o que seria mesmo violência obstétrica? Constitui-se espécie de violência de gênero, várias vezes permeadas por discriminação racial e/ou socioeconômica, a se expressar em um momento da vida feminina, que deveria ser assistido e não patologizado e/ou hostilizado.

Mulheres grávidas, em trabalho de parto, pós-parto ou em abortamento, sejam meninas, adolescentes ou mulheres adultas, nacionais ou estrangeiras acabam por sofrer um tipo de violência difícil de esquadriñar: a violência obstétrica.

Nesta esteira de pensamentos, temos talvez a resposta de por que muitas vítimas de violência obstétrica buscaram a *internet*, as reuniões e os coletivos pelo parto humanizado e o

⁴ Neste aspecto, lança-se mão da teoria apresentada por Michel Foucault na obra *Vigiar e Punir* para se chegar ao raciocínio de que os corpos não são somente diferenciados pela informação cromossômica, mas principalmente pelo que se constrói socialmente.

apoio de ONG's (Organizações Não Governamentais) que atuassem para garantir os direitos femininos. Apresentando-se o Estado como violador de direitos, não lhes restou alternativa, a não ser gritar suas dores a quem quisesse ouvir e deixar ecoar essas vozes, já há muito reprimidas. No caso da VO, como em toda violência de gênero, o agressor faz a vítima se culpar ou achar mesmo que foi necessário ela passar pelo sofrimento.

Como sustenta Haidi Jarschel (1994), as mulheres, vítimas de VO, encontram-se na mesma situação das mulheres que vivenciaram outros tipos de violência de gênero, ou seja, elas também mantêm a violência em sigilo por vergonha, “mas também pelo medo de serem ainda mais punidas pelos agressores e pelas instituições sociais.” (In: FLEURY-TEIXEIRA e MENEGUEL, org., 2015, p. 367).

Neste estado de coisas, na hora de parir, a única alternativa às mulheres é, conforme expressão cunhada por Michel Foucault (1997), docilizar suas atitudes e deixar-se submeter pelo poder obstétrico que naquelas circunstâncias, nada mais é senão uma face do poder patriarcal que pretende disciplinar a mulher. Sozinha ou até mesmo acompanhada, é muito difícil a uma mulher questionar o poder médico quando ela está no estado de vulnerabilidade, muitas vezes despida e afastada da sua identidade.

Ao adentrar nos corredores hospitalares, pede-se que o paciente coloque uma bata, que retire a prótese dentária, os objetos pessoais e em resumo, que se permita massificar. Na maternidade, seja do SUS ou da saúde suplementar, esta mulher nem mesmo costuma ser chamada pelo nome. Em vez disso, costuma-se referir a elas por expressões como, “mãezinha” ou “mãe” em substituição ao seu nome de identidade. Na grande maioria das vezes, as coisas são mesmo o que os sinais indicam que elas são. Aqui as expressões “mãezinha” ou “mãe” estão carregadas desse significado do credo cristão. Não há dúvidas: não se quer encontrar mulheres inteiras, autônomas e cientes dos seus direitos. Nos corredores das maternidades são bem vindas, apenas as “mães”, com toda carga cultural que o senso comum as envolve.

O conceito mais tradicional de violência está relacionado ao emprego da força física, neste sentido, vale à pena anotar o seguinte conceito:

Violência, expressão portuguesa derivada do latim *violentia*, significa a força que se usa em desconformidade com o direito e com a lei. Age de modo violento aquele que emprega, intencionalmente, força excessiva e exagerada, objetivando dano ou intimidação moral a outrem, e que, por consequência, transforma o indivíduo violado em seus direitos, ou em sua integridade, em mero objeto, ao qual se pode fazer o que bem quer. (COSTA e LUNA, 2017, p. 1018).

Nas raízes do termo violência encontramos o verbo latino *violare*, o qual muito bem expressa esse “significado de transgressão ou profanação de algo, ou seja, de uma força brutal que rompe e ultrapassa determinado limite”. (RABENHORST, 2009, p. 847).

Acontece que os últimos anos assistiram a ampliação da gramática da violência. Se no passado, pensava-se violência em termos físicos, hoje, o fenômeno é estudado em termos simbólicos e morais. Neste sentido, nosso estudo sobre VO a equaciona como espécie de violência de gênero, a qual, sendo encontrada na forma física, é muito mais ocorrente em termos simbólicos e morais.

In casu, uma primeira delimitação, classificou a violência de gênero como sendo binária, definindo-a como elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos. Sendo ainda, forma de significação das relações de poder que permeiam a sociedade. (SCOTT, 1989, pp. 1067-1070).

Ainda nesta esteira do entendimento, falar de gênero é falar de símbolos que tomam a forma de oposições binárias, tidas por categóricas e inequívocas, concluindo ser gênero um meio de decodificar o sentido de tais símbolos e de compreender as interações humanas (SCOTT, 1989, p. 1070).

Atualmente, o termo gênero é usado para discutir relações de poder entre homens e mulheres, mulheres e mulheres e homens e homens. Podemos compreender o conceito de gênero a partir das relações sociais desiguais de poder entre as pessoas, quer sejam homens ou mulheres, heterossexuais ou homossexuais. Portanto, não mais importa o sexo, mas onde este se situa nas relações.

É dizer, em resumo: “a categoria de sexo não é nem invariável nem natural, mas sim um uso especificamente político da categoria da natureza, o qual serve aos propósitos da sexualidade reprodutora”. (BUTLER, 1990, p. 164).

Salta aos olhos, desta feita, o poder imbricado nessas categorias, de modo que ao feminino foi relegado o relativo, o excepcional, enquanto ao masculino, o geral e universal. Butler chama atenção para o fato de que, desde o nascimento se é interpelado a certas performances. Gênero seria a repetição estilizada de performances. Nada mais que isso. Assim como nada no mundo, gênero também não seria nada natural, mas uma interpretação que se quer dos fatos. (1990, p. 98).

A continuar neste raciocínio, podemos nos valer da definição de violência de gênero contra a mulher proposta pela Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, 1994) que no seu artigo 1º, delimita-a

como sendo “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”. Em seguida, no artigo 6º, o mesmo documento apregoa:

O direito de toda mulher a ser livre de violência abrange, entre outros:
a) o direito da mulher a ser livre de todas as formas de discriminação; e
b) o direito da mulher a ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade ou subordinação. (BRASIL Convenção de Belém do Pará, 1994).

Percebe-se, pois, o interesse do documento internacional na promoção da qualidade de vida das mulheres. A discriminação de gênero, entretanto, nem sempre existiu ou pelo menos da forma como está posta nos dias atuais. A história das mulheres contada pelos homens disfarçou algumas nuances.

Violência obstétrica não é apenas desrespeito ou mau atendimento dos profissionais de saúde, seja da rede pública ou suplementar, cuida-se de uma série de atos contrários ao direito, seja no plano nacional, quanto no plano internacional.

Dentre as formas mais comuns estão a humilhação, xingamento, coação e ofensa ao núcleo familiar, fazer comentários desrespeitosos sobre o corpo da mulher, sobre sua raça ou em relação a sua situação socioeconômica. Também contraria o direito à realização de procedimentos sem esclarecimentos prévios ou desconsiderar a recusa informada. Há também ilegalidade na prática de utilizar-se inadequadamente dos procedimentos para acelerar partos e vagar leitos, assim como, prestar assistência sem observar as melhores evidências científicas. Outrossim, constitui violência submeter à mulher ao jejum, nudez, raspagem dos pelos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto e não oferecer condições para amamentação e para o contato do bebê sadio com a mãe.

Registre-se, ainda, que viola a lei coagir mulheres a contratarem serviços e planos (como fotografia, filmagens ou plano tipo “apartamento”), como única forma de garantir direitos que já estão previstos em lei.

Embora todos esses qualitativos, a violência obstétrica não está tipificada no Brasil, o que desencoraja mulheres a acionarem os órgãos julgadores e, portanto, há escassa jurisprudência no tocante aos abusos decorrentes dessa prática. Essa realidade se contradiz, ao analisarmos a produção científica sobre o tema e a produção do senso comum, em especial nas redes sociais. Nesses dois campos, a violência obstétrica é caracterizada com riqueza de detalhes, pois são as vozes e corpos das mulheres que os escrevem.

Na contramão da realidade brasileira, outros países já avançaram na tipificação da violência obstétrica, a exemplo da Argentina e Venezuela, que incluíram a figura delituosa nas legislações que protegem os direitos das mulheres. (VASCONCELOS e FORMIGA, 2016, p. 2770).

Não resta dúvida de que, no ordenamento jurídico pátrio se encontram meios para coibir ações delituosas que atentem contra a integridade física e psicológica da mulher, entretanto, há que se concordar que, para além da função dogmática em si, em termos de política criminal, a inserção de um tipo específico facilita e aprimora a persecução penal em delitos dessa espécie.

Ademais, a ausência da tipificação específica, no tocante a VO, soma-se à dificuldade para equidade de gênero e o resultado é a impunidade das ações delituosas.

Por isso, merece referência as legislações dos países latino-americanos que deixaram bem claro para os sujeitos envolvidos, que o Estado não tolera violência contra a mulher no momento do parto, pós-parto, abortamento ou puerpério.

Vejamos a Legislação Argentina a este respeito:

Artículo 6 — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: ...
e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929. (ARGENTINA, LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES, n.º. 26.488/2009).

Trata-se da *Ley de Proteccion Integral a las Mujeres, Ley, n.º. 26.488/2009*, a qual naquele país cuidou de tipificar as condutas relacionadas à violência obstétrica.

A Lei Venezuelana, entretanto, cuidou da matéria de forma mais completa e fez incluir na tipificação, condutas específicas em que se coisifica a mulher.

Cuida-se da *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, Ley, n.º. 38.647/2007*:

Artículo 15. Formas de violencia. Se consideran formas de violencia de género en contra de las mujeres, las siguientes:
13. - Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (VENEZUELA, LEY

ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, n° 38.647/2007).

A tipificação acima referida tornou-se paradigma por sua completude, vez que, “concluiu o tipo pontuando a perda da autonomia feminina como forma de violência contra a liberdade destas, seja dos seus corpos ou de sua sexualidade”. (VASCONCELOS e FORMIGA, 2016, p 2771).

No Brasil, o projeto de lei 7.633/2014 é único no tratamento da VO, incluindo sua tipificação penal e prevendo punição. Apesar de apresentado há 04 anos, permanece sem movimentação, fato que por si só revela o desinteresse do legislativo com a temática do direito das mulheres.

Segue a redação do projeto de lei 7.633/2014:

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, PROJETO DE LEI n° 7.633/2014).

Ainda sob os auspícios da legislação venezuelana, o projeto de lei referido tratou de nomear as diversas formas de abusos perpetrados contra a mulher na hora do parto, sem, no entanto, encontrar solução de continuidade para suas formas.

A legislação venezuelana, assim se expressa, vejamos:

Artículo 51. Violencia obstétrica. Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1.- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2.- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3.- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4.- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5.- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda. (VENEZUELA, LEY ORGÁNICA

SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA, Ley, n.º. 38.647/2007).

Alinhando-se ao espírito acima referido, e partindo para o benéfico desenvolvimento do tipo, o projeto de lei também elencou condutas abusivas sem a pretensão de esgotá-las.

Destarte, assim ficou o projeto de lei:

Art. 14. Consideram-se ofensas verbais ou físicas, dentre outras, as seguintes condutas:

I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;

II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade [...]. (BRASIL, PROJETO DE LEI, 7.633/2014).

Como se pode perceber da leitura do tipo, as figuras elencadas constituem-se exemplos, cuidando-se, pois de *numerus apertus*. Não se pretende esgotar o tema.

Em resumo, a VO pode ser definida como:

[...] a violência institucional exercida sobre as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto. Inclui: recusa de tratamento, negligência em relação às necessidades e dor da mulher, humilhações verbais, violência física, práticas invasivas, uso desnecessário de medicação, intervenções médicas forçadas e não consentidas, desumanização ou tratamento rude. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

1.2 Da autonomia da mulher no parto à tutela no parir: o que mudou afinal?

Veremos a partir de agora que o Direito brasileiro dispõe de instrumentos reparatórios e punitivos para equacionar a VO, tão logo ela chegue às vias processantes relatos deste tipo de abuso.

A VO é definida como sendo aquela cometida por profissional de saúde sobre o corpo e processos reprodutivos das mulheres, concretizada através de um traço desumanizador, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, que tem como consequência, para as vítimas, a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (VENEZUELA, 2007, p 30 e ARGENTINA, 2009).

A VO pode ser classificada em alguns subtipos, tais como física, psicológica, sexual, institucional, material e midiático. A violência física se perfaz quando se causa dor ou dano físico à mulher, sem recomendação baseada em evidências científicas. Segundo o dossiê “Parirás com Dor”, algumas dessas práticas são: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem dos pelos), manobra de *Kristeller*, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica e não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

A VO diz-se psicológica quando a fala ou comportamento da equipe assistente cause à mulher sentimentos de inferioridade, instabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, ludibriamento, alienação, perda da integridade, dignidade e prestígio, cujos exemplos são: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

No tocante ao caráter sexual, a VO se perfaz quando há violação ao pudor e à intimidade da mulher, incidindo em seu senso de integridade sexual e reprodutiva. Dentre as práticas violentas estão: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, dentre outros. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

No seu traço institucional a VO aparece em protocolos institucionais violadores de normas vigentes ou em formas de organização que dificultem ou retardem o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam essas ações ou serviço, de natureza pública ou privada, como, por exemplo, violar direitos da mulher durante o período da gestação, parto ou puerpério, impedir amamentação e falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61).

Também é possível ocorrer VO na modalidade material quando se obtém recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos com violação a direitos já garantidos por lei. Um exemplo disso são as cobranças indevidas de planos de saúde e/ou profissionais de saúde no sentido de se contratar modalidades privativas de convênio, sob o argumento de que seria única alternativa para viabilizar entrada do acompanhante. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61).

E por último, existe o caráter midiático da VO, o qual se caracteriza pelo uso dos meios de comunicação para violar psicologicamente as mulheres em processos reprodutivos e inculcar-lhe ideias falsas sobre seus corpos e processos reprodutivos, como por exemplo, fazer apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins econômicos, sociais ou de dominação. Por exemplo, podemos citar a ridicularização do parto normal e o *merchandising* de fórmulas de substituição em detrimento do aleitamento materno, etc. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 61).

Assim como outras formas de violência contra a mulher, a VO é fortemente permeada por preconceitos de gênero e a assistência que se presta à mulher no ciclo gravídico puerperal é permeada pela ordem simbólica patriarcal traduzindo-se em interferências desnecessárias, justificadas pela descrença nos processos naturais de parturição.

O modelo obstétrico no Brasil anula a autonomia corporal das mulheres e isso pode ser constatado a partir das diversas intervenções ao parto que estão cada vez mais enraizadas em nossa cultura. As intervenções mais comuns são: uso da ocitocina sintética, episiotomia, manobra de *Kristeller*, manobra de *Valsalva* (encher o peito de ar, fechar a boca e fazer força). Vejamos agora em que consiste cada uma dessas intervenções e o que dizem as recomendações médicas baseadas em evidências científicas a respeito de cada uma delas.

A ocitocina é um hormônio produzido desde a gestação e que se intensifica quando do trabalho de parto, tendo a função de promover contrações uterinas no momento do parto e também atua na ejeção do leite. A ocitocina materna atravessa a placenta e chega ao cérebro do bebê, agindo para proteger as células cerebrais fetais, desligando-as e diminuindo o consumo de O₂ no momento em que o oxigênio para o recém-nascido é normalmente baixo. O problema se dá quando há o uso da ocitocina sintética para induzir o trabalho de parto ou acelerá-lo.

Estudos indicam que o uso indevido da ocitocina sintética (droga mais usada na obstetrícia) pode trazer riscos de hemorragia para mulher e alguns prejuízos para o bebê, como, por exemplo, a hipóxia fetal, pois a ocitocina sintética não tem a capacidade de atingir o cérebro do bebê e, portanto, ele não é “avisado” da diminuição da quantidade de oxigênio disponível.

A episiotomia é o corte cirúrgico feito na vagina da mulher, com o fito de aumentar o canal perineal e evitar laceração. Acontece que estudos atualizados vêm demonstrando que este corte durante o trabalho de parto é desnecessário e prejudicial, pois aumenta a dor da parturiente, além de ser um corte de difícil reparação. A realização deste corte também

aumenta consideravelmente o tempo para que a mulher possa retomar a prática sexual. Evidências científicas sólidas advogam neste sentido, porém a prática é rotineira no Brasil. (AMORIM, 2012).

A Dra. Melânia Amorim, ao estudar a episiotomia utilizando o protocolo de nunca fazer e fazer de forma seletiva identificou que é melhor seguir o protocolo de não fazer nunca e que ela está há 15 anos sem realizar o corte.

A pesquisa Nascer no Brasil (2014) destacou que, dentre as entrevistadas que tiveram parto normal, 53,5% sofreram episiotomia, supostamente para facilitar a saída do bebê durante o parto.

Segundo os estudos da Dra. Melânia Amorim, “historicamente, a episiotomia foi introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould, obstetra irlandês para ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis”. (AMORIM, 2012, p.01).

Como anteriormente conceituado, a episiotomia é a incisão do períneo para ampliar o canal de parto. Em termos históricos, em 1847 Dubois sugeriu a realização de uma incisão oblíqua no períneo, modernamente conhecida como *episiotomia médio-lateral*. Ocorre que a falta de disponibilidade de anestesia e os problemas com infecção fizeram com que o procedimento não houvesse se popularizado no século XIX. (AMORIM, 2012, p. 01).

A partir do século XX, a episiotomia passaria a ser utilizada em grande escala, sobretudo nos EUA e nos países latino-americanos, dentre eles o Brasil. Nesta época, a percepção do nascimento como um processo normal requerendo o mínimo de intervenção foi quase totalmente substituído pelo conceito do parto como um processo patológico, requerendo intervenção médica para prevenir lesões maternas e fetais.

Adentrando os meandros da ciência, vejamos:

O uso da episiotomia difundiu-se enormemente a partir das recomendações de obstetras famosos, como Pomeroy e DeLee. Esse último, na década de 1920, lançou um tratado (*The Prophylactic Forceps Operation*) em que recomendava episiotomia sistemática e fórceps de alívio em todas as primíparas.

Evidentemente, essa recomendação não se baseou em nenhum estudo comparado, quer ensaio clínico ou observacional, e apenas refletia o paradigma vigente na época, de que o corpo feminino seria essencialmente defectivo e que intervenções seriam necessárias para que o parto pudesse se realizar de forma “segura”, sob obrigatórios cuidados médicos. (AMORIM, 2012, p.02).

O problema é que, tomou-se a exceção pela regra, pois a finalidade da episiotomia, de acordo com os postulados de *DeLee* em 1920, seria reduzir a probabilidade de lacerações

perineais graves, enquanto a associação com o fórceps minimizaria o risco de trauma fetal, prevenindo hipoxia. Ou seja, o procedimento seria de grande valia em processos de parto com alguma complicação fisiológica. Acabou disseminada a prática como se a fisiologia sempre houvesse por falhar. (AMORIM, 2012, p. 03).

A Medicina Baseada em Evidências – MBE já demonstrou que, sem a realização da episiotomia, a perda de sangue é menor, sendo mais fácil reparar as lacerações espontâneas, as quais normalmente são menores que o corte cirúrgico do períneo, o qual já perfaz uma laceração de segundo grau, conforme ensina Melânia Amorim (2012).

A partir de 1940 fortaleceu-se a crença de que a episiotomia encurtava o trabalho de parto. Tal entendimento encontrou ressonância com o momento histórico em que os partos migravam em massa do ambiente doméstico para o ambiente hospitalar. Ou seja, as intervenções passaram a ser comuns em todo e qualquer parto. Com a hospitalização, o nascimento passou a ser considerado um processo patológico, requerendo necessariamente a realização de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações. (AMORIM, 2012, p. 03).

Se nos nascimentos em casa, esperava-se o funcionamento do períneo, nos partos hospitalares, concluiu-se pela sua defecção e logo se passou a praticar o corte do períneo em todos os partos. Também, porque acreditava que o corte cirúrgico do períneo reduziria significativamente o período expulsivo e isso seria importante para que os médicos dessem conta de atender a demanda de partos hospitalares, os quais já eram muitos e por vezes simultâneos.

Na mesma época, a posição litotômica também se popularizou para dar melhor acesso do médico ao canal vaginal. Não havia evidência científica acerca dos benefícios da posição horizontal, mas esta se propagou ante a necessidade de atender mais partos em curtos intervalos.

Retomando a ideia do parto como rito de passagem tão bem desenvolvido por Davis-Floyd, temos que, o ritual do parto precisou ser reformulado para um procedimento cirúrgico, e a episiotomia representou o símbolo da intervenção médica, que “abre” caminho através do corte para a saída do bebê. Assim para a autora, a episiotomia seria a maneira pela qual “os médicos, como representantes da sociedade, podem desconstruir a vagina (e por extensão suas representações), e então reconstruí-la de acordo com as crenças culturais e o sistema de valores” da sociedade, com uma marca, uma linha reta, padrão, uniforme, controlada (1992. pp. 129-130).

Ainda debruçando-se sobre a necessária intervenção médica sobre o parto, e, especificamente sobre a episiotomia, Simone Diniz conclui o pensamento no seguinte sentido: “a mensagem é que as mulheres não são capazes de dar à luz as crianças sem a tecnologia, que resguardaria mãe e filho dos riscos e sequelas do parto” (2002. p. 523).

A partir da década de 70, o número de episiotomias passou a se reduzir em alguns países, pois movimentos de mulheres e as campanhas pró-parto ativo passaram a questionar o procedimento. Da mesma época, datam os primeiros estudos clínicos bem conduzidos sobre o tema, em que se questionava o uso rotineiro de episiotomia.

Do ponto de vista científico, um marco importante foi a publicação da revisão de Thacker e Banta sobre episiotomia, em 1983 na qual se concluiu que, diferente do que se apregoava, não havia evidências científicas da sua eficácia, por outro lado, as evidências quanto aos riscos decorrentes do procedimento ficaram claros, dentre os quais: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia (dor nas relações sexuais). Este estudo não encontrou repercussão na comunidade médica do seu tempo, porém foi um marco para que outros estudos se sucedessem, a partir de 1993. Sendo que suas conclusões podem ser assim resumidas:

- a) Não há diferença nos resultados perinatais nem redução da incidência de asfíxia nos partos com episiotomia seletiva vs. episiotomia de rotina;
- b) Não há proteção do assoalho pélvico materno: a episiotomia de rotina não protege contra incontinência urinária ou fecal, e tampouco contra o prolapso genital, associando-se com redução da força muscular do assoalho pélvico em relação aos casos de lacerações perineais espontâneas.;
- c) A perda sanguínea é menor, há menor necessidade de sutura e há menor frequência de dor perineal quando não se realiza episiotomia de rotina;
- d) A episiotomia é per se uma laceração perineal de segundo grau, e quando ela não é realizada pode não ocorrer nenhuma laceração ou surgirem lacerações anteriores, de primeiro ou segundo graus, mas de melhor prognóstico. Verifica-se importante redução de trauma posterior quando não se realiza episiotomia de rotina;
- e) A episiotomia não reduz o dano perineal, ao contrário, aumenta-o: uma prática de episiotomia restritiva reduz o risco de lesão perineal grave; nas episiotomias medianas é maior o risco de lacerações de terceiro ou quarto graus;
- f) A episiotomia aumenta a chance de dor pós-parto e dispareunia;
- g) A episiotomia pode causar com complicações como edema, deiscência, infecção (até fascíte necrosante) e hematoma;
- h) A prática da episiotomia acarreta maiores custos hospitalares: Belizan estimou uma economia entre US\$ 6,50 e 12,50 por cada parto vaginal sem episiotomia no setor público. 14 A estimativa para o Brasil seria de uma economia em torno de 15 a 30 milhões de dólares por ano, evitando-se as episiotomias desnecessárias. (AMORIM, 2012, p.06).

A taxa recomendável de episiotomia, segundo a OMS, não deve ultrapassar 10%. Ou seja, não se deve ultrapassar este universo, pois tal atuação traria mais prejuízos do que

benefícios para a saúde da mulher. O que a OMS concluiu foi que o uso da episiotomia deve ser restrito a alguns casos em que o procedimento pode ser benéfico. Alguns países europeus já se aproximam desta taxa. Infelizmente, no Brasil, a situação de desrespeito persiste, principalmente porque a prática é banalizada e por isso, tornou-se invisível, não sendo nem mesmo anotada em prontuários.

Mencione-se, também, a prática brasileira de alguns médicos, os quais, no momento da sutura do períneo, apertam demais a camada muscular interna para dar o chamado “ponto do marido”, ritual que deixa a parede interior do músculo rígida demais, a ponto da mulher não suportar ou sentir dores consideráveis com a penetração.

Também no Brasil, embora não existam recomendações formais e estudos científicos que comprovem sua eficiência, a episiotomia, geralmente é prescrita para mulheres com rigidez no períneo, parto pélvico (quando o bebê está na posição sentada), sofrimento fetal e macrosomia (excesso de peso no bebê) ou ainda no caso de prematuros. Repita-se, não há estudos ou evidência científica do benefício da prática, mas é largamente empregada.

Em 1999, o médico americano Marsden Wagner descreveu a episiotomia não somente como procedimento invasivo e desnecessário, antes a equiparou a ‘mutilação genital feminina’ e defendeu que é preferível à saúde da mulher a laceração natural ao corte cirúrgico. O estudioso citou pesquisas anteriores sobre o assunto, como a de Thacker and Banta, bem como a recomendação da OMS de que o uso sistemático da episiotomia não se justifica. Conclui o raciocínio nos seguintes termos:

All this evidence shows that, compared with a natural tear, episiotomy results is more bleeding, more pain, more permanente vaginal deformity, more temporary, and long-lasting difficulty with sexual intercourse. Further, the main benefits claimed by proponents of episiotomy – prevention of third-degree tears, prevention of long-term damage to the pelvic floor, and protection of the baby from the adverse consequences of an extended second stage of labour – are not supported by the evidence. (WAGNER, 1999).

Esta prática encontra-se em queda em alguns países como, Canadá (62% em 1993 para 17% em 2007), EUA (60% em 1979 para 24% em 2004), permanecendo elevada no Brasil (ainda acontece em 70% dos casos).

Ante a resistência dos médicos e profissionais de saúde em continuar realizando a episiotomia, o Ministério da Saúde publicou em 2014 uma portaria prevendo a dotação de recursos financeiros a hospitais que abolirem a prática e que materializem outras medidas respeitadas às parturientes que tornem o parto, o mais natural possível.

Destarte, a certeza do corte cirúrgico do períneo – “quando não se corta por cima, se corta por baixo”. (DINIZ e CHACHAM, 2004, p. 105). Corroborando com o desencorajamento das mulheres de prosseguirem no parto natural, sendo essa uma das causas pelas quais o parto normal tornou-se sinônimo de aflição. No caso de muitas das instituições hospitalares, além do sofrimento alia-se o desrespeito, por vezes xingamentos, outros abusos e o parto violento prossegue vendendo cesárea. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.62).

Finalmente, se a episiotomia é o corte cirúrgico do períneo feito pelo médico para alargar o canal vagina quando da saída do bebê, no passado indicado para evitar lacerações. Sabe-se, hoje, que a laceração natural, se ocorrer, será mais bem tolerada pelo corpo da mulher e de maior facilidade de cicatrização, segundo as evidências científicas.

Assim, também, com a chamada manobra de *Kristeller*, caracterizada por “pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo” aplicadas no intuito de fazer a mulher expelir o bebê. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a manobra é prejudicial, ineficaz e deve ser exterminada, pois pode causar falta de oxigenação do feto, fraturas de costelas e laceração de órgãos da mãe. (BRASIL, 2001, p. 188).

Não obstante, as práticas violentas e sem evidências científicas são uma parte dos maus-tratos sofridos pelas mulheres no parto. Some-se a estes, a depressão pós-parto e a síndrome do stress pós-traumático.

Apesar de haver registro dos males psicológicos e psiquiátricos, estudiosos do tema acreditam que há muita subnotificação nesta hipótese, pois a maioria das mulheres não teria coragem de sair do isolamento e admitir o acometimento por estes males. As doenças psiquiátricas, em geral, não são bem vistas ou aceitas, mais ainda com as mães que, ao terem os filhos nos braços automaticamente se julgam por não estarem satisfeitas ou felizes.

As mulheres também não conhecem seus direitos, assim como há nenhum ou pouco interesse na divulgação destes.

É importante o registro de que a escolha da via de parto constitui um Direito Humano da parturiente no que tange à sua integridade pessoal, liberdade e consciência, protegido pela Convenção Americana de Direitos Humanos (*Pacto de San Jose da Costa Rica*) de 22/11/1969, ratificada pelo Brasil em 25/09/1992, especialmente abarcando os seguintes direitos: art. 7º. – direito à liberdade pessoal; art. 12º. – direito à liberdade de consciência; art. 17º. – direito à proteção da família.

Na realidade brasileira, os saberes das mulheres grávidas sobre seus corpos são desconsiderados e suas impressões não são levadas em consideração. A julgar pela

pluralidade de mulheres constrangidas a realizar uma cirurgia cesariana eletiva, verifica-se que há, de fato, uma relação de poder, na qual a mulher é subjugada. Há uma apropriação das funções femininas de reproduzir e parir.

É assim que, os saberes femininos frente ao estado de gravidez, parto, pós-parto ou abortamento restam duplamente subjugados. A uma, pelo androcentrismo que desprestigia as formas de saberes femininos e a duas pelo poder/saber exercido pelos profissionais de saúde, os quais prosseguem realizando partos em série, assim como qualquer prestação de serviço no capitalismo (fordismo) em desrespeito às mulheres e aos bebês.

Verifica-se, pois, que os direitos humanos das parturientes não estão resguardados no Brasil. O que há são várias falhas na implantação e fiscalização das boas práticas nos serviços de atendimentos às situações de gravidez, parto, pós-parto e abortamento no país.

Têm-se há algum tempo observado em países europeus, a chamada MBE, que, por sua vez é um movimento de profissionais de saúde aliados a movimentos de mulheres, preocupados com a saúde perinatal.

A MBE procura dar visibilidade às rotinas de sofrimento desnecessário no parto e aos seus efeitos prejudiciais, como: proibição da presença de familiares, imobilização física, privação de água e alimentos, lavagens retais, raspagem de pelos pubianos, entre outras. (DINIZ, 2016, p. 253).

Importante destacar que a MBE, nas últimas três décadas vêm propondo revisões sistemáticas a favor de rotinas menos agressivas e mais amigáveis a mulheres de bebês, dentre as quais, podemos citar:

[...] atenção ao conforto físico e emocional da mulher, presença de acompanhantes e doulas, liberdade de movimentar-se livremente e escolher a posição de parir, valorização a integridade genital da mulher, contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida, corte tardio do cordão, dentre outros. (DINIZ, 2016, p. 254).

Urge, portanto, desnaturalizar a concepção de que os profissionais de saúde têm o direito de acessar livremente o corpo das mulheres com toques vaginais repetitivos, deslocamento de membranas, manobras de *Kristeller* e até mesmo indicações desnecessárias de cesárias.

Mais ainda, muito já se esperou por uma correta aplicação do direito no sentido de por fim à impunidade e à invisibilidade dos casos de violência obstétrica, porém o problema carece também de uma apreciação sociológica, vez que sua gênese encontra-se imbricado

com o nascimento do conhecimento científico, o qual rompeu com o processo histórico de acumulação e transmissão do conhecimento feminino.

São também, exemplos de VO, impedir que a mulher tenha um acompanhante, exigir que este acompanhante seja mulher ou restringir os horários de acompanhamento. Constitui violação aos direitos da mulher a falta de informações sobre seu estado de saúde e a realização de procedimentos sem explicar ou ouvir sua opinião.

A VO também é patente quando o serviço de saúde se recusa a oferecer opções para o alívio da dor, bem como, quando impede que a mulher se movimente, beba água ou coma alimentos leves durante o trabalho de parto.

Constitui ainda grave violação aos Direitos Humanos das mulheres, a conduta do serviço de saúde que a deixa sozinha, isolada ou trancada. Da mesma forma, constitui VO a realização dos exames de toque repetitivos, sob o argumento de “ensinar os estudantes a realizar o toque”.

No mais, constitui VO fazer piadas, dar broncas, xingar ou impedir que a mulher se expresse durante o trabalho de parto, com frases do tipo: “na hora de fazer, não gritou”; “Fique caladinha”.

Ainda no tocante aos direitos, a Lei Federal nº. 11.108/2005 garante o direito ao acompanhante (a mulher pode escolher quem vai acompanhá-la no parto e pós-parto imediato). Apesar disso, muitas mulheres que procuram o serviço público têm seu direito negado.

Além disso, desde 2005, está em vigor a Portaria nº. 1067 do Ministério da Saúde, que dentre outras prescrições, determina:

- [...] I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; [...]
- IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;
- V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; [...]
- VIII toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Acontece que a portaria é um instrumento infra legal que não tem força cogente para obrigar os profissionais de saúde ao seu cumprimento. E não há em seu bojo previsão de penalidade a ser aplicada em caso de desconsideração aos seus comandos.

É assim que, em havendo dificuldades de se provar as condutas dos profissionais de saúde envolvidos (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) tem-se um cenário preocupante de impunidade, que favorece a continuidade do modelo vigente.

O Ministério da Saúde tem envidado esforços em melhorar a assistência ao parto no Brasil e isso se traduz nas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. (Brasil, 2017).

1.3 A proteção legal aos Direitos Sexuais e Reprodutivos e a responsabilização civil e criminal

No Brasil, a VO ainda não é um crime específico. Apesar do ordenamento jurídico não acenar com uma tipificação própria para os abusos que ocorrem no atendimento ao parto, muitas legislações, resoluções, acordos e portarias garantem os direitos da mulher e do bebê. Dentre eles, podemos destacar o artigo 1º, III da Constituição Federal (CF) que apregoa a proteção à dignidade da pessoa humana, o direito à saúde (artigo 6º e 227, CF) e o Princípio da legalidade (artigo 5º, II, CF).

Em sede internacional, há importantes documentos dos quais o Brasil é signatário, dentre os quais a Declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, o qual, dentre outros comandos, apregoa o seguinte:

[...] Os abusos, maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem o mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. (OMS, 2014, pp. 1-2).

A Convenção sobre eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (1981), também é um documento importante, assim como a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2015-2030).

Registre-se que a ONU destaca, dentre os Objetivos do Milênio, a necessidade de se alcançar a igualdade entre os sexos e empoderamento da mulher, redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde das gestantes.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, através da Portaria/GM 569/2000, instituiu o programa de Humanização do Parto e Nascimento, pelo qual essa humanização é tida como condição primeira para o adequado acompanhamento à saúde da mulher e do bebê, compreendendo o dever das maternidades de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o bebê, o que requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, a criação de um ambiente acolhedor e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Também, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) editou a Resolução – RDC 36/2008, na qual considera em resumo que o parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e fisiológico, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania e garantindo o acesso às informações sobre saúde. O instrumento obriga todos os serviços de atenção à saúde da gestante a adotarem os preceitos de humanização do parto, descrevendo detalhadamente as medidas necessárias para a adoção das boas práticas no atendimento ao parto.

Além desses, merecem destaque o artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que assegura a proteção à vida e à saúde. Pelo instrumento, a criança tem o direito garantido ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. Determina também que os estabelecimentos de saúde, públicos ou particulares, são obrigados a manter o alojamento conjunto, ou seja, possibilitar que o recém-nascido permaneça todo o tempo junto de sua mãe.

No mesmo sentido, a Portaria 371/2014, do Ministério da Saúde, assegura que o bebê deverá ser colocado imediatamente no colo da mãe, após o nascimento (o chamado contato pele a pele), devendo permanecer durante a primeira hora de vida, para fortalecer o vínculo entre mãe e bebê e, estimular a amamentação. Assegura também, que o cordão umbilical só deverá ser cortado quando parar de pulsar, para garantir que o bebê receba uma dose extra de oxigênio nos primeiros momentos da vida. Ainda de acordo com o mesmo instrumento, os procedimentos de rotina só deverão ser realizados após esse contato, exceto se houver indicação clínica.

A portaria do Ministério da Saúde, nº 1459/2011, que criou a Rede Cegonha e assegurou à mulher o direito ao planejamento reprodutivo (escolha de quando se quer ter filhos), a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. São, também, direitos das

mulheres o acesso ao teste de gravidez, com garantia de confidencialidade, na unidade de saúde e a realização da primeira consulta pré-natal com até 120 dias de gestação. Também constitui importante direito da mulher a classificação de risco gestacional que deve ser realizada nesta primeira consulta e nas seguintes, a fim de diagnosticar precocemente a gestante de risco e proporcionar o encaminhamento adequado.

À mulher também é garantido o direito, no mínimo, a seis consultas de pré-natal, de preferência distribuídas da seguinte forma: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. De resto, a mulher tem o direito a um ambiente confortável de espera e atendimento com orientação clara sobre sua condição e procedimentos que serão realizados, devendo ser atendida até o momento do seu parto, pois não existe alta de pré-natal.

A Lei Federal, nº. 11.634/2007 garante que toda gestante tem o direito de conhecer e se vincular a uma maternidade para receber assistência no âmbito do SUS. Pelo instrumento legal fica proscrita a peregrinação da mulher em busca de assistência. A unidade de saúde que não estiver adequada para prestar assistência deve garantir transporte seguro e transferência para outra unidade adequada. Toda transferência deve ser feita após a garantia de um leito, com atendimento prévio e sob os cuidados de um profissional de saúde.

Podemos citar ainda, no caso das usuárias de planos de saúde, a Resolução 368/2015, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e, sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

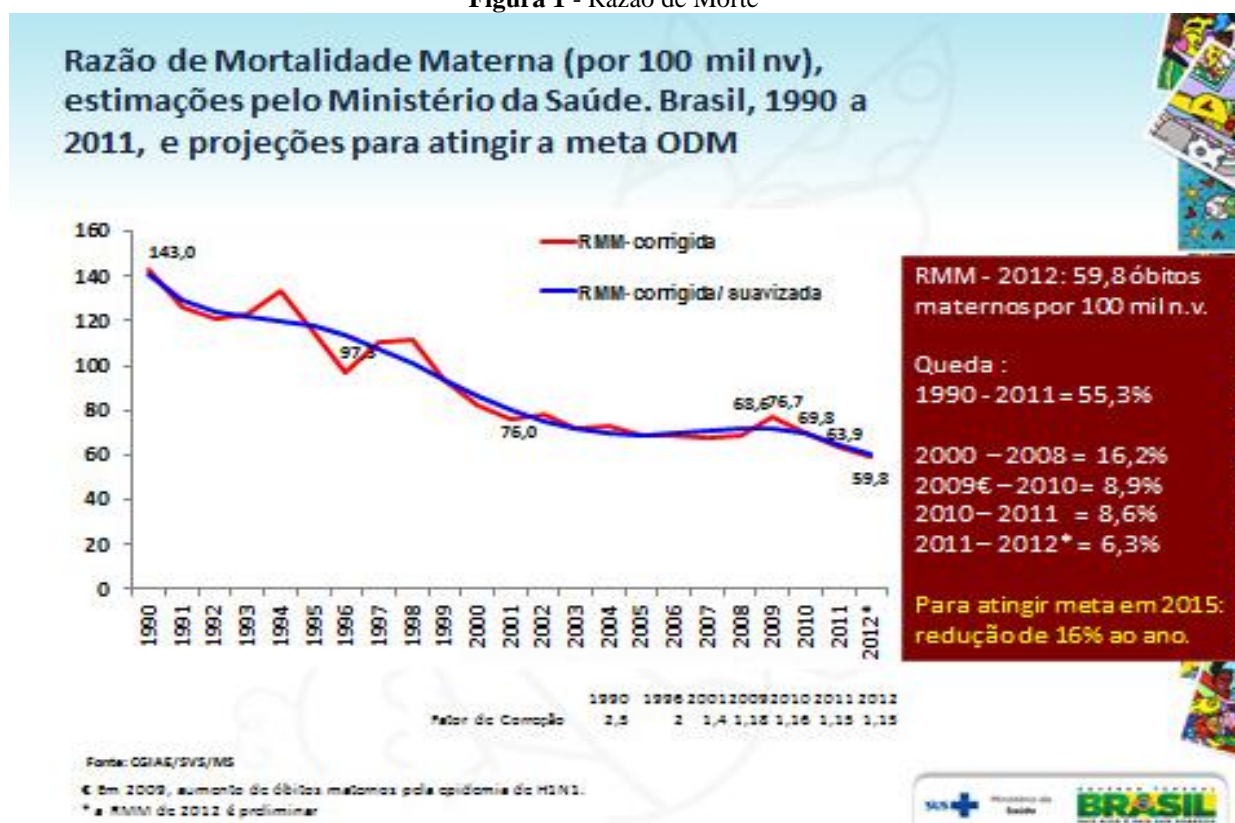
O cartão da gestante é um instrumento com registros das consultas do pré-natal que deve ser apresentado nos estabelecimentos de saúde durante a gestação e quando entrar em trabalho de parto. O partograma, por sua vez, é um documento gráfico onde o profissional de saúde registra o desenvolvimento do trabalho de parto, incluindo a justificativa de necessidade da cirurgia cesariana.

CAPÍTULO 2 - MORTE MATERNA: A PONTA DO ICEBERG DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

2.1 A Violência Obstétrica traduzida em mortes

No Brasil, desde 1994 há políticas de humanização no parto que não se efetivaram na prática. Mais recentemente, como exemplo de implantação de política pública para promover a humanização do parto, tem-se a Rede Cegonha, criada a partir da Portaria, nº. 1.459/2011. Ainda assim, a falta de tipificação específica para práticas vexatórias, violentas e abusivas nos hospitais do país tem perpetuado as aflitivas narrativas das parturientes. Também não houve efetivo avanço no país, dos números de morte materna, como podemos observar do quadro abaixo, retirado do relatório da Rede Cegonha:

Figura 1 - Razão de Morte



Fonte: Relatório da Rede Cegonha, 2012.

Depreende-se do gráfico um decrescimento no número de morte materna, porém, ainda aquém do esperado e proposto pelas metas do milênio, pelas quais os 191 países

integrantes da ONU se comprometeram a solucionar quando do encontro nos anos 2000 (SOUSA, 2015, p. 5).

Dentre as especialidades médicas com mais elevado número de ocorrências de infrações, quer lesão corporal, quer nas mortes, encontra-se a obstetrícia. Talvez este fato se deva ao modelo obstétrico arcaico, com excesso de intervenção medicamentosa e cirúrgica, os quais parecem contribuir para a elevada razão de morte materna ocorrente no país.

É importante registrar que as diversas culturas abordam de forma muito particular o parir e o nascer. É sabido que o Brasil trata o parto e o nascimento como um procedimento médico. A questão é que, tão somente hospitalizar estes acontecimentos fisiológicos não fez do país um exemplo de cuidado, no tocante ao atendimento da mulher e dos seus bebês.

Dizemos isso, a partir da elevada razão de morte materna registrada no Brasil. O coeficiente de morte materna pode ser compreendido como o “número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado”, (OMS, 1998, p. 143). A razão de morte materna no Brasil é de 62 mortes maternas, por 100 mil nascidos vivos. Número bem distante do tolerado pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que é de 35 mortes maternas, por 100 mil nascidos vivos.

Comparados os números com o de outros países do continente americano, percebe-se que o Brasil está aquém de países em semelhante desenvolvimento industrial e social.

Tabela 1 - Comparativo da Razão de Morte Materna em alguns países

Mortes Maternas por 100 mil nascidos vivos	
País	Número de Mortes
Canadá	6,5
EUA	12,7
Chile	16,6
Cuba	43,1
Argentina	55,0

FONTE: A autora (2018).

Os números acima expostos permitem entrever a problemática da razão de morte materna como violação do Direito Humano à saúde das mulheres, bem como a uma vida digna, conforme apregoa o texto constitucional.

Das pesquisas, percebe-se que a temática tem sido pautada por movimentos sociais feministas, os quais alertam para esta face da violência de gênero, a qual subtrai a autonomia feminina em um momento em que seus direitos sexuais e reprodutivos deveriam ser levados em conta.

Por todo o país, movimentos sociais traduzidos em Coletivos pela Humanização do Parto e do Nascimento, multiplicam-se na tentativa de chamar atenção para o problema. De outra parte, estes mesmos movimentos sociais feministas têm ocorrido às Defensorias Públicas e Ministério Público a fim de garantir punição para as práticas desrespeitosas dos direitos humanos, dentre os quais, o direito à integridade física e o de ser informada acerca dos procedimentos invasivos a que está sendo submetida.

No tocante a realidade paraibana, apenas 20% das cidades do Estado possui maternidade (João Pessoa, Santa Rita, Guarabira, Itabaiana, Mamanguape e Solânea). Uma notícia no Jornal Correio da Paraíba, do dia 05 de julho de 2016, relata que, a falta de estrutura nos municípios para realização de partos causa mortes de grávidas. A matéria também traz o dado estatístico de 241 mortes de mulheres nos últimos 10 anos por conta de ocorrências, envolvendo gravidez e parto. (VIEIRA, 2016).

Estatísticas demonstram que no Brasil, pelo menos 55% dos partos realizados em rede pública são cirurgias cesarianas. Na rede privada, este número cresce para mais de 88%. Trata-se de percentagem bastante alta quando se considera o recomendado pela OMS, algo em torno de 15% de cesarianas apenas. (AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS, 2014).

As discussões em torno do problema repercutiram pelo mundo afora e os Coletivos pelo Parto Humanizado ganharam forma de verdadeiros movimentos, os quais tanto fora, quanto dentro do Brasil, passaram a alertar para a falta de necessidade de uma intervenção cirúrgica de grande porte, tal como a cesariana, e para outras tantas intervenções invasivas praticadas regularmente sem nem sequer a mulher seja consultada.

Outra preocupação se dirige para a realização de cirurgias cesarianas em massa, as quais, mesmo dependendo maiores valores monetários para o sistema de saúde, seja público ou privado, pode ser antecipadamente agendada e dura pouco mais de 20 minutos, enquanto que, no parto natural, o processo pode levar entre 08 e 18 horas, em média, para a sua diretriz.

Acrescente-se a este fato a impossibilidade de se estabelecer dia e horário para o parto natural, o qual, segundo especialistas, é iniciado a depender das condições do feto, o qual em determinado momento, “dispara o alarme” para que o trabalho de parto se inicie. Observe-se que uma gestação normal pode durar até 42 semanas.

A discussão também ganhou repercussão distinta a partir do movimento cada vez mais comum da organização da sociedade civil em torno de um ideal. Apenas para se exemplificar, na Paraíba, o Coletivo pela Humanização do Parto e Nascimento, tornou-se uma ferramenta, um canal, no qual as mulheres podem falar dos abusos sofridos. Também, a utilização em massa das redes sociais, foi decisiva para agregar pessoas que se unem umas as outras em torno de uma causa ou ideal comum. Não há como negar que os movimentos ganharam muita força e celeridade por conta da velocidade na transmissão das notícias.

A ideia errônea de que o corpo da mulher precisa de correção e remédio para que o parto se dê com êxito, expõe, desnecessariamente, as mulheres a uma rotina de sofrimentos. Dentre estes, destacam-se: episiotomia, manobra de *Kristeller*, administração de ocitocina sintética e os comandos para que a mulher faça força bem como o uso de expressões injuriosas para com a mulher em trabalho de parto.

A violência física, provavelmente, deixará sequelas no corpo da mulher e, a violência moral, além de ferir a psique feminina, prossegue sendo uma perversa forma de emudecer as mulheres anos a fio. Neste particular, é importante abrir um parêntese para registrar o quanto tais posturas fortalecem a cultura e uma forma de pensar que tem por natural o sofrimento feminino: o pecado original pesa e o sexo frágil foi escolhido para carregá-lo. Isso é algo cristalizado; um pensamento itinerante e persistente.

Sabe-se que episiotomias de rotina têm levado mulheres a consultórios clínicos e psicológicos em busca de remediar o mal que lhes infligiram.

Ocorre que continua sendo muito comum a ideia de que o parto normal é algo perigoso, podendo deixar sequelas no órgão sexual da mulher. Este argumento, muitas vezes é dito de forma velada, por várias vezes pelo profissional médico na tentativa de desencorajar a mulher que chega ao consultório buscando um parto normal.

Aqui está uma das causas do aumento contínuo do número de cirurgias cesarianas no Brasil, pois infelizmente ainda é muito comum no relato de mulheres grávidas, as falas dos ginecologistas e obstetras, quanto aos perigos do parto.

Aliadas às formas mais comuns de violência física, os tratamentos verbais injuriosos continuam correntes nas maternidades do país. A uma pretendem emudecer e docilizar as mulheres, a duas, o inconsciente coletivo prossegue punindo Eva por haver experimentado o fruto proibido. À mulher, continua a ser negado o direito à sexualidade e a integridade do seu órgão. Quando adentra os corredores das maternidades do país, muitas são verdadeiramente martirizadas. Seja direta ou indiretamente, as frases ou atitudes lhes dizem a todo tempo que ela pagará por haver exercido sua sexualidade.

Entretanto tais práticas rotineiras não somente nos deixam a nós brasileiros distantes de alcançar uma equidade de gênero, como atualmente perfaz um problema de saúde pública, pois muitas mulheres morrem por causas relacionadas ao parto e, segundo a OMS, 92% dos casos de morte materna são evitáveis.

Trata-se, portanto, além de uma tragédia nacional, de um atestado da nossa inapetência em assistir os partos. Repita-se, assistir, pois nos ditos partos de risco habitual, o corpo que se encarregou de gerar e gestar, também dará contas de parir, se for deixado em paz para tal desiderato.

É importante realçar a falta de cultura dos profissionais médicos de partejar. Na verdade, o médico obstétrico muitas vezes ainda acha que ele pode “fazer” o parto, como se ele fosse maior que a natureza. Na verdade, o profissional médico ganha enorme importância quando há um fator que classifica a paciente como de risco. Nestes casos, de fato, o médico deve intervir e salvar as vidas, entretanto nos partos ditos de risco habitual, a atitude mais acertada e mais apropriada é a assistência expectativa, ou seja, observar e promover a assistência não invasiva, como por exemplo, aferir a pressão arterial da parturiente, ao mesmo tempo em que se auscultam os batimentos do feto para garantir que o mesmo não se encontra em sofrimento.

Pelo mundo afora, os países que conseguiram garantir uma melhor assistência ao parto, deixam os partos de risco habitual a cargo dos profissionais enfermeiros obstétricos e direcionam os casos patológicos à apreciação médica.

Todos os serviços que pretendem deixar a cargo do médico todos os trabalhos de parto perdem a qualidade do serviço e conseqüentemente impactam negativamente nos números estatísticos de violência obstétrica, seja por intervenções dolorosas, invasivas e desnecessárias, seja por aumento dos casos de morte materna e da morbidade materna grave, conhecida como “*near miss*”.

2.2 Morte Materna: aspectos fundamentais e classificação

Mortalidade materna constitui-se grave problema no Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento. Altas taxas de mortalidade materna são responsáveis pelo grande número de mulheres que morrem anualmente, por causas maternas, o que levou a se

considerar a mortalidade materna como importante problema de saúde pública.⁵(LAURENTI, 1988, p. 507).

Conceitua-se morte materna como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação independentemente de duração ou da localização da gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais. (OMS, 1980).

A morte materna não é somente aquela ocorrida nos 42 dias após o parto (período do puerpério), mas quando for informada causa indicativa de complicações na gravidez, do parto e do puerpério e, a morte ocorrer após 42 dias do parto, esta morte também deve ser considerada morte materna. Deve-se considerar o período de até um ano (12 meses) e, se, após este período ocorrer óbito, o caso deve ser considerado como “efeito tardio de morte materna”. (LAURENTI, 1988, p. 509).

Há ainda uma problemática bastante antiga e ainda não solucionada, qual seja a subnotificação. Dito de outra maneira, o problema é que, a taxa de morte materna é calculada de acordo com o que foi declarado oficialmente nos atestados de óbito. Epidemiologistas alertavam para o fato de que há causas declaradas nos atestados de óbito de mulheres em idade fértil que facilmente são associadas à morte materna direta, a este respeito vejamos os ensinamentos do mestre:

[...] várias investigações têm mostrado que quando há informação no atestado de óbito de que se trata de uma morte materna, pode-se afirmar, com quase total segurança, de que isso é verdadeiro. Por outro lado tem sido verificado que, frequentemente, quando se trata de uma mulher em idade fértil e constando no Atestado de Óbito apenas causas como: “embolia”, “anemia aguda”, “hemorragia”, “peritonite”, “septicemia” e outras, isso é um forte indício de se tratar de morte materna, tendo-se declarado apenas uma complicação. (LAURENTI, 1988, p. 509).

A fim de superar os erros de registro de óbitos em mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e a conseqüente subnotificação da VO, a morte materna pode ser classificada em: a) mortes maternas declaradas, aquelas em que o médico certificou uma causa materna como causa básica da morte; b) mortes maternas presumíveis, como aquelas em que o médico não declarou uma causa materna, porém a causa informada levou a suspeitar, tratar-se daquela

⁵ Apesar desta importante constatação do professor Rui Laurenti, em artigo científico de 1988, ainda não houve suficiente sensibilização dos responsáveis pela saúde da população e uma questão aparentemente facilmente solucionável não foi ainda encarada como prioridade pelos que detêm poderes de direcionar a política.

causa; c) mortes por causas não maternas, quando não havia dúvidas que a morte não era por essa causa (como os casos de mortes por acidentes, suicídio, homicídios e outras).

Resultados desta pesquisa constataram a subnotificação, ou seja, há mais morte materna do que se quantifica oficialmente. A tragédia de 65,0 por 100.000 nascidos vivos é ainda maior. (LAURENTI, 1988, p. 509).

Apesar de haver notícias de outras pesquisas como esta, o importante é reflexionar que desde a década de 80 há um encaminhamento científico a ser seguido pelos que fazem a gestão da saúde pública, mas ao que parece, quase quatro décadas depois, extinguir morte materna ou diminuir consideravelmente as altas taxas praticadas no país, ainda não parece ser prioridade.

Afirma-se desta maneira, a contar pelas tantas mulheres que prosseguem relatando seus dramas no atendimento ao parto, pós-parto e abortamento, noticiado pelos coletivos de humanização do parto, amplamente divulgado pelas redes sociais, que serve de canal de denúncia, de informação e de tomada de atitude pelas mulheres e por demais integrantes da sociedade civil.

Se os cuidados com o parir e o nascer fossem prioridade, não teríamos noticiadas tantas tragédias semelhantes ao caso paradigma deste trabalho. Quantas Alynas ainda veremos padecer? Quantas vítimas da violência de gênero ainda surgirão?

A morte materna pode se dar por causas obstétricas diretas ou indiretas e ainda as chamadas mortes obstétricas não relacionadas. A morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultante de qualquer dessas causas. Assim, a classificação contida no Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2002, p. 10).

As mortes maternas diretas são codificadas no “CID 10 como: 000.0 a 008.9, 011 a 023.9, 024.4, 026.0 a 092.7, D39.2, E23.0, F53 e M83.0”. (2002, p. 10).

A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existem antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Segundo o manual anteriormente citado, “correspondem aos óbitos classificados no CID 10 como: 010.0 a 010.9; 024.0 a 024.3; 024.9, 025, 098.0 a 099.8, A34, B20 a B24 (esses últimos após criteriosa investigação)”. (2002, p. 10).

A morte materna chamada de não relacionada é aquela resultante de causas acidentais ou incidentais não relacionadas à gravidez e seu manejo; e a morte materna tardia, que é

aquela morte da mulher devido a causas obstétricas, sejam diretas ou indiretas que ocorreram num período superior a 42 dias e inferior a um ano, após o fim da gravidez. (CID 096).

Finalizando, têm-se a morte materna declarada e a não-declarada. A primeira é aquela em que os responsáveis pelo atestado de óbito registraram o óbito de forma que da simples leitura é possível classificar a morte por morte materna.

A morte materna é considerada não declarada quando as informações registradas na declaração de óbito não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos nas investigações é que se descobre tratar-se de morte materna. (2002, p. 11).

Por último, a morte materna é dita mascarada quando o óbito houver se dado por causa relacionada à gravidez, mas este fato tenha sido omitido no preenchimento do atestado de óbito. É algo muito comum quando a mulher precisa de internamento ou tenha estado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o médico que atestou apenas a causa terminal, por desconhecer o que se passou anteriormente com a mulher.

É considerada morte materna mascarada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta no atestado de óbito por falhas no preenchimento.

As causas de morte que ocultam o estado gestacional são chamadas de máscaras, daí a expressão “morte materna mascarada”. Um exemplo comum refere-se à ocorrência do óbito da mulher internada na UTI, em cujo prontuário só há registro de uma causa terminal e não há registro da causa básica.

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno (2009), segue a lista de máscaras que devem nortear a pesquisa por óbitos maternos:

Acidente vascular cerebral; broncopneumonia; causa desconhecida; choques: anafilático, hipovolêmico, endotóxico, neurogênico, ou séptico; coagulação intravascular disseminada; crise convulsiva; edema agudo de pulmão; embolia pulmonar; endometrite; epilepsia; falência miocárdica; hemorragia; hipertensão arterial; hipertensão intracraniana aguda; infarto agudo do miocárdio; insuficiência cardíaca congestiva; insuficiência cardíaca por estenose mitral; insuficiência hepática aguda; insuficiência renal aguda; miocardiopatia; morte sem assistência médica; peritonite; pneumonia; septicemia; tromboembolismo; parada cardíaca; pelviperitonite. (GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ÓBITO MATERNO, 2009, p. 53).

Preocupante, pois a razão de morte materna existente no Brasil e mais preocupante ainda, o que se chama de morbidade materna grave ou “*near miss*”. Ou seja, o quantitativo de mulheres que não morreram do parto, mas que chegaram muito próximo disso, sem que seus nomes figurassem nos índices estatísticos.

Quer-se dizer que, além das mulheres que morrem por causas maternas, muitas são internadas nas UTI's, passam por transfusões sanguíneas, precisam de ressuscitação cardiorrespiratória, intubação, entre outros procedimentos invasivos, mas não morrem e, portanto, seus nomes apesar de não figurarem nas estatísticas, fazem parte do grupo de morbidade materna grave, o qual pode ser compreendido da seguinte forma:

A morbidade materna grave é um continuum que se inicia com a ocorrência de uma complicação durante a gestação, parto ou puerpério, e que termina na morte, podendo-se, reconhecer, separadamente, um grupo de extrema gravidade conhecido como “*near miss*”. (AMARAL, et al, 2007).

Para cada óbito materno, portanto, um número maior de mulheres quase morreu, mas isso não foi estudado ou quantificado devidamente, sendo que a violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é bem maior do que se tem notícia. Por isso que a MM é a ponta do iceberg da VO. (REIS, et al, 2011).

A assistência violenta é responsável por esta tragédia, bem como a falta de apreço às políticas públicas já criadas, a exemplo da rede cegonha, que prevê, por exemplo, a vinculação da mulher a uma maternidade onde ela teria a segurança de saber que vai poder se encaminhar para dar a luz, porém, na rede pública, raramente ou quase nunca, isso ocorre. Este somatório de fatores negativos impacta negativamente no sistema de saúde, na sociedade e mais diretamente na vida das mulheres.

2.3 O caso Alyne Pimentel

Alyne Pimentel, jovem negra e pobre do município de Belfort Roxo, no Rio de Janeiro, que acabou morrendo, no ano de 2002, em decorrência de atendimento deficiente por parte dos profissionais de saúde. A petição individual da genitora de Alyne impactou o Comitê da CEDAW que declarou a ocorrência de violência de gênero, obstétrica e de discriminação racial, “condenou” o Estado brasileiro a reparar os familiares da vítima e empreender políticas públicas que garantissem o direito das mulheres grávidas, parturientes ou em situação de abortamento. O caso Alyne da Silva Pimentel vs Brasil é duplamente paradigmático, primeiro, porque ensejou a primeira “condenação” do Brasil no sistema convencional contencioso quase judicial da ONU e segundo por ter sido a primeira vez em que o comitê CEDAW aceitou uma denúncia sobre mortalidade materna.

Evidentemente que o caso de Alyne não é o único neste país que desconsidera os direitos das mulheres, mas por abnegação da sua genitora, insistindo em lutar por justiça e recorrendo à apreciação da ONU, Alyne foi imortalizada e sua vida será lida em livros de histórias, uma vez que neste caso, o Estado brasileiro foi considerado “culpado” pela sua morte, na medida em que não lhe prestou o devido atendimento nas unidades de saúde. O caso tornou-se um paradigma na defesa dos direitos das parturientes e foi um marco na implementação de políticas públicas voltadas ao atendimento humanizado e aos cuidados com a saúde reprodutiva das mulheres.

A violência obstétrica constitui um grave problema encontrado na sociedade atual. Em cada ano, milhares de mulheres sofrem algum tipo de agressão, seja física, sexual ou psicológica, durante a realização do parto, principalmente mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta esteira de pensamento, aproveitamos para refletir com Ângela Davis quando propôs que “é preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe”. A autora chama atenção para as intersecções que existem entre raça, classe e gênero (DAVIS, 2016).

Os maus tratos, vivenciados pelas pacientes, relacionam-se, em grande parte, às práticas discriminatórias dos profissionais quanto ao gênero, classe social e raça. A ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher, como seu destino biológico, marca uma inferioridade física e moral da mulher que permite, que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade, através da prática médica. (GIFFIN, 1999, p. 81).

No tocante às mulheres negras, além da condição feminina (gênero), a cor da pele (raça) também influi no tratamento que lhe será dispensado, pois tão logo recepcionada nos serviços de saúde, dois preconceitos se sobrepõem. Como estamos falando das mulheres que vão acessar as unidades do SUS, então, às discriminações de gênero e raça, vão se somar os preconceitos de classe e essas condições sobrepostas serão fundamentais para o desfecho. A isso, Kinberle Crenshaw nomeia interseccionalidade dos fatores gênero, raça e classe (2002).

Após a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 – primeiro documento de aceitação internacional, que define de maneira universal, direitos básicos de todos os seres humanos – a comunidade internacional procurou adotar um documento com natureza jurídica vinculante, ou seja, em que houvesse imposição de consequências jurídicas em caso de descumprimento.

Nesta esteira de pensamento, surgem acordos internacionais sobre direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, são eles: Pacto Internacional sobre Direitos Civis e

Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC).

É importante deixar claro que esta divisão é artificial, como enuncia Comparato (2007), vez que o sistema de Direitos humanos forma um conjunto essencialmente indivisível, tanto que o preambulo de ambos os pactos são idênticos. (COMPARATO, 2007, p. 280).

Sabe-se que, em Direito Internacional, ao ratificar um pacto, o Estado signatário se obriga a cumprir os direitos enunciados e ainda a prestar contas à comunidade internacional através da apresentação de relatórios periódicos, que também podem ser complementados pela atuação de agências especializadas da ONU. (Artigo 18).

Acontece que, enquanto o protocolo facultativo do Pacto Internacional sobre direitos civis e políticos foi rapidamente concretizado, o mesmo não ocorreu com o PIDESC, cujo protocolo facultativo somente foi adotado em 2008 e só em 2013 entrou em vigor, porém sem ratificação do Brasil até a presente data.

Dessa maneira, à época da morte de Alyne Pimentel, somente restou à família da vítima, assessorada pela organização não governamental internacional *Center of Reproductive Rights* e pela organização não governamental nacional Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos (ADVOCACI), valer-se da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) adotada em 18 de dezembro de 1979, pela Assembleia Geral das Nações Unidas.

Quatro anos após ter sido impetrada ação civil pela família de Alyne Pimentel, na justiça estadual do Rio de Janeiro, em novembro de 2007, o Centro de Direito Reprodutivos e a ONG ADVOCACI apresentou comunicação individual contra o Estado brasileiro, junto ao “comitê da CEDAW” da Organização das Nações Unidas, representando a mãe e a filha da vítima.

A representação fundamentou-se no descumprimento dos artigos 2º e 12º da Convenção para 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 a 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 numa 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 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. (PIOVESAN, 2010, p. 462-473).

Arguiu-se violado expressamente a alínea “c”, o artigo 2º, posto que a demora da prestação jurisdicional caracterizou desinteresse flagrante do Estado pela morte de Alyne. O argumento principal, entretanto, dizia respeito à vulnerabilidade da vítima, qual seja: mulher, negra e de classe socioeconômica baixa. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

Prosseguiram alegando que a falta de atendimento médico de qualidade, havia levado a morte de Alyne Pimentel e que este fato integra um quadro de violência estrutural e discriminatória que impacta mulheres que devem ser protegidas pelo Estado, conforme compromisso decorrente da CEDAW (artigos 1º e 2º).

Vejamos a redação do artigo 1º:

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. (PIOSEVAN, 2010, p.463).

É assim que os Estados-parte devem garantir não apenas instrumentos legais para combater a discriminação contra as mulheres, mas também formas de colocar em prática aquilo que é previsto. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

Argumentou-se ainda que o Estado brasileiro teria agido com descaso para com o mínimo exigido, pois no tocante ao Direito à vida e não-discriminação a atuação estatal teria que ser urgente. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

As ONG's também detalharam as falhas no atendimento médico dispensado a Alyne e afirmaram que a baixa qualidade do atendimento médico a ela dispensado, teria sido decisivo para sua morte. Sustentaram que “a incapacidade de fazer um encaminhamento oportuno e eficiente fora outro exemplo do tratamento incompetente, recebido por Alyne Pimentel”. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

A representação também frisou os problemas relacionados ao serviço de saúde e destacou que a má qualidade do serviço era emblemática, principalmente quando se tratava de procedimentos de parto. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

De acordo com a CEDAW, um caminho para superar a VO e conseqüente MM é ter política pública que considere as condições dos trabalhadores:

[...] um número adequado de profissionais qualificados mobilizados onde eles são necessários; tabelas salariais satisfatórias e oportunidades de progressão na carreira; mecanismos de supervisão de apoio; funcionamento dos mecanismos de melhoria da qualidade; e um trabalho de sistema de transporte e encaminhamento para garantir acesso oportuno a cuidados de alto nível, especialmente os casos de emergência. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

E por fim, as ONG's sustentaram que “estudos de agências da Organização das Nações Unidas revelam que o sistema de saúde no Brasil apresenta fraquezas consideráveis”. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

Indicadores de saúde estipulados pelo Fundo das Nações Unidas para a infância – (UNICEF), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) estipulam que:

- (a) distribuição geográfica equitativa dos serviços de cuidados obstétricos de emergência (quatro instalações básicas de cuidados obstétricos de emergência e uma instalação abrangente de cuidados de emergência obstétrica para cada 500.000 pessoas na população);
- (b) Resposta às necessidades das mulheres de cuidados obstétricos de emergência (no mínimo, a maioria das mulheres que precisam de cuidados obstétricos de emergência deve estar recebendo os serviços);
- (c) A proporção de mulheres com complicações obstétricas que são admitidas em instalações com cuidados de emergência obstétrica e morem não deve ser maior que 1%. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

Sendo negativo qualquer dessas três categorias, haveria indicativo de que o Estado não estaria comprometido com sua obrigação de prover serviços de saúde materna de qualidade.

Por último, extrai-se do artigo 4º, item 1 do Protocolo Facultativo da CEDAW o seguinte:

Artigo 4º, item 1:

O comitê não considerará a comunicação, exceto se tiver reconhecido que todos os recursos da jurisdição interna foram esgotados ou que a utilização desses recursos estaria sendo protelada além do razoável ou deixaria dúvida quanto a produzir o efetivo amparo. (PIOVESAN, 2010, p.475).

A representação ultimou os argumentos, referindo a situação de excepcionalidade do caso Alyne Pimentel, isto porque quatro anos havia se passado sem que a ação cível, envolvendo pedido de indenização de caráter alimentar, fosse julgada. Destarte, esta demora não poderia ser considerada oferecimento adequado de prestação jurisdicional.

Em resumo, os argumentos da representação junto ao Comitê CEDAW foram: ofensa ao direito à saúde e à vida; a ineficácia da prestação jurisdicional que garantisse a proteção de Alyne Pimentel e sua família contra a discriminação de gênero sofrida, e a sistêmica condição de discriminação de gênero e violação do direito à saúde das mulheres pela ineficiência dos serviços médicos prestados.

Em agosto de 2008, o Estado brasileiro apresentou informações e relatórios a respeito das demandas dos petionários. Dois anos após essa apresentação, em agosto de 2011, o Comitê divulgou seu relatório final com comentários conclusivos sobre a eliminação da discriminação contra as Mulheres e, após considerar que as alegações do autor relativas às violações, dos artigos 2º (acesso à justiça) e 12º (acesso à saúde) da Convenção, foram “suficientemente fundamentadas para fins de admissibilidade”, o Comitê passou ao exame de mérito.

No exame de mérito, o Comitê analisou a causa da morte da vítima, concluindo que a morte foi decorrente de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, classificando a morte de Alyne Pimentel como “morte materna” direta e imputou a responsabilidade ao Estado brasileiro. Além disso, observou que Alyne “sofreu discriminação, não apenas de gênero, mas também com base na sua condição de mulher afrodescendente e advinda de grupo socioeconômico não privilegiado”. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

Em agosto de 2011, o Estado Brasileiro recebeu o posicionamento final do CEDAW, que considerou que o Estado não cumpriu sua obrigação de garantir ação judicial e proteção eficazes. O Estado brasileiro enviou observações sobre a decisão do Comitê CEDAW no Caso

Alyne Pimentel, em fevereiro de 2012, demonstrando como estava implementando as recomendações feitas pelo Comitê.

No ano seguinte, o Estado brasileiro criou o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) visando o acompanhamento da implementação das recomendações do Comitê e apresentou, em 2014, um relatório se propondo a demonstrar que estabeleceu e aperfeiçoou todas as medidas para atender às recomendações do Comitê CEDAW no Caso Alyne Pimentel, melhorando a saúde da mulher e da criança em todo território nacional.

Em 2011, o Comitê CEDAW emitiu sua decisão e declarou o Estado brasileiro responsável pelas violações dos artigos 2º (acesso à justiça) e artigo 12 (acesso à saúde) do CEDAW.

O Comitê arguiu que “os Estados são legalmente obrigados a prover o acesso universal à saúde e com isso, eles se tornam diretamente responsáveis pelo monitoramento e regulamentação de instituições privadas que forneçam serviços de saúde”.

O Comitê atribuiu essa responsabilidade ao Estado brasileiro após o Estado ter alegado que a morte de Alyne foi decorrente de atendimento de saúde de má qualidade, prestado por uma instituição privada e não pública. Diante disso, o CEDAW reconheceu que o Estado é diretamente responsável pela ação de instituições privadas quando concessionária serviços médicos, e ademais, o Estado sempre detém o dever de regular e monitorar instituições de saúde privadas.

Arguiu, ainda, o seguinte:

Para proteger os direitos humanos da mulher à vida, à saúde, e a uma vida livre de discriminação, os Estados devem fornecer acesso oportuno à assistência de saúde materna de qualidade para todas as mulheres, independentemente de sua raça ou renda. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

O CEDAW concluiu, na análise do mérito, que, no caso de Alyne Pimentel, houve uma interseccionalidade de fatores que pioraram sobremaneira as condições de atendimento e negaram a paciente o gozo de seu direito à vida e à saúde. O Estado brasileiro foi responsabilizado pela morte de Alyne, porque o Comitê entendeu que as questões raciais e socioeconômicas somaram-se à vulnerabilidade de gênero, gerando um atendimento precário e discriminatório.

Ademais, concluiu o Comitê que o governo brasileiro deve “garantir ação, tutela e recurso judiciais efetivos, responsabilizando profissionais da saúde por suas ações e omissões em relação aos direitos reprodutivos das mulheres”. (CEDAW/C/49/D/17/2008). Tal

asseveração decorreu da falha do Estado na garantia de uma tutela judicial eficaz no caso de Alyne, visto ter sido impetrada uma ação civil em 2003 pela família da vítima e esta ainda não havia sido conhecida quando houve a decisão do Comitê. Além disso, não tinha sido iniciado nenhum procedimento que responsabilizasse os profissionais de saúde pelo atendimento de Alyne Pimentel.

O Comitê da CEDAW, constatadas as graves violações aos direitos humanos de Alyne, recomendou ao Estado brasileiro a reparação às violações sofridas pela vítima, prestando indenização à mãe e à filha de Alyne. As reparações foram as seguintes: financeira, por meio do pagamento no valor de R\$131.239,40, pago pela União; e reparação simbólica, realizada com a atribuição do nome de Alyne Pimentel em setores de duas maternidades no Estado do Rio, na UTI da Maternidade Mariana Bulhões e no espaço de convivências das gestantes da Maternidade Mãe Mesquita.

Além da reparação à família da vítima, o Comitê fez outras seis recomendações de caráter geral ao Estado brasileiro, visando à adoção de práticas que garantissem o direito humano à vida e à saúde das mulheres. Dentre as recomendações estavam: “assegurar os direitos das mulheres a uma maternidade segura e a cuidados obstétricos de emergência adequados e acessíveis”, (CEDAW/C/49/D/17/2008) que resultou na criação da Rede Cegonha como uma estratégia brasileira para acelerar a qualificação da atenção obstétrica e das redes perinatais, visando garantir às mulheres e crianças uma assistência humanizada e de qualidade.

Prover treinamento profissional adequado para trabalhadores de saúde, especialmente sobre o direito à saúde reprodutiva das mulheres também foi outra recomendação feita ao governo brasileiro que, segundo relatório do próprio governo, o Ministério da Saúde tem investido na formação de enfermeiras obstetras com a promoção de cursos de capacitações, além do papel desempenhado pela Rede Cegonha na qualificação dos profissionais.

Ademais, recomendou que fosse assegurado o acesso a remédios jurídicos eficazes nos casos de violação de direitos de saúde reprodutiva das mulheres e que fosse oferecido treinamento para o Judiciário e para o pessoal de aplicação da lei; que as instalações de saúde privada cumprissem com as relevantes normas nacionais e internacionais sobre os cuidados de saúde reprodutiva; e, que as sanções adequadas fossem impostas aos profissionais de saúde que violam os direitos de saúde reprodutiva das mulheres, tendo em vista que no caso de Alyne, o Conselho Estadual de Medicina do Rio de Janeiro concluiu pela ausência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, procedendo, assim, pelo seu arquivamento.

Cabe refletir aqui que os Conselhos dos profissionais de saúde (médicos principalmente) têm compromisso com a corporação da profissão e não com os direitos da população.

Por fim, recomendou que fossem reduzidas as mortes maternas evitáveis, através da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna no nível estadual e municipal, inclusive através da criação de comitês de mortalidade materna onde eles ainda não existissem, o que se mostra como um grande desafio para o governo brasileiro, principalmente, para o Sistema Único de Saúde.

Um exemplo de recomendação do Comitê observada pelo Estado brasileiro foi a implantação da Rede Cegonha, a qual trouxe inúmeros benefícios à saúde materna das mulheres, porém, após 10 anos dessas recomendações, a negação de direitos à vida e saúde das mulheres é cotidiana, haja vista que 25% das usuárias do SUS sofrem VO em seus partos e 92% das mortes poderiam ser evitadas.

Destarte, o cumprimento das recomendações por parte do Estado brasileiro ficou aquém do esperado, pois até a presente data, o Brasil ainda não cumpriu plenamente nenhuma das recomendações feitas pelo comitê da CEDAW.

CAPÍTULO 3 - DIREITO AO PARTO HUMANIZADO COMO DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

3.1. Os relatos de abuso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, as notícias a este respeito na mídia nacional e a realização da Audiência Pública sobre Violência Obstétrica em João Pessoa (PB)

A VO é um tema emergente desde 1950 quando eclodiu nos EUA o movimento feminista das usuárias pela reforma no parto. Do mesmo período, a marcha pelos direitos das grávidas, parturientes e bebês. (DINIZ, 1980).

Também naquele país, a partir das décadas de 1960/1970, por atuação do movimento feminista, tornaram-se comuns as campanhas pró-parto ativo, bem como os movimentos pela humanização do parto e pelo fim das intervenções desnecessárias nos corpos das mulheres, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres. (BWHBC, 1998, in DINIZ, 2005).

No Brasil, o movimento por novos paradigmas na assistência ao parto, aparece a partir de 1979, inaugurado pelos profissionais dissidentes nos Estado do Paraná e Goiás, que propugnam um olhar às práticas de parteiras tradicionais e índios. Segundo Diniz (1980), várias organizações disponibilizam assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, “como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco”. Há pela primeira vez no Brasil um movimento que pretende “empoderar” as mulheres, no tocante ao seu direito de ser a protagonista do seu parto.

O termo “empoderamento” foi adaptado ao português a partir do termo em língua inglesa *empowerment*. Este se refere a uma prática do movimento feminista que quer significar tomar consciência de si mesma, de suas possibilidades, em um processo de afirmação que emerge da interação com outras mulheres. (TEIXEIRA e MENEGUEL, 2015, p. 119).

Dentre outros aspectos relevantes, a mulher “empoderada” é a que consegue assumir o controle do seu corpo, da sua sexualidade, do seu aparelho reprodutor e do corpo. De acordo com Aguiar (2015):

[...] Quando as mulheres se empoderam, assumem o controle de seus próprios corpos, de sua sexualidade, de seu aparelho reprodutor, recusam a violência doméstica, têm mobilidade, podendo ter acesso a atividades de trabalho remunerado,

participar de reuniões e outras atividades que consideram importante para elas, buscam maior acesso a educação e compartilham a responsabilidade com a casa e com os filhos. (AGUIAR, 2015, p. 120).

Mais que informar, as mulheres precisavam se reconhecer como sujeito de direitos. Neste sentido, ao assumirem o controle de si mesmas e de seus processos, poderão se reconhecer como sujeitos de direito, organizarem-se pela efetivação desses direitos e, conseqüentemente, contribuirão ativamente para a mudança do modelo atual intervencionista de cuidado obstétrico, cujos abusos são muitas vezes tolerados pelas mulheres por acreditarem ser necessário para os nascimentos dos seus bebês.

Neste caminho, o movimento de mulheres da Paraíba, conduzido pelo Coletivo pela Humanização do Parto e Nascimento, AbenfoPB, ADPB conseguiram mobilizar os aparatos legais (MPF, MPE, DPU) em defesa de direitos sociais e promover a primeira audiência pública na Paraíba sobre VO. O evento contou com a participação dos órgãos vocacionados pela CF/88 para promoção dos Direitos Humanos, bem como de especialistas no tema, como a Dra. Melânia Amorim.

No caso desta primeira audiência pública (aconteceu no dia 28 de novembro de 2017 em João Pessoa (PB), na sede do Ministério Público Estadual), um depoimento veiculado em rede social (*Facebook*) somou-se a um pedido de investigação capitaneado por estudantes de fisioterapia ao Ministério Público Federal (MPF).

O fato ocorreu no dia 21/10/2016 quando um estudante de fisioterapia, durante o seu estágio, no Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa (PB), presenciou uma cena de VO protagonizada por uma médica e demais integrantes do serviço de saúde.

O estudante narra que o acompanhamento a uma parturiente desde as 08h da manhã. Diz que envidavam esforços para que o trabalho de parto evoluísse com naturalidade, o bebê encaixasse e obtivessem êxito no parto vaginal. Alega que, por volta das 10h da manhã, foram orientados pela preceptora a chamar a médica plantonista para uma avaliação, pois o bebê estava coroando. A paciente, portanto, já se encontrava no período expulsivo.

Acrescenta que uma médica adentrou a sala de parto, já com uma tesoura na mão e faz o seguinte comentário jocoso: “olha a minha humanização”. Havendo dito isso enquanto manuseava uma tesoura para logo em seguida realizar, sem cerimônias, o corte no períneo da paciente (episiotomia).

O depoimento do estudante registra que quase ao mesmo tempo, outros integrantes da equipe aproveitavam para fazer uma foto do tipo *selfie* e galhofavam enquanto a paciente chegava às vias de dar a luz. O estudante disse que ele e os demais colegas se entreolharam,

mas nada puderam fazer, pois se tratava da médica chefe da equipe, enquanto que eles assistiam a cena tão somente na qualidade de estagiários.

A declaração do estudante ganhou visibilidade, tanto por republicações e compartilhamentos nas redes sociais, como também na mídia local de João Pessoa que tratou de divulgar o caso, o qual foi objeto de investigação pelo Ministério Público Federal (MPF), por meio do Inquérito Civil nº. 1.24.000.002255/2015-12, presidido pelo Procurador da República, Dr. José Guilherme. Vejamos as declarações do estudante, na íntegra:

Venho expressar meu repúdio a uma violência obstétrica que presenciei hoje, junto com meus companheiros, em uma sala de parto do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), de João Pessoa – PB.

Estávamos trabalhando com uma parturiente desde as 8h da manhã, para aumentar a dilatação, favorecer a “descida” e encaixe do bebê além de promover melhor conforto à paciente durante essa fase dolorosa da gestação, o parto.

Por volta das 10h, nossa preceptora (professora) recomendou uma nova avaliação médica para verificar a dilatação.

Quando foi atendida a solicitação, constatou-se que a criança já estava coroando (quando a cabeça da criança se encontra evidente).

Preparou-se a sala de parto às pressas e estando tudo pronto para o momento expulsivo chega “uma médica” (dentre outras que já se encontravam em cena). Esta “médica” apresenta como sua primeira atitude (antes mesmo de ter qualquer contato com a paciente) segurar a tesoura e comentar com suas colegas de profissão, gesticulando com a tesoura:

– Olha aqui minha humanização! Olha, minha humanização.

A paciente sente a primeira contração e em conjunto faz força para expulsar a criança (posição cefálica e com cerca de 40% de sua calota evidente).

A médica pega a tesoura.

Na segunda contração, enquanto a paciente estava fazendo força, a “médica”, sem cerimônias, realiza uma episiotomia médio lateral na paciente (cortou a região perineal da paciente).

Eu e meus companheiros nos entreolhamos e todos reprovaram aquela atitude, pois a paciente estava evoluindo muito bem e rápido, bastava um pouco de paciência. Mas não podíamos falar nada, pois ela é “uma médica” e nós somos estudantes de Fisioterapia.

Não bastasse essa violência, uma outra profissional saca do seu bolso um celular e começa a instigar suas colegas a tirarem uma “selfie”.

“Não mulher, tem que sair o foco”.

“Pia como eu saí gorda!”.

“Eita, saiu as pernas da paciente. Tira outra, tira, tira”.

A partir desse momento, retirei-me da sala de parto, pois não tinha mais condições de presenciar tanta violência obstétrica, desumanidade e falta de profissionalismo.

Esse é o relato de mais uma das violências obstétricas que acontecem em nossos hospitais.

Peço que compartilhem para que as mulheres não deixem esse tipo de atitude passar em branco. Esse tipo de atitude é desumano, anti-ético e não profissional e devem ser denunciados.

Lutemos também contra esse tipo de violência.

Karl Marx Santana – 7º período de Fisioterapia da UFPB, atualmente cursando a disciplina de Fisioterapia Materno infantil. (MPF-PB, Inquérito Civil nº. 1.24.000.002255/2015-12).

Salta aos olhos o tratamento desumano dispensado a paciente, os destratos, bem como a apropriação do seu corpo na condução de procedimentos desnecessários, como, por exemplo, os toques sucessivos, que vêm da crença do profissional não médico de que a avaliação da dilatação precisa ser feita a cada duas horas. Diz-se crença porque tal prática é contrária a diretriz do SUS para partos normais de risco habitual.

Logo, o que estava sendo uma experiência calma passa a ser tenso, algo semelhante a uma urgência com risco de morte, quando na verdade é a recepção da vida. (PARTO DO PRINCÍPIO).

Também, o uso do termo degradante – “[...] olha aqui a minha humanização” denota despreparo e má-educação da equipe, a qual atendia pacientes, na presença de estudantes, os quais seriam futuros multiplicadores das práticas ali aprendidas.

No tocante a episiotomia, tem-se que o procedimento no MPF acusou sua dispensabilidade, ao argumento de que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. (artigo 5º, II, CF). Tratando-se de procedimento médico, a não ser em caso de risco de morte iminente, a realização do corte cirúrgico do períneo, carece do consentimento informado da paciente, sob pena de tornar-se lesão corporal.

Logo em seguida, foi a vez de Pâmela Siqueira, vítima de VO, doula e ativista do coletivo pelo Parto Humanizado e Nascimento, a qual pediu licença a plateia para ler a carta que ela havia escrito à médica obstetra que lhe perpetrou agressões, dentre as quais, uma episiotomia sem uso de anestésico e sem autorização.

O parto de Pâmela aconteceu no dia 23 de junho de 2014 numa maternidade particular na cidade de João Pessoa. Ela foi atendida pela médica que lhe acompanhou no pré-natal, possuía plano de parto, recebido pela profissional, mas isso não lhe garantiu assistência humanizada.

Segundo a OMS (revisão de 2017), a indicação é de que, no máximo, a episiotomia seja realizada em até 10% das mulheres de determinada localidade. A Dinamarca reduziu a taxa do corte cirúrgico do períneo para 3,5% apenas e somente este fato aumentou a satisfação das mulheres no tocante ao atendimento recebido nos partos. No Brasil, a realização da episiotomia é algo rotineiro e banal, tornando-se até mesmo difícil estabelecer taxas estatísticas seguras.

Pelo mundo afora, tem havido publicações de revisões sistemáticas que condenam a realização do corte cirúrgico do períneo, sendo que obstetras mais bem informados já fazem campanha pelo períneo íntegro e ensinam que realizar episiotomia sem indicação, equivale à

mutilação genital, pois o corte pode trazer como consequências problemas sexuais, danos estéticos e sequelas tardias, como incontinência urinária e fecal.

Também foi relatado pela vítima, a obrigatoriedade da posição de litotomia (posição deitada) e a realização da manobra de *Kristeller* (empurrar a barriga da mulher na tentativa de apressar a saída do bebê).

Apesar do plano de parto entregue a profissional, não lhe foi permitido deambular e escolher a melhor forma de parir. Do relato da ativista, salta aos olhos a pressa da equipe hospitalar em concluir a assistência ao parto.

Pâmela relata haver vomitado de dor quando da sua chegada ao hospital e neste momento, a primeira VO aconteceu, pois a obstetra a admoestou por haver se alimentado, sendo que não há indicação de dieta zero para mulheres que se encontram em trabalho de parto, vez que a mulher precisará naturalmente de forças físicas para o processo. Segundo a Medicina Baseada em Evidências (MBE), a ocorrência de vômito quando da evolução do trabalho de parto é perfeitamente normal, assim como a evacuação, etc.

A doula também faz referência aos procedimentos realizados com o recém-nascido, tais como aspiração e uso de colírio. Apesar de haver detalhado no seu plano de parto sua vontade para que o bebê apenas mamasse na primeira hora de vida, seu desejo não foi levado em consideração: o plano de parto não passou de um pedaço de papel.

Por último, há a referência às sequelas psicológicas sofridas pela vítima, a qual não conseguiu, por um ano, falar da sua experiência de parto, até que resolveu escrever e entregar a obstetra uma extensa carta, na qual questionava o porquê da profissional ter recebido o plano de parto para depois descumpri-lo na íntegra, bem como o motivo pelo qual fora tão desconsiderada pela médica e sua equipe, as quais não lhe permitiram falar ou expressar suas vontades. Para o estudo, abaixo seguem alguns trechos da carta:

MEU RELATO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - CARTA PARA MINHA G.O.

[...] O plantonista me examinou durante uma contração, pediu pra eu “fechar a boquinha constatou 4 cm de dilatação. [...] Eu vomitei de dor, você disse que era porque eu tinha me alimentado, e que não era pra eu ter feito isso, me medicou para não vomitar mais.

[...] Eu ainda estava com 8 cm de dilatação, mas pra você estava demorando muito, então sem me avisar você simplesmente rompeu minha bolsa e me falou que ia me dar uma “ajudinha”, e simplesmente forçou a dilatação do meu colo do útero com seus dedos, causando uma dor mais forte que a contração, e eu sequer sabia o que estava acontecendo!

[...] me pediram para deitar de barriga pra cima e ficar em posição de litotomia, eu disse quase chorando: “Não, por favor, essa posição é ruim!” [...] e numa das contrações a pediatra e uma enfermeira veio pra cima e fizeram força na minha barriga, eu empurrei as duas, era a maldita manobra de *Kristeller* que eu tanto ouvia falar [...] Ela queria me furar no meio de uma contração, eu pedi pra esperar, e então

ela furou, foi uma dor terrível!!! Logo o meu maior pesadelo aconteceu, você disse, “vou precisar fazer um cortezinho aqui!” E nem deixou eu responder e fez. Eu não estava anestesiada, só senti queimando tudo e aquela tesoura gelada no meu períneo, me rasgando.

E tive um granolomo na minha episiotomia, meu corpo rejeitou os pontos, tinha sangramento e dor por vários dias, e por causa disso só consegui ter relação sexual com meu marido 5 meses após esse dia, e quando aconteceu senti dor, chorei e desisti. (SIQUEIRA, 2016).

Da leitura dos excertos, extraem-se as pistas de o porquê a VO é uma espécie de violência de gênero: no momento em que a mulher mais precisava de compaixão e empatia, a equipe lhe apresenta hostilidade e distância. Da leitura se pode sentir que a narradora sente-se vítima de uma cilada, uma trama na qual ela se viu enredada desde o consultório da médica, quando ela carimbou o plano de parto, para em seguida, descumpri-lo na íntegra, sem nenhum receio de punição.

Diz-se punição porque das condutas depreende-se abuso de direitos, tais como constrangimento ilegal à posição litômica, manobra de *Kristeller* e realização da episiotomia sem consentimento informado e sem o uso de anestésico. Apenas dessas três condutas, em tese, a equipe médica poderia responder pelo cometimento de dois tipos penais, quais sejam lesão corporal (129, CP) pela realização do corte do períneo sem o consentimento da paciente e constrangimento ilegal (146, caput, CP) por haverem lhe constrangido a deitar-se para logo em seguida empregaram força na sua barriga para forçar e apressar a saída do bebê.

Constata-se ainda o tratamento desumano e desencorajador, o qual pode ser observado na seguinte fala: [...] “Mandaram-me fechar a boca”. O poder médico permeia todo o relato e se sobressai por várias vezes. Essa assunção do comando do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres é sim, claramente, uma espécie de violência de gênero, a qual, como tantas outras, paralisa a vontade das mulheres por medo.

Imagine-se mulher, na iminência de parir, órgão sexual exposto e uma equipe hospitalar que não explica os procedimentos, bem como sua necessidade, mas ao contrário lhe destrata e humilha. Esta, infelizmente é uma cena que se repete todos os dias nos hospitais deste país. Talvez pela certeza da impunidade, bem como pela opção do legislativo em não acolher esta espécie de violência de gênero e tipificá-la expressamente.

Os procedimentos invasivos e a violência empregada denotam despreparo e insegurança da equipe, bem como o costume negativo de repetir práticas dolorosas, sob o argumento falacioso de que o momento do parto é necessariamente de sofrimento. Por outro lado, o Congresso Nacional, ao não votar o projeto de lei que tipifica VO, envia aos demais órgãos envolvidos, uma mensagem de descaso para com o sofrimento das mulheres, dos

bebês e das famílias. Isso porque as mulheres vítimas de VO não padecem apenas dos males físicos. Os crimes cometidos no parto também adoecem a mente e aumentam consideravelmente as chances de depressão pós-parto.

Na experiência pessoal de Pâmela, a leitura da carta no consultório da obstetra e posteriormente sua divulgação pela mídia, sendo inclusive matéria do Correio da Paraíba do dia 08/05/2016, tem servido de catarse para aliviar os danos emocionais deixados. A mesma tem consciência de haver lançado mão deste artifício para curar-se, mas externa sua preocupação com outras mulheres que não conseguirão curar-se dos traumas e das outras, que nem mesmo constatarão haverem sido vítimas de VO.

A matéria do Jornal Correio da Paraíba acima referida, também traz a lume a experiência vivenciada por Flaviana Maribondo, a qual escolheu a Maternidade Cândida Vargas, referência no município de João Pessoa (PB), para parir seu filho e foi surpreendida com uma indicação de cesariana, bem como com a proibição de ser acompanhada pelo marido e pela doula.

Segue o excerto da matéria:

Primeiro não deixaram meu marido entrar porque às 4h da manhã ele não lembrou-se de trocar a bermuda quando entrei em trabalho de parto. Eu sabia que iria para a cirurgia se não tivesse dilatação, mas queria ter o direito de tentar o parto normal. Não tive minha vontade respeitada. O médico não falava comigo nem dizia minha dilatação, me mandaram para a cirurgia e não deixaram nem meu marido nem a doula me acompanhar porque ela não era do ICV (Instituto Cândida Vargas) e ele poderia passar mal. Escolhi o ICV porque queria ter natural, de forma minimamente decente. Sabia que lá só faz cirurgia se for realmente necessário, mas não teve acolhimento naquele momento emergencial. A anestesista muito grossa dizia: “Vamos tirar logo esse menino e eles que se virem. Além da família, a gente ainda vai ter que aguentar doula na sala de parto. Não quer fazer ligadura de trompa, pois não me apareça grávida ainda este ano”. Eu sabia que estava sofrendo violência obstétrica, mas preferia ficar calada com medo de ser pior. Imagine estar sozinha numa sala de cirurgia com uma pessoa lhe tratando mal. Pergunto-me com quantas ela fez isso e com quantas mais vai continuar fazendo? A advogada me disse que seria difícil provar na justiça porque eu não tinha testemunha. Somente o médico, mas eles são corporativistas e os assistentes têm medo de serem perseguidos ou perderem o emprego. Violaram a lei do acompanhante. Eu estava com medo, com raiva e impotente. (VIEIRA, 2016).

Da narrativa da parturiente, retomamos o conceito de autoridade médica exposto no capítulo 1, como algo difícil de driblar, seja pelo corporativismo dos profissionais envolvidos, seja pelo sistema centrado no hospital, a qual ainda entende que a assistência ao parto deve ser um ato médico.

Há ainda a flagrante negação de direitos, dentre os quais, a lei do acompanhante e no âmbito do Estado da Paraíba, há o desrespeito à lei das doulas, que garante a presença desta,

independentemente da mulher ter um acompanhante ou não. A lei do acompanhante é de 2005, mas ainda é pouco divulgada e desconhecida da grande parte da população. O parto da vítima ocorreu em 2015, quando a lei já contava com 10 anos de publicação.

Observe o excerto:

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. (BRASIL, LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005).

Também no âmbito estadual há legislação garantindo o direito da presença da doula, cuja função é diversa da função do acompanhante. No caso em epígrafe, ambas as normas foram desrespeitadas, mas a conduta dos profissionais seguiu impune.

No caso do Estado da Paraíba a Lei das doulas, como é conhecida, é a Lei 10.648/2016.

Observe-se o que dispõe a legislação:

Art. 1º. As maternidades e estabelecimentos de saúde que realizem atendimento obstétrico, da rede pública e privada do Estado da Paraíba, ficam obrigadas a permitir a presença de doulas durante todo o período pré-natal, de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitado pela parturiente. (BRASIL, LEI Nº. 10.648 DE 18 DE MARÇO DE 2016).

Além dos direitos negados, Flaviana não obteve da equipe qualquer informação sobre a via de parto escolhida, nem mesmo seus questionamentos sobre a evolução da dilatação do colo do útero foram respondidos. A todo o momento, o mais importante e urgente era a pressa da equipe em ultimar o atendimento. Isso fica patente com a seguinte fala: “Vamos tirar logo este menino e eles que se virem [...] não quer fazer ligadura de trompa, pois não me apareça grávida ainda este ano [...]”. Do excerto extrai-se a pressa da equipe em finalizar o parto para assegurar que não seriam pressionados a garantir os direitos da paciente, tais como informação, consentimento, direito de escolha da via de parto e planejamento familiar.

Em meio aos abusos, a mulher, ao ver-se no bloco cirúrgico, faz-se silente, pois teme pela sua integridade. O poder médico lhe pressiona, não há como lutar naquelas condições. Daí o silêncio, a dor, a solidão. Seu corpo é subjugado, ela entende que lhe farão o procedimento por eles escolhido e que não há escolha. Aqui pode ser observada a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos desta mulher. Ela não escolhe como parir, não lhe dão

informações, não lhe tratam com humanidade e ainda lhe dizem para não voltar para um novo parto, sob pena de lhes perpetrarem nova violência. A crueldade é gritante.

De outro lado, ao procurar os serviços da advogada, a mulher escuta que, apesar do bom direito lhe carecia testemunhas para servir de instrumento de prova em juízo. O discurso da jurista denota desconhecimento do tema e a falta de capacitação dos atores judiciais no julgamento de casos semelhantes.

O que se precisa urgentemente evitar é o recomeço do ciclo, pois se as equipes de saúde prosseguirem negando direito ao acompanhante e às doulas, realmente o futuro processo judicial carecerá de testemunhas. Urge, pois, romper o ciclo vicioso de negativa de direitos para manutenção da impunidade.

Ainda sobre o assunto VO, recentemente, a matéria “Dar à luz a dor”, do repórter Herbert Araújo veiculada pela rádio CBN venceu o prêmio *Global Health Reporting Contest*, dentre outros, pela clareza e originalidade em trazer a lume, vozes das mulheres, vítimas de VO.

A série de reportagens sobre VO foi transmitida por ocasião das celebrações do Dia Internacional da Mulher/2017 e dentre outras histórias de violação de direitos, narrou a seguinte:

Uma jovem que passava pelo primeiro parto chegou a maternidade totalmente dilatada. No início tudo corria bem, mas depois de uma troca de plantão, ela passou a ser pressionada pela equipe. O médico teria dito: “olha, você quer tanto ter esse bebê normal, que você vai terminar não tendo”. O médico pegou o aparelho sonar, que já estava com problema, colocou 15 segundos, auscultou do lado errado e disse: “está vendo? Está em sofrimento fetal. Está vendo? O nariz está sufocado...” não tem como porque ela ainda não respirava pelo nariz. Ela estava dentro de mim, respirava pelo cordão umbilical. Um outro médico me viu, olhou pra mim e me viu sentindo uma contração: “olhe minha filha, o bebê está nascendo, não temos condição de fazer uma cesariana. O bebê vai nascer agora, faça força...” acho que fiz umas três vezes força, mas eu senti a mão dele alargando minha vagina, então escutei o choro dela. Isso aconteceu numa maternidade pública de João Pessoa. (ARAÚJO, 2017)

Neste excerto, há uma falsa indicação de cesariana, quando o médico induz a paciente achar que o bebê se encontrava em sofrimento fetal. Além disso, mesmo o médico que concluiu pela iminência do parto, realizou condutas desnecessárias, como a de mandar que a mulher fizesse força, bem como a conduta de alargar a vagina da paciente. De ambas as condutas se defluem a pressa do corpo médico em ultimar o trabalho de parto.

Maternidades superlotadas têm servido de mote para que a urgência tome conta dos trabalhos de parto. Algo inconciliável ocorre: não se respeita a fisiologia do corpo e quando se

realiza a primeira intervenção, imediatamente outras são necessárias para corrigir a primeira. Assim, em razão da exiguidade do tempo, coloca-se a saúde das mulheres em risco, aumentando-se assim a probabilidade de hemorragias, infecções e realização de um procedimento cirúrgico. O exemplo em que se pode visualizar a afirmação acima seria a episiotomia de rotina, a qual ocasiona maiores chances de hemorragias e infecções.

Destarte, tem-se que as quatro maiores causas de mortalidade materna no Brasil, são, além das citadas anteriormente, hemorragias, infecções, as síndromes hipertensivas puerperais e as complicações do aborto. Todas essas causas são classificadas por morte materna direta e resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto, etc. (Cecatti et al, 1998, p. 8).

Os altos índices de morte materna no Brasil (61 mortes de mulheres para cada 100.000 nascidos vivos em 2012), além de configurarem importante problema de saúde pública, trazem um viés preocupante, qual seja, trata-se de algo evitável em 92% dos casos e por isso perfazem uma violação aos direitos de mulheres e crianças e sua redução deve ser vista como uma questão de cidadania e direitos humanos. (Brasil, 2007; Reis, Pepe & Caetano, 2011).

Está posta, dessa maneira, uma face da VO, entretanto, há outra tão cruel quanto, porém foram narradas por familiares das vítimas, pois elas não tiveram tempo de fazê-lo: morreram antes.

Eunice Lopes de Souza, 16 anos, morreu no último dia 08/01/2018, às 06h35min, três dias após dar entrada na Maternidade Ana Braga, em Manaus (AM). Segundo a acompanhante da jovem, quando da entrada da paciente na maternidade, no dia 05/01/2018, por volta das 15h horas, técnicos de enfermagem ministraram várias injeções, porém o parto só ocorreu efetivamente às 12h45min, do dia 06/01/2018. (SIMÕES, 2018).

Da notícia jornalística, chama atenção o relato do marido da jovem, o qual comenta que a vítima o teria informado que fora colocada em uma maca suja. O companheiro também refere que nos últimos diálogos com a mulher, a mesma lhe teria pedido que ele a retirasse do local, pois “eles iriam terminar matando-a”. (palavras da jovem).

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado (SUSAM) o parto teria ocorrido “sem registro de alterações” e que a morte teria sido ocasionada por um quadro infeccioso que se agravara ao longo do internamento.

A SUSAM também informou que a jovem dera entrada no serviço “com queixa de perda de líquido, o que os médicos consideraram um sintoma de possível quadro infeccioso”.

Os familiares, entretanto, pontuam a negligência no tratamento dispensado a jovem, a qual teria passado pelo trabalho de parto sem monitoramento efetivo.

Após o parto, a acompanhante da jovem narra a postura agressiva da médica, a qual teria adentrado o quarto “com muita ignorância” e realizado exame clínico na paciente. A acompanhante que foi incitada a deixar o quarto no momento do exame, apenas pôde ouvir os gritos da adolescente.

A acompanhante da jovem também relatou uma queda sofrida pela paciente no banheiro e a postura equivocada de uma enfermeira que se aproximara da jovem com o seguinte discurso: “eu sei que você está emocionada, mas não pode fingir”. E depois teria atribuído a distensão abdominal ao acúmulo de gases, havendo recomendado que a paciente caminhasse.

Ambas as profissionais atenderam a paciente, depois dela se queixar das fortes dores abdominais ocorridas logo após o parto. A paciente passou a apresentar distensão abdominal e não suportava nem mesmo um simples toque na sua barriga.

Ainda segundo o relato jornalístico, “o atestado de óbito apontou que uma bactéria teria sido responsável pela morte da paciente”. (SIMÕES, 2018).

Noticiou-se também que o bebê seguia internado recebendo medicação, pois como a paciente precisou fazer muito esforço, teria lhe faltado oxigênio.

Da leitura salta aos olhos a falta de assistência, a qual precisa ser ativa para preservar a saúde e impedir a ocorrência de danos, seja à mãe ou ao bebê. Posteriormente ao parto, há uma sequência de negligências, quais sejam, o transporte em leito sujo (lençóis não foram trocados de uma paciente para outra), e depois o fato da queda no banheiro.

Posteriormente o inchaço abdominal proveniente do agravamento do quadro infeccioso é confundido com gases e o atendimento da equipe constrange em vez de tranquilizar a paciente.

Somados, portanto, a parca assistência, a falta de higiene e o tratamento grosseiro dispensado a jovem, o resultado foi fatal. Dezesseis anos após a morte de Alyne Pimentel, a história se repete: mais uma jovem negra passa pela *via crucis* de assistência violenta, negligência médica e descaso.

O caso acima exposto ocorreu no norte do país, porém histórias semelhantes acontecem em outros estados da federação, sendo os índices maiores ocorrentes no Norte e Nordeste do país.

Em João Pessoa (PB), no ano de 2012, foram notificados 27 casos de morte materna. É um número alto, principalmente quando percebe que a maioria dos óbitos poderia ter sido

evitada com melhores condições de atendimento ao pré-natal e cuidado no parto. No ano de 2017 foram registrados mais óbitos, dentre eles, a morte de uma adolescente foi amplamente noticiada e ganhou repercussão na mídia. No Estado da Paraíba, foi mais uma notícia que contribuiu para aumentar as críticas à Maternidade Cândida Vargas - (IVC) – instituto de referência no Estado, no que se refere ao atendimento ao parto.

Marcela Feliciano, 15 anos, deu entrada na Maternidade Cândida Vargas em João Pessoa (PB) às 03h horas do dia 27/02/2017. Deu à luz uma menina, porém no dia 02/03/2017 veio a óbito, havendo sido anotado no atestado de óbito a *causa mortis* de infecção generalizada. (RAMOS, 2017)

Posteriormente, familiares divulgaram a notícia de que médicos haviam referido que a morte teria ocorrido porque restos de placenta teriam ficado no interior do corpo da jovem. Uma sindicância foi aberta para investigar os fatos e a Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Infância e Juventude também instaurou Inquérito Policial para apurar as eventuais responsabilidades pela morte da jovem.

3.2. Abusos cometidos no parto: uma análise dos relatos

Ante a diversidade de relatos, a ARTEMIS, organização não governamental que vem lutando pela implementação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, mapeou o país e vem acolhendo numa base de dados, depoimentos de mulheres pelo Brasil afora que querem contar suas experiências e suas dores depois da VO sofrida. Dentre as violências mais denunciadas estão os procedimentos desnecessários com a mãe, falta de privacidade, humilhações e desrespeito.

Observam-se alguns desses relatos publicados recentemente⁶:

[...] Amarraram minhas pernas e tudo que tinha que ser feito foi feito, então chegou a médica e foi fazer o toque em mim, eu achei que ela ia tirar o meu filho com a mão, começou a puxar o útero e dizendo que estava alto, que estava com 7cm dilatado e disse que era pra tirar eu dali que se não iria dar trombose nas minhas pernas, eu fiquei mais nervosa ainda, me levaram pra sala pré parto e a médica foi embora! Me levaram pra sala de Parto de novo e no meio do caminho a médica apareceu, eu quis parar de andar um pouco só pra dor amenizar, mas ela gritando disse que não era pra parar e me levou pelo braço até a sala de parto, e não deixou

⁶ Os relatos aqui listados nesse tópico desse capítulo podem ser encontrados no site <https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/reports>. Acesso em 22/02/18. Importante salientar que textos foram transcritos *ipsis litteris* como estavam no site da ARTEMIS. A página citada conta com 271 relatos (na data da visita feita ao site para essa pesquisa). As amostras aqui referidas não foram escolhidas aleatoriamente, antes procurou-se evidenciar as que melhor delimitavam as categorias discutidas nesse trabalho.

minha mãe entrar. [...] “Não quero um pio, fecha a boca, porque se você perder fôlego o bebê demora pra nascer”. Eu já nem sabia mais o que fazer, só sabia que tinha que fazer força.

Neste caso podemos verificar que, além das intervenções desnecessárias, como a manobra de *Kristeller* e a episiotomia, tais práticas se fizeram acompanhar por um tratamento violento, pois a mulher foi imobilizada em um trabalho de parto normal, assim como também foi submetida à episiotomia sem minimamente se obter seu consentimento. O lugar de fala da médica, como se depreende do relato, não é de um profissional parceiro que vai favorecer o trabalho de parto, mas de alguém imbuído do poder médico que submeteu esta mulher e submete milhares de outras.

O afastamento injustificável do bebê logo após o nascimento também pode ser classificado como uma face da VO. Do relato salta aos olhos, além da violência de gênero, a interface de discriminação social, pois a paciente estava numa acomodação coletiva e a médica refere detalhes do seu estado de saúde (portadora de HPV), em alto e bom som na acomodação coletiva, falhando, assim, no dever de zelar pela intimidade da paciente.

Vejamos mais um relato de parto, no qual uma primípara é surpreendida com o tratamento hostil que lhe foi dispensado:

O pré-natal foi feito no posto de saúde escola, onde fui atendida por vários médicos diferentes. A cada exame pré-natal eu era pesada, medida, questionada e aquele terrível exame de toque era feito, muitas vezes por 2 pessoas (a médica e o estudante de medicina). Nunca me perguntaram se poderiam fazer aqueles toques (que eu achava que fossem realmente necessários) ou me esclareceram de que os toques poderiam veicular infecções. (...) Fui pra casa, mas às 7:30 já estava de volta ao hospital. Depois de esperar mais de meia hora no corredor gelado do hospital, me apoiando no bebedouro, gemendo, com dor, sem opção pra sentar, apareceu um residente que impediu meu marido de entrar pra fazer o exame de toque. Ele me deu ordem pra subir em uma escadinha de 3 degraus e me deitar em uma maca, embora eu dissesse que aquilo era impossível no momento que a dor na minha coluna era demais. Ele disse que não tinha jeito, que tinha que deitar. Foi difícil e doloroso, mas deitei. A minha coluna parecia que ia quebrar. Ele fez o toque e viu que já estava com 7cm de dilatação. A Dra. chegou e mandou o residente pegar um objeto pra estourar a bolsa. Eu gritei falando que não queria que estourasse a bolsa. (...) Mandaram eu tirar a roupa e colocar um avental, que não consegui colocar direito, por isso saí pelo corredor do hospital semi-nua, ensanguentada, com as pernas abertas e a mão embaixo da vagina, pois sentia que meu filho ia cair ali no chão. Dei de cara com o meu marido me olhando assustado. A médica informou meu marido de que estávamos indo para a sala de cirurgia. Ele a seguiu e ela a barrou dizendo que a sala estava muito cheia e por isso ele não poderia entrar. Sim, a sala estava muito cheia, com certeza mais de 10 alunos de medicina, mais enfermeiras e pediatra (...). Quando me deitei perdi as forças. Senti que meu filho estava voltando pra barriga. Mas segurei os ferros conforme a enfermeira me ordenou e fiz toda a força do mundo quando a enfermeira me disse que se não parisse em 15 minutos teria que fazer cesárea e aceitei humildemente que a enfermeira subisse em minha barriga e a apertasse com todo o seu peso (...).

(...) A médica ainda empurrou meu bebê pra dentro antes de fazer o corte na vagina (que foi suturado erradamente pelo residente, que teve que desfazer os pontos e refazer).

(...) Meu filho voltou mole, depois de tomar soro glicosado e leite nan. Só queria dormir, demorou muito pra pegar o peito (eu acordava de hora em hora, dia e noite, pra enfiar o peito na boca dele, de medo que ele não pegasse). (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2015)

A primeira falha no atendimento ocorre quando os estudantes precisam “treinar” nas mulheres assistidas pelo SUS. Observa-se uma completa inversão de valores, pois a saúde da paciente é posta em risco a fim de proporcionar meios de aprendizagem aos estudantes. Neste relato, isso acontece nos exames de toques sucessivos, bem como na sutura da episiotomia, que é feita de maneira errada pelo estudante, para logo em seguida ser refeita pelo médico. O absurdo é naturalizado e banalizado. Por essas e outras, a ONU revelou, na apreciação do caso Alyne Pimentel, que o sistema de saúde no Brasil apresenta falhas consideráveis. (CEDAW/C/49/D/17/2008).

Também há falta de educação generalizada, uma série de intervenções desnecessárias a que a parturiente foi submetida. Em primeiro lugar, a paciente relata exames de toques vaginais em suas consultas do pré-natal, não somente por parte da médica, mas também pelo residente que a acompanhava. Sabe-se que as boas práticas não recomendam o exame de toque, a não ser que haja alguma queixa ou sintoma por parte da paciente que o justifique. No caso, tratou-se de gravidez de risco habitual, portanto, o toque serviu apenas para aumentar as chances de infecção urinária, que de fato ocorreram repetidas vezes, segundo relato da paciente.

De outra parte, houve flagrante desrespeito a lei do acompanhante – Lei nº. 11.108/2005, que instituiu aos serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada, a obrigatoriedade em permitir a presença, junto a parturiente, de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo, o acompanhante indicado pela gestante – no caso em tela, observou-se que o marido da paciente foi diversas vezes impedido de adentrar às salas, sob a justificativa de retirar a privacidade das demais parturientes.

Tem-se a situação, no mínimo esdrúxula, da superlotação dos hospitais ser justificativa para o desrespeito a lei do acompanhante, quando um simples biombo separando os leitos poderia trazer impressões mais positivas para às assistidas.

Outras práticas que tornaram o parto uma experiência dolorosa à paciente foram: não deixa-la livre para tomar a posição que melhor lhe aprouvesse, determinar a posição litômica, estourar a bolsa, realizar manobra de *Kristeller* e a episiotomia.

Por fim, não houve o clampeamento tardio do cordão umbilical e o bebê foi submetido a aspirações desnecessárias. Ainda do relato, salta aos olhos, a falta do alojamento coletivo para mãe e bebê e a falta de incentivo ao aleitamento materno.

Além dos procedimentos invasivos e desnecessários, consta também dos relatos, o tipo de tratamento dispensado às pacientes. Também neste relato há o recorte social muito evidente, porém há também VO em hospitais particulares.

Pode-se imaginar tratar-se de tratamento dado ao pobre, em hospital do SUS, mas o relato seguinte aconteceu na cidade de Porto Velho (RO), em um hospital particular da rede Unimed. Recepção e tratamentos não deixaram de ser violentos, observa-se em seguida:

No dia 23 de outubro fui para UNIMED com o meu marido às 9:00, cheguei lá sentindo dores leves que estavam regulares. (...)
 E você sabia que há 2 mil anos atrás inventaram a cesárea? (disse o médico)
 (...) perguntei: “o que vocês fizeram comigo”? A enfermeira respondeu: “nada mãezinha, isso é só um remédio para seu bebê nascer logo”.
 (...) O médico aqui sou eu, depois a senhora vai aparecer no meu consultório dizendo que o seu marido tá lhe achando uma “canoa”.
 (...) vou usar essas enfermeiras de testemunha de que você se recusou a um procedimento padrão (episiotomia). Quando comecei a sentir minha filha, finalmente chegando, o médico com suas luvas secas, começou a tentar me rasgar. Ele usava as duas mãos para “me esticar”. Era uma dor horrível. Pior do que as contrações. Eu gritava de dor quando ele (o médico) se aproximava de mim. Pedi para o médico me dar a minha filha e ele disse: - NÃO! VOCÊ ESTÁ SUJA. (...) PARI NUMA SALA ABERTA A VISTA ATÉ DO PESSOAL DA LIMPEZA. (...) o primeiro leite que ela tomou foi NAN, receitado pelo pediatra que disse que NAN era a mesma coisa que o meu leite. (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2015).

Depreende-se do relato acima a apropriação do corpo da mulher ocorrido num hospital particular. Como se pode averiguar não havia superlotação, ou seja, não havia outro parto a ser assistido no mesmo instante, mas a pressa da equipe em ultimar o parto é patente. O problema, pois, da VO não é de superlotação ou da escassez de profissionais médicos, mas cultural. Permeia a cultura médica, a ideia de que o parto é um acontecimento “muito arriscado” e mesmo uma evolução de parto vaginal de risco habitual pode precisar de uma cesariana às pressas.

Da mesma forma que na rede pública, na rede suplementar não respeitou o direito da mulher de ser informada acerca dos procedimentos que lhe irão ser feitos, assim, como não se respeitou o direito da mãe e do bebê de terem o contato pele a pele na primeira hora de vida. Por último, a frase de que a fórmula do leite nan é o mesmo que o leite materno nos dá notícia dos erros grosseiros em que estão enredados os profissionais de saúde.

O recorte da violência de gênero também salta aos olhos no argumento do médico para a realização do corte do períneo: “depois a senhora vai aparecer no meu consultório dizendo

que o seu marido tá lhe achando uma canoa”. A preocupação médica volta-se para o marido e para o fato de que a não realização da episiotomia poderá no futuro tornar o sexo desinteressante para o homem. Das palavras do médico, entende-se que a mulher deve se submeter à episiotomia para continuar sendo sexualmente interessante para o marido. E também a mulher que suporte as dores e inconvenientes do corte.

Apesar de o hospital ser particular, a paciente não foi respeitada na sua privacidade, sendo que o parto pode ser visto, inclusive pela equipe da limpeza do hospital. Enfim, o hospital era de excelência, os profissionais eram bem pagos, mas a VO aconteceu tanto quanto ocorre nos hospitais superlotados conveniados ao SUS. O problema, pois, não é apenas de recursos financeiros ou de estrutura física, pois mesmo quando se tem estrutura para humanização do parto, ela não ocorre. Voltamos, portanto a afirmar que o problema é de formação e de cultura.

Dentre muitos procedimentos desnecessários a que as parturientes são submetidas, destaca-se no relato abaixo, o deslocamento de membranas, o qual em situações muito específicas, pode auxiliar, porém, no caso em tela, tratou-se de violência, pois tentou-se abreviar tão somente a atuação médica, sem que se levasse em conta o conforto ou saúde da gestante. Vejamos:

Com 38 semanas e 4 dias fui na consulta do pré natal e a médica disse que teria que me examinar devido ao resultado do último ultrassom que apresentava o volume do líquido amniótico aumentado. Nesse exame, sem me informar ou solicitar, ela percebeu que eu já estava com 2 cm de dilatação e por conta própria, fez o descolamento das membranas. Durante o exame senti muita dor e quando saí da maca vi sangue por todo lado, até na minha roupa. Foi só aí que ela me disse que havia feito o procedimento. Me senti profundamente desrespeitada, pois, em nenhum momento eu fui ao menos informada sobre o que ela estava fazendo no meu corpo. No dia seguinte entrei em trabalho de parto e minha filha nasceu de fórceps. Nunca vou saber se o desfecho teria sido diferente caso a médica não tivesse induzido o parto. (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2015).

O descolamento de membranas é um procedimento simples que pode ajudar a mulher a entrar em trabalho de parto, porém somente é recomendável se a gestação já passa das 40 semanas. Como qualquer procedimento, ele deve ser conversado e autorizado pela mulher. No caso em tela, a médica o realizou a revelia da paciente. As dores e o sangramento narrados são previsíveis neste tipo de procedimento, sendo um risco que se corre, pois como toda intervenção pode trazer consequências indesejadas.

Como se depreende, a indução não foi bem sucedida, primeiro porque era desnecessária, posto que a mulher estava apenas com 38 semanas e 4 dias, e, nada impediria

que a espera se estendesse pelas próximas 4 semanas, quando completaria 42 semanas. O líquido amniótico aumentado, por si só, não indicava o procedimento.

Portanto, como desconfiou a parturiente, talvez não houvesse necessidade do uso do fórceps se não houvesse existido a primeira intervenção, a qual acabou desencadeando todas as demais. A história se repete: quando se faz a primeira intervenção (desnecessária) precisará se fazer outras tantas para reparar a primeira. Foi o ocorrido no caso acima relatado, que aconteceu no município de Sorocaba, São Paulo.

O próximo relato, é um dos poucos registrados no Nordeste do país, este ocorrido em Maceió (AL), na Santa Casa de Misericórdia, Hospital Nossa Senhora da Guia. Em mais este caso, há referência a dieta zero e a comandos desnecessários para que a mulher fizesse força. Também há relato de episiotomia, sendo que a ocitocina somente não foi ministrada por resistência da mulher.

Fui vítima de violência obstétrica... primeiro a médica queria me obrigar a tomar ocitocina, mas eu resisti e não tomei, porque não havia necessidade de acelerar meu parto, uma vez que estava tudo bem comigo e com o bebe e depois que eu já cheguei ao hospital com dilatação 8.

Fui colocada de dieta zero, passei o dia inteiro implorando por um copo de água. ao chegar na sala de parto já com dilatação total fui agredida verbalmente, onde a médica falava o tempo todo que eu ia matar o bebe se não calasse a boca e fizesse força pra o bebe sair.

Sem a menor necessidade foi realizada uma episiotomia, a qual até hoje, quase 2 meses depois ainda sinto muita dor, onde se quer consigo ficar muito tempo em pé. como se não bastasse a médica mandou a enfermeira empurrar minha barriga (o pior momento), enquanto ela gritava dizendo que eu sofria do mal da vagina assassina, que daquele jeito ia matar meu filho.

O tempo todo eu e minha doula fomos agredidas. Onde piadinhas do tipo sua doula não sabe de nada foram feitas durante o parto. (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2015).

Também há hostilidade no tratamento dispensado pela equipe e o desrespeito à doula, a qual fortalece o empoderamento da mulher e por isso mesmo não é bem-vinda pela equipe do hospital.

No relato seguinte, uma mulher é conduzida para cesariana, contra sua vontade. A desinformação da paciente, primípara, à época, facilitou para que o médico a induzisse a uma cirurgia contra a sua vontade:

Nós tínhamos conversado longamente sobre o meu desejo de um parto normal. Na consulta de rotina daquela segunda-feira, o obstetra avisou que pela data da última menstruação já havíamos passado das 42 semanas e que se eu e meu marido quiséssemos esperar mais teríamos que assinar um termo de responsabilidade pela saúde do bebê.

Nós ficamos intimidados, ele nos mandou para a maternidade no mesmo dia dizendo que "tentaria uma indução". Eu cheguei, passei por uma raspagem "de rotina", fui colocada no "sorinho", não tive nenhuma explicação sobre nenhum procedimento

que estava sendo feito nem sobre o paradeiro do médico. Ele não estava presente. Ele chegou cerca de 3 horas depois, já com anestesista e equipe a postos e prontos para me levarem para o centro cirúrgico. Eu não estava em trabalho de parto. Nem em fase latente. Eu fiquei apavorada. Eu custei a entender o que estava acontecendo. Tive que exigir que deixassem meu marido entrar na sala de cirurgia praticamente "no grito", porque a norma era "só chamar o pai na hora de tirar o bebê". Eu continuei apavorada enquanto a equipe conversava banalidades e me operava. Minha filha foi trazida para perto de mim por um instante e eu estava com os braços amarrados e sem poder tocar nela. Ela nasceu com Apgar 10, e nem por isso deixou de ser aspirada, remexida, levada às pressas para o berçário. Eu fui levada na maca e deixada num canto do centro cirúrgico, depois finalmente para o quarto. Eu só fui voltar a ver minha filha e poder pegá-la pela primeira vez cerca de duas horas depois, depois que ela já tinha sido limpa, vestida e fotografada para o site da maternidade.

Em 2013 faz 12 anos. Eu tive um VBAC domiciliar 5 anos depois disso. A dor continua igual. (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2015).

A paciente foi colocada no “sorinho” (ocitocina) sem que fosse informada sobre a utilidade do procedimento. Logo em seguida, é conduzida à sala de cirurgia, sem maiores explicações. A presença do pai na sala cirúrgica somente foi permitida depois que a paciente “quase” gritou exigindo que se cumprisse a lei. As boas práticas, no sentido do bebê ser colocado em contato com a mãe, logo após o nascimento, não foi observada.

Também do relato, depreende-se a referência ao VBAC, que é uma sigla em língua inglesa para *Vaginal Birth After Caesarian*. Em português seria parto vaginal após uma cesariana. Algo que tem ocorrido muito nos dias atuais, pois não mais se sustenta a tese de que uma vez havendo uma cesariana, todos os demais partos precisam ser cirúrgicos.

O assunto foi objeto de uma pesquisa no Reino Unido e, em 2013, o resultado foi publicado no Jornal Científico *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Do resultado se depreende o seguinte dado: das 144 mil mulheres que já haviam se submetido a uma cesariana, pouco mais da metade (52%) tentou parto vaginal para o segundo filho e, dessas, 63% foram bem sucedidas.

Nestes casos, há algumas recomendações gerais a serem observadas, tais como: o parto vaginal após uma cesariana pode ser realizado por mulheres que passaram por, no máximo, duas cesarianas. Caso a cirurgia tenha sido longitudinal (com incisão uterina vertical) o parto normal é contraindicado porque este tipo de corte aumenta as chances de ruptura uterina. Também há orientação de que se espere pelo menos dois anos entre uma gestação e outra, porque o risco de ruptura também aumenta em intervalos menores.

No mais, as contraindicações normais para um parto vaginal, como por exemplo, a ocorrência de placenta prévia, também impede o VBAC. Estas são as orientações do Ministério da Saúde e de entidades médicas internacionais, como o *Royal College of*

Obstetricians and Gynaecologists – Inglaterra – e o American College of Obstetricians and Gynecologists – EUA.

Ainda sobre o VBAC, há um mito envolvendo o tema, que é a hipótese de ruptura uterina. As chances de ruptura eram altas no século passado quando as cirurgias cesarianas eram longitudinais, ou seja, cortava-se o útero de cima até embaixo e a musculatura ficava muito fragilizada, sendo por isso que se prescrevia cesariana para os nascimentos seguintes.

Atualmente, com a mudança no corte que passou a ser horizontal, este risco diminuiu consideravelmente, podendo acontecer em 0,5% a 1% dos casos, percentual considerado baixo para o Ministério da Saúde (Brasil) e outros órgãos internacionais.

O próximo relato traz um exemplo do que Simone Diniz classifica por vagina escola, algo que ainda acontece no Brasil, vejamos o exemplo abaixo ocorrido numa maternidade-escola do município do Rio de Janeiro (RJ):

Eu já havia passado por 2 partos normais hospitalares , com todas as intervenções de rotina, mas foi no meu 3 parto que sofri a intervenção mais estúpida e revoltante de todas.

Eu queria parir, eu estava sentindo os puxos, meu corpo fazia força involuntária e eu sentia o meu filho coroadando. Disse para a minha sogra, que estava me acompanhando, chamar a médica porque já ia nascer (por que fiz isso??). Quando a obstetra chegou e me viu, ficou nervosa e rapidamente colocou a mão dentro de mim e ficou bloqueando a cabeça do Rafa, disse para eu parar de fazer força porque ela tinha que fazer a episiotomia. Mandou minha sogra sair do recinto e com a outra mão gesticulava enquanto dava as instruções para os auxiliares. Nesse momento me lembro de ter visto mais de 10 estudantes no local acompanhando meu parto, afinal estava na maternidade escola e ali eu era apenas material de estudo. Episiotomia feita, Rafael nasceu na contração seguinte pesando 2.740 Kg. Na hora da sutura outra situação bizarra. A obstetra passou essa tarefa para uma das residentes que ali estava, enquanto os outros observavam atentos “a aula”. Depois de muito tempo, olhando para o teto, naquela posição desconfortável, eu ouço a professora dizendo que tinha algo errado naquela sutura, explicou detalhes técnicos e disse que era melhor a residente desfazer para corrigir o erro! Mais um bom tempo se passou, sutura refeita, a aula terminou, todos viraram as costas e se foram sem me dirigir palavra. A enfermeira veio me ajudar para eu sentar na cadeira de rodas, me trouxeram o Rafael e nos levaram para o quarto. Nunca mais ví a cara da obstetra que me atendeu, tampouco sei seu nome.

Meu parto aconteceu na Maternidade Escola da UFRJ no dia 23 de novembro de 2005. (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2015).

O relato beira a insensatez, no entanto, outras pesquisas já obtiveram o mesmo relato em outras maternidades-escola do país. Infelizmente, o ensino prático está acima do respeito ao ser humano.

Talvez a frase mais significativa do relato seja: “[...] eu tenho que fazer uma episiotomia [...]”. O corte cirúrgico precisa ser feito porque é tido como protocolo e precisa

ser demonstrado aos alunos. Não se questiona. É assim e pronto, tão certo, tão normal, repetitivo e, por isso mesmo, banal.

Podemos apontar para falta de atualização curricular nos cursos da área de saúde, principalmente nos cursos de medicina como importante fator para perpetuação da prática da episiotomia de rotina. Sabe-se que a partir da década 1950, com ampliação das anestésias e novos procedimentos de esterilização, a técnica do corte cirúrgico do períneo, combinada com o uso do fórceps passou a ser vista com bons olhos, pois se acreditava que evitava tanto uma lesão perineal maior na mãe quanto sofrimento do feto.

Entretanto, estudos mais recentes já condenam a prática da episiotomia, uma vez que não há comprovação dos seus benefícios e, ao contrário do que se sustentou no passado, sua realização não é capaz de prevenir prejuízos como a incontinência fecal e urinária, prolapso genital, dispareunia e dor perineal. (FEBRASGO apud SOUSA, 2015, p. 17).

O próximo relato é da Santa Casa de Misericórdia em Anápolis (SP). Neste caso, gostaríamos de chamar atenção para o tratamento pouco ou nada gentil da equipe de saúde e da recepção. Desrespeitos em vez de profissionalismo fazem parte da rotina dos hospitais públicos do país, salvo algumas exceções. Vejamos:

Em 26 de fevereiro de 2009 eu estava grávida de 21 semanas e comecei a sentir fortes contrações. Cheguei na Santa Casa de Anápolis e fui atendida por um médico do plantão extremamente grosseiro que após um exame de toque já anunciou: você vai perder o bebê, estou sentindo a bolsa. Sem maiores explicações disse que eu deitasse na maca e não levantasse. Fiquei totalmente desesperada, eles me colocaram na enfermaria e eu nem ao menos questioneei, a enfermeira disse que eu podia levantar para ir ao banheiro por preguiça de me dar a comadre, depois o médico veio e reforçou que eu não deveria levantar. Meu marido não pôde ficar comigo e eu recebi remédios para parar as contrações. No dia seguinte pela manhã fui fazer um ultrassom que indicou que estava tudo bem, líquido em boa quantidade, bebê bem, sem dedo de luva. Nenhum médico me examinou ou veio falar comigo. No final do dia eu comecei novamente a ter contrações e comecei a gritar e chorar dizendo que não tinha médico. Até que o plantonista veio me ver e viu que a minha bolsa tinha estourado. Passei a noite toda sozinha sentindo muitas contrações e perdendo todo o líquido da bolsa. No dia seguinte, o novo plantonista foi o primeiro médico que finalmente olhou pra mim e tentou explicar o que estava havendo. Fizemos um exame de sangue que já indicava um início de infecção, ele decidiu induzir o parto e meu bebê nasceu mas não conseguiu sobreviver. Este mesmo médico veio me ver no dia seguinte e disse que poderia ter sido feita uma cerclagem, mas que naquele hospital só ele e outra médica faziam e quando ele me atendeu já era tarde demais. Ele disse que não sabe se o meu quadro quando entrei no hospital permitiria a cerclagem, pois não sabia a causa do início das contrações. Depois do parto eu fui deixada na maca no meio do corredor por mais de 30 minutos até conseguir ser levada novamente ao quarto. Pedi a minha ficha de internação para o hospital inúmeras vezes enquanto estava lá e outras tantas depois de ter voltado à SP, pois era muito importante que eu e meu médico soubessemos os procedimentos que foram feitos e o que aconteceu comigo durante aqueles 3 dias no hospital até o nascimento do meu filho. Eu nunca consegui essa ficha do hospital. Fora isso, durante a minha estadia na enfermaria, pude ver outras mulheres serem vítimas de violência verbal, como no caso de uma mulher que tinha passado por uma cesárea de

um bebê de 7 meses, não deixavam que ela visse seu bebê, ela estava na enfermaria sem acompanhante, não tinha ajuda nenhuma para ir ao banheiro e chegou a ser maltratada pela faxineira pois estava demorando muito para tomar banho sozinha. Todo o tratamento que eu recebi foi grosseiro, as enfermeiras e médicos com exceção deste último médico me trataram como se estivessem fazendo favor. Em nenhum momento se preocuparam em me explicar o que estava acontecendo ou levantaram opções do que podia ser feito. Na época era o meu primeiro parto e eu não tinha nenhuma ideia do que era um procedimento normal ou não. Não posso deixar de pensar que se estivesse em outro hospital a história poderia ter sido diferente. (ASSOCIAÇÃO ARTEMIS, 2015).

O desrespeito é o que mais chama atenção neste relato. Há violação da autonomia da paciente, mas não apenas isso. Observa-se, claramente, uma violência psicológica. A violência não parte apenas de um profissional de saúde, mas de toda equipe.

3.3. Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica oferecida em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa (PB)

A partir da pesquisa da graduanda, curso de enfermagem da UFPB – COSTA, 2017 - fizemos a análise à luz dos Direitos Humanos, a partir dos relatos das entrevistadas por ela catalogados. As mulheres que fizeram parte do universo das entrevistadas tinham entre 18 e 28 anos e todas eram usuárias do SUS na cidade de João Pessoa (PB).

Logo após o relato das mulheres, os nomes próprios foram substituídos pela pesquisadora, pelos símbolos P1, P2, P3..., com o objetivo de preservar a identidade das mesmas.

Observem-se alguns casos:

“As médicas, enfermeiras, ninguém chegou para me dizer que eu tinha que andar, sentar na bola ou no cavalinho, eu só fiquei andando mesmo porque meu marido insistia, e eu fui percebendo que dava um alívio de vez em quando” (P1)

“Já pariu quantos filhos? Já tem duas! Está gritando por quê?” “Está brincando” “já nasceu a primeira não tem por que está gritando” (P4). “Durante o parto eu recebi o corte na vagina [...] Eles cortaram, não me pediram. Eu só fui saber que estava cortada depois, me senti um pouco incomodada, foi ruim, mas eu acho que ajudou, porque se não fosse isso eu não tinha conseguido ter ele” (P8)

“Ninguém me explicou nada, só mandaram eu me deitar e abrir a perna” (P8)

“A médica disse que era caso de uma cesariana de emergência, para evitar que ele engolissem o próprio cocô e pudesse morrer” (P14).

“Ficou como se tivesse sido cortado um bife, só fui ver quando me toquei no banho. Antes de a segunda bebê nascer ele empurrou minha 12 barriga, eu não gostei muito, ele pressionou muito minha barriga. Foi muito ruim principalmente o corte e quando ele pressionou minha barriga” (P4). (COSTA, 2017).

A falta de informação e o tratamento hostil da equipe somam-se à resistência e/ou a cultura em não tornar a mãe participativa do processo. O aspecto da falta de informação é referido por parte considerável das entrevistadas.

A discriminação de gênero permeia todos os relatos, mas o comando autoritário para que a mulher não gritasse ou referisse dor, ilustra bem qual paciente é esperada pela equipe: a submissa. De alguma forma, as mulheres compreendem que os maus-tratos intensificam-se quando elas verbalizam suas vontades. Sendo traço comum dos relatos, o fato da mulher referir que ficou calada porque temia por sua integridade física.

Outra queixa comum foi o exame refeito por profissionais e estudantes. A rotina de abuso nos hospitais-escola.

Vejam os:

“Recebi uns 8 a 9 toques e pari deitada. Minha filha já estava coroando, eu tava sentada, aí mandaram eu me levantar e sentar na cadeira de rodas pra ir pra sala de parto” (P2). (COSTA, 2017).

“Ela fazia e em seguida o médico tinha que fazer por cima para dizer o que estava acontecendo, por que ela sempre errava, foram muitos, a estudante fazia um e o médico outro em cima para confirmar” (P6). (COSTA, 2017).

De outra parte, podemos observar uma face, também cruel, da VO, qual seja a violência psicológica. Vejam os:

“Às vezes eu escutava “se você gritar é pior”, “você tem que fazer força”, essas coisas. Quem me dizia isso era a médica que tava na sala lá. Isso não tranquiliza em nada, na hora você está sentindo dor, ficar escutando uma pessoa mandar você parar de gritar, deixa você mais nervosa” (P8). (COSTA, 2017).

“Mandaram eu ficar naquela posição deitada. Ninguém me explicou nada, só mandaram eu ficar deitada” (P3). (COSTA, 2017)

Também há repetição na referência à falta de informação dada a mulher e isso é percebido de forma bastante negativa. Observe-se:

“Ninguém chegava para me dizer nada. Eu já tinha ouvido falar que ficar andando antes do parto é bom, mas ninguém chegava para me dizer nada, aí preferi ficar deitada” (P13). (COSTA, 2017).

“Nenhum profissional chegou para me orientar a isso. Eu era estimulada por outras mães que estavam lá. Meu marido fazia massagens nas minhas costas por que eu já tinha visto na internet, eu sentei na bola e no cavalinho porque também já tinha visto na internet que isso era bom. Fazer exercícios sem dúvidas ajuda muito, mas se não fosse eu para ter olhado na internet antes de ir para lá, não ia ficar sabendo nunca” (P6). (COSTA, 2017).

Também das respostas percebe-se que a falta de protagonismo da mulher, confere ao profissional médico este lugar. A história se repete em alguns dos relatos como se pode ler abaixo:

“Em comparação ao meu primeiro filho esse foi melhor, no primeiro parto fizeram aquele corte, a enfermeira me xingou “você sabia que ia passar por isso, fique caladinha”, fiquei sozinha, já no meu segundo filho eu estava acompanhada. Tudo isso fez com que eu me sentisse com medo quando fosse ter o meu segundo filho” (P1). (COSTA, 2017).

“Senti muito medo do hospital, das pessoas que estavam lá” (P3) “Não era o que eu esperava, eu fui tão bem acompanhada no pré-natal, mas eu cheguei lá foi totalmente diferente, a equipe que me atendeu no meu parto foi horrível, não deu certo, a gente acaba que fica traumatizada” (P6). (COSTA, 2017).

“Sofri no parto da minha primeira filha, porque eles me humilharam muito, soltaram muitas piadinhas, foi horrível, até hoje eu lembro” (P9). (COSTA, 2017).

Do último excerto grifado podemos claramente observar a VO do tipo psicológica, a qual impactou negativamente durante a experiência vivida, assim como permaneceu na lembrança da entrevistada. A parturiente identifica o quanto foi humilhada no nascimento da sua filha e diz ter sido vítima de várias “piadinhas” da equipe. Da narrativa salta aos olhos a assistência que não se quer mais.

Também há referência a cirurgia cesariana. Vejamos:

“Eu escolhi a cesariana porque eu tinha medo, nunca tive filho normal, aí fiquei com muito medo, também porque eu não tinha passagem. Escutava muito as pessoas dizerem que o parto normal dói muito, aí fiquei com muito medo, por isso quis a cesárea” (P13). (COSTA, 2017).

Em relação ao procedimento invasivo e desnecessário – episiotomia – temos o seguinte relato:

“Na hora do corte ele me avisou que ia fazer, minha cunhada até questionou se era necessário, mas ele disse que sim, porque na hora do parto corria o risco de lacerar e o corte ser bem maior do que o corte que ele ia fazer. Eu fiquei em dúvida, porque não queria que fosse feito, mas aí ele falou que ia lacerar mais, porque ela era uma bebe muito grande, aí na hora eu aceitei. Esse corte me incomoda até hoje” (P3). (COSTA, 2017).

Por fim, a pesquisadora procura nas respostas das entrevistadas o entendimento sobre a VO. Percebe-se que a maioria justifica o tratamento não muito bom e procura justificar as atitudes negativas da equipe. Leia-se a seguir:

“Foi do jeito que eu queria sim. Foi bom. Para mim nada precisa melhorar, só pelo fato de elas não terem me mandado de volta para casa já foi muito bom, porque eu não aguentava mais” (P9). (COSTA, 2017).

“Na minha opinião está tudo muito bom. O que importa mesmo é que os bebês nasceram com saúde, o resto a gente dá para aguentar” (P10) “Tirando essa parte do corte, eu tô satisfeita, se não fosse esse corte teria sido 100%” (P3). (COSTA, 2017).

Observem-se mais alguns relatos acerca da percepção da assistência recebida:

“De forma alguma. Muito feliz por ela está em meus braços, mas não me sinto satisfeita de forma alguma. Precisa melhorar a assistência, eles precisam dar mais informações, não me explicaram nada sobre o primeiro banho, o bebê mamar e arrotar, eu dava de mamar a minha filha e deitava ela, ninguém me informava nada sobre essas coisas” (P2)

“Eles deviam explicar melhor se de fato são necessárias essas coisas. Precisa melhorar muitas coisas, precisa ter mais informação, respeito. Para atender bem as pessoas eles tinham que informar melhor as coisas” (P3)

“Precisa melhorar muita coisa, o atendimento, o respeito, a assistência ela precisa ser mais humana” (P6)

“Precisaria melhorar o atendimento, o respeito. Na hora do menino nascer só precisa estar na sala de parto o médico e outro ajudante, e não um monte de gente como estava lá, tira a privacidade” (P7)

E por fim:

“Para mim nada precisa melhorar, só pelo fato de elas não terem me mandado de volta para casa já foi muito bom para mim, porque eu não aguentava mais” (P9). (COSTA, 2017).

Não é de se estranhar que uma paciente tenha feito este relato, pois, na realidade da Paraíba, onde não há leitos disponíveis para o parto em todas as cidades, encontrar uma vaga já é algo positivo, pois a mulher não teve que peregrinar por uma unidade de saúde que lhe pudesse atender. A maioria das cidades na Paraíba “exporta” parturientes e algumas poucas cidades-referência (João Pessoa, Campina Grande e Patos), recebem a grande maioria das mulheres. Naturalmente, há intensa procura por vaga, tensão e abuso de direito. Este também é um viés da VO no Estado da Paraíba. (VIEIRA, 2016).

Conforme matéria do jornal Correio da Paraíba, (julho/2016), “a centralização da obstetrícia é responsável pelas mortes maternas, que dobraram nos últimos 10 anos (14 em 2016 e 28 em 2015)”.

Extraí-se também da matéria, a importante declaração do presidente do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, de que, 70% dos nascimentos da Paraíba ocorrem em 7 municípios, quais sejam: João Pessoa, Santa Rita, Guarabira, Itabaiana, Mamanguape e

Solânea. Há, portanto, falta de maternidade e a assistência ao parto não é acessível à parcela considerável de gestantes. (VIEIRA, 2016).

3.4. O desafio do acesso à justiça e a jurisprudência no STF e STJ

Apesar dos documentos legais existentes, na seara jurídica, a VO ainda é uma grande desconhecida. Compulsando o banco de dados dos Tribunais superiores pouco se encontra no tocante à matéria. Ao se fazer uso do termo “Violência Obstétrica” não se encontra qualquer acórdão ou outra espécie recursal que a contenha. Entretanto, ao se fazer a pesquisa por termos técnicos, tais como: “episiotomia”, “laceração” ou “erro médico”, aparecem dois julgados neste sentido.

Acontece que não nominar a violência perfaz uma forma de violência, pois significa que o sofrimento das mulheres, narrados em profusão em pesquisas de campo, como a pesquisa Nacer no Brasil, por exemplo, não consegue chegar ao Poder Judiciário. A contar pela pouca ou quase inexistente expressividade do tema na jurisprudência dos Tribunais, conclui-se que há, na hipótese, falta de informação, falha no acesso à justiça e falta de empatia do mundo jurídico para com o tema.

Por outro lado, em se fazendo uma busca dos casos de Violência Obstétrica no sítio eletrônico JusBrasil, encontram-se 172 processos, dos quais 1/3 deles foram julgados no ano de 2017. Conclui-se, desta maneira, que vem acontecendo, principalmente por mérito do movimento feminista e das Organizações da Sociedade Civil que trabalham na divulgação da causa, um movimento de empoderamento feminino, que se traduz no considerável aumento do acesso à justiça.

As ações, por enquanto, em sua grande maioria tratam da responsabilidade civil dos agressores, sejam médicos ou demais profissionais de saúde que infringiram as normas legais, infralegais, bem como as boas práticas no atendimento ao parto. No tocante à responsabilidade penal, ainda é algo incipiente, porque ainda vigora o mito de que o parto é um momento muito perigoso e que todo o artifício que o obstetra lança mão é no intuito de salvar a vida da mulher e do bebê.

Apesar da medicina efetivamente salvar vidas, no tocante ao atendimento ao parto no Brasil, há muito se faz necessário separar o joio do trigo, pois muita violência é perpetrada contra mulher sob o falso argumento do risco iminente de morte. Ou seja, alguns procedimentos, ditos de praxe, como a episiotomia, uso da ocitocina sintética, etc, há muito

foram proscritos pela OMS, sendo tolerada em percentagens mínimas e apenas para casos específicos.

É assim que, ao se fazer uma pesquisa na jurisprudência do STF, encontram-se os seguintes julgados:

Trata-se de agravo de instrumento contra decisão que negou seguimento a recurso extraordinário interposto de acórdão, cuja ementa segue transcrita: “Apelação cível. Responsabilidade civil. Danos materiais. Episiotomia. Lasceração perinal de 4º grau. Sutura descontrolada na eliminação de dejetos. Insucesso na tentativa de correção. Danos evidentes. Erro grosseiro. Imperícia. Negligência. Nexo causal. Culpa reconhecida. Dever de indenizar. 1. Responsabilidade do médico: A relação de causalidade é verificada em toda ação do requerido, evidente o desencadeamento entre o parto, a alta prematura e os danos físicos e morais, causando situação deplorável à apelante, originada de dilaceração perinal de 4º grau. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado nefasto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido. Dever de indenizar. 2. Danos morais: evidentes, procedimento realizado de forma atécnica, causando sofrimento físico e moral, constrangimento, humilhação, angústia, impossibilidade de levar uma vida normal, desemprego, alto estresse familiar. Procedência 3. Danos materiais: comprovados através de recibos e notas fiscais. Procedência 4. Pensionamento: paralisação da atividade produtiva da vítima, enquanto perdurou o tratamento para reconstrução do períneo. Parcial procedência. Deram parcial provimento ao apelo”. (STF – AI: 810354 RS, Relator: Min. Ricardo Lewandowski, Data de Julgamento: 15/12/2010, Data de Publicação: DJe-001 DIVULG 04/01/2011 PUBLIC 01/02/2011).

O julgado proporciona e mantém a responsabilidade subjetiva do profissional médico, o qual segundo a doutrina especializada constitui uma obrigação de meio, ou seja, o profissional se propõe a empreender a atividade sem garantir o resultado esperado, porém, devendo usar de prudência e das diligências normais, devendo lançar mão das melhores técnicas disponíveis.

In casu, trata-se, talvez, de uma das maiores VO ocorridas no Brasil, que são as episiotomias realizadas como procedimento padrão e sem que haja autorização da paciente para tanto (por vezes, nem mesmo um aviso sobre o procedimento invasivo é dado). No caso, o relator classificou a lasceração perineal de 4º grau como ‘erro grosseiro’ e determinou a responsabilização material e moral do profissional médico, o qual, apesar de não ter, no caso obrigação de resultado (de fim), tinha o dever de observar as melhores técnicas, ajustáveis a evidências científicas atualizadas.

No caso, a legislação invocada foi o artigo 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor (CDC), o qual prevê que: “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação da culpa”.

No mesmo sentido também o Código Civil agasalha a matéria, a partir do artigo 949 a 951:

Art. 949. No caso de lesão ou outra ofensa à saúde, o ofensor indenizará o ofendido das despesas do tratamento e dos lucros cessantes até ao fim da convalescença, além de algum outro prejuízo que o ofendido prove haver sofrido.

Art. 950. Se da ofensa resultar defeito pelo qual o ofendido não possa exercer o seu ofício ou profissão, ou se lhe diminua a capacidade de trabalho, a indenização, além das despesas do tratamento e lucros cessantes até ao fim da convalescença, incluirá pensão correspondente à importância do trabalho para que se inabilitou, ou da depreciação que ele sofreu.

Parágrafo único. O prejudicado, se preferir, poderá exigir que a indenização seja arbitrada e paga de uma só vez.

Art. 951. O disposto nos arts. 948, 949 e 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, CÓDIGO CIVIL, 2002, Grifou-se).

Merece atenção, o fato de que a responsabilização que coube ao profissional médico foi cível, porém, sabe-se que a realização de episiotomia sem o consentimento informado da paciente pode ensejar responsabilização criminal, tanto pela lesão corporal (129, CP), quanto pelo constrangimento ilegal (146, CP), pois são raros os casos em que a episiotomia pode ser determinante para manutenção da vida da mulher e do bebê. E não sendo a lesão feita para evitar a morte, precisa ser informada, tendo em vista a garantia da legalidade (artigo 5º, II, Constituição Federal).

Esclareça-se, que somente observando a lei, haverá ensejo de modificar a realidade violadora de direitos na qual se insere o Brasil, tanto em relação à VO quanto em relação à razão de morte materna.

No julgamento seguinte há exemplo de responsabilização objetiva do poder público, pois o hospital responde pelas condutas dos profissionais contratados.

E M E N T A: RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO PODER PÚBLICO – ELEMENTOS ESTRUTURAIS – PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO – HOSPITAL PÚBLICO QUE INTEGRAVA, À ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – RESPONSABILIDADE CIVIL DA PESSOA ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE, DA INFLIÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO – LESÃO ESFINCTERIANA OBSTÉTRICA GRAVE – FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISIOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO – OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO – DANOS MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS – RESSARCIBILIDADE – DOUTRINA – JURISPRUDÊNCIA – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. (STF, AI 852237 AgR, Relator(a): Min. Celso de Mello, Segunda Turma, julgado em 25/06/2013, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-176 DIVULG 06/09/2013 PUBLIC 09/09/2013, grifo nosso).

Destarte, no período por nós pesquisado, apenas encontramos no STF os dois julgados acima colacionados, e, mesmo assim, delimitando a pesquisa a termos técnicos da obstetrícia. Vale repisar, que as responsabilizações são cíveis e os casos narrados, ambos, de gravidade extrema. Estas características, pois, representam importantes sinais pelos quais podemos dizer que o acesso à justiça no tocante a VO é incipiente, tímida e reprimida.

Em um país onde a razão de morte materna beira a insensatez (64,8 MM, por 100 mil nascidos vivos), não encontrar denuncia dos serviços e dos profissionais imbricados no acervo jurisprudencial do Tribunal guardião da Constituição, no mínimo, quer nos dizer que as titulares dos direitos (mulheres) não os conhecem e quando os conhece e identifica, tem dificuldade no acesso à justiça.

No que se refere à pesquisa realizada no acervo jurisprudencial do STJ, temos por não encontrada nenhuma referência quando se busca pelo termo VO. Ao se lançar o termo “episiotomia”, o sistema de busca mostra 15 julgados referentes ao tema, dos quais 14 são decisões monocráticas. Um deles trata de erro médico, mas não diz respeito propriamente a situações geradas por episiotomia, sendo caso de responsabilização médica por outras situações. Desse modo, são 14 julgados, sendo 13 referentes à responsabilização cível e um deles refere-se à responsabilização criminal por homicídio culposo pelas consequências da episiotomia, o qual foi inadmitido na corte por falta de justa causa.

A título de exemplo, analisamos o seguinte julgado, o qual não adentrou no mérito da questão por falta de prequestionamento, entretanto, noticia que a turma, por maioria entendeu o seguinte:

[...] 3. Além de não constar no voto vencedor discussão sobre a inversão do ônus probatório, a Turma julgadora, embora por maioria, concluiu não haver sequer indício de imperícia na realização da episiotomia pelo obstetra, bem como inexistente elemento comprobatório de que o procedimento adotado pelo cirurgião geral foi contrário ao que era indicado para a paciente. Dessa forma para confrontar essas conclusões com a afirmação recursal de que é incontroversa a existência da lesão durante a realização do parto, ocorrendo a fístula reto-vaginal, bem como o agravamento da lesão por procedimento inadequado do cirurgião geral, seria necessário perscrutar as provas coligidas aos autos. Todavia, esse procedimento é vedado na via especial, por força da Súmula nº 7 do STJ. (AgInt no AREsp nº. 1.014.221 – SC. Julgado em: 18/05/2017. Min. Moura Ribeiro. Terceira Turma, grifo nosso).

Ainda se compulsando o inteiro teor do acórdão, têm-se as seguintes informações sobre o caso em tela: “[...] foi necessária a realização da episiotomia médio-lateral esquerda (anotação no campo ‘tipo de parto’)”. Observe-se que, se houvesse o mínimo conhecimento

do assunto pelos doutos julgadores, saber-se-ia que a episiotomia quase nunca é necessária por assim dizer, mas uma intervenção danosa que no Brasil é feita sem indicação precisa e até mesmo de forma banal.

De outra parte, a julgar pelo argumento de que a autora teria levado um ano e meio para procurar novamente o hospital alegando perfuração do intestino, por si só, não descaracteriza a ocorrência da VO e não se sustenta o argumento de que a autora poderia ter logo retornado ao serviço mais rapidamente, pois as sequelas das intervenções desnecessárias no parto podem se prostrar no tempo, como de fato ocorreu no caso em tela.

Destarte, apesar de não ter havido oportunidade de o Colendo Tribunal adentrar o mérito da questão, obteve a autora, em segunda instância, procedência do pedido, havendo o Tribunal de apelação fundamentado da seguinte maneira:

CIVIL E CONSUMIDOR - OBRIGAÇÕES - RESPONSABILIDADE CIVIL - INDENIZATÓRIA - ERRO MÉDICO EM EPISIOTOMIA E CORREÇÃO DE FISTULA RETOVAGINAL - IMPROCEDÊNCIA EM 1º GRAU - 1. EPISIOTOMIA EM PARTO NORMAL - PERFURAÇÃO DE INTESTINO GROSSO E FISTULA RETO-VAGINAL - IMPERÍCIA DEMONSTRADA - ATO ILÍCITO CONFIGURADO - NEXO CAUSAL PRESENTE - RESPONSABILIDADE CIVIL CARACTERIZADA - 2. DIAGNÓSTICO DE FISTULA RETO-VAGINAL - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS INCORRETOS - PERÍCIA CONCLUSIVA - RESPONSABILIDADE CIVIL CARACTERIZADA,- 3.SOLIDARIEDADE PASSIVA DO HOSPITAL POR ATO DE PREPOSTO - ACOLHIMENTO - PROCEDÊNCIA DECRETADA - RECURSO PROVIDO.

1. Demonstrado que o médico perfurou a parte final do intestino grosso da autora durante episiotomia, com o aparecimento posterior de fístula no local do procedimento cirúrgico, procede a ação de responsabilidade civil por erro médico.

2. Imputa-se responsabilidade civil a médico que realiza procedimentos cirúrgicos ineficientes para debelar o mal da paciente. (e-STJ, fl. 1.102).

Destarte, no tocante ao acesso à justiça tem-se um cenário de descompasso entre a VO existente e o Poder Judiciário, visto que há nos Tribunais Superiores poucas e específicas ações por VO, na maioria pugnando indenização por danos materiais, morais e estéticos decorrentes dos referidos “erros médicos”, uma vez que também não há apropriação pelos juristas do termo VO.

Também não se encontram pleitos reparatórios em decorrência da VO psicológica ou sexual. Contribuem para este cenário, dentre outros: a banalização da dor, a ideia de que o sofrimento no parto é algo natural e até mesmo necessário, bem como o corporativismo dos profissionais de saúde (quando não se posicionam em relação aos agentes violadores de

direito e ainda avalizam suas atuações malsucedidas) e a falta de capacitação dos julgadores para avaliar o problema (mesmo que precisem nomear um expert no assunto).

Das 13 decisões monocráticas, 8 confirmam ganho de causa a mulher para concessão de indenização por danos materiais e morais pelas consequências da episiotomia. As situações são variadas, porém todas elas têm em comum a gravidade do estado físico da mulher, as quais na maioria perderam controle dos esfíncteres e ficaram com sequelas permanentes advindas da realização de episiotomia indevida, mal feita ou erroneamente suturada.

Continuando a análise das decisões monocráticas encontradas no sítio eletrônico do STJ, em um deles se argui o seguinte:

[...] II - Presença do nexo de causalidade entre a conduta do apelante e os prejuízos sofridos pela apelada. Negligência caracterizada. Dever de indenizar. In casu, resta evidenciado o nexo de causalidade entre a conduta negligente do apelante, médico responsável pelo parto do terceiro filho da apelada, que, não obstante o sangramento verificado após o nascimento da criança, deixou de prescrever a antibioticoprofilaxia, causando complicações que evoluíram para uma septicemia e resultaram na internação por trinta (30) dias em unidade de terapia intensiva. Logo, assente de dúvidas a caracterização do dever de indenizar, ao teor dos artigos 186 c/c 927, do Código Civil e 14, § 4º do Código de Defesa do Consumidor. III - Danos morais e estéticos caracterizados. São inquestionáveis os danos morais sofridos pela apelada, que deixou de cuidar de seu filho logo nos primeiros dias de vida, comprometendo inclusive a amamentação da criança, além do sofrimento experimentado em decorrência da complicação do parto. De igual forma se encontra comprovado o dano estético, oriundo da grande cicatriz causada pela cirurgia de emergência, bem como por uma aparente hérnia na região do umbigo. IV - Juros de mora e correção monetária. Indenização por danos morais e estéticos. [...] '10) Existem elementos nos autos que demonstram a causa da infecção puerperal? Caso positivo, estão relacionados com a conduta do Réu? RESPOSTA: Pode ser proveniente do próprio sangramento; da diarreia anteriormente diagnosticada, por contaminação devido à proximidade da região de eliminação fecal com a vagina e possivelmente da episiotomia realizada nos partos vaginais (médio-lateral direita); de possíveis restos placentários; e, estão previstos como incidentes em aproximadamente 18% das parturições (Vide página 380 do Tratado de Obstetrícia - FEBRASGO (reimpressão de 2001) - que tem como tópico infecção puerperal - Importância. (fl. 295) [...] (STJ. REsp. 154.0034-GO. Min. Lázaro Guimarães. Data de Julgamento: 12/03/2018).

A perícia não descarta a possibilidade de a infecção puerperal ter sido ocasionada pela episiotomia médio-lateral realizada. Para além do dano estético, chama atenção a negligência médica comprovada quando apesar da paciente apresentar hemorragia após o parto, não houve prescrição de antibióticos que atuassem com servissem como preventivo de infecção, vindo o estado da paciente a evoluir para septicemia, a qual resultou no internamento da mesma na unidade de terapia intensiva por 30 dias, causando-lhe prejuízos irreparáveis no seu vínculo com o filho e na sua vivência familiar.

Chama-se atenção, uma vez mais, para a gravidade da situação. Observe-se que o pleito é justo, mas que não é preciso tamanha seqüela para que se possa, finalmente, optar pelo caminho da reparação judicial quando se teve o direito ao parto humanizado negado. Este caso concreto foi corretamente classificado como sendo de grave erro médico e a paciente teve direito aos danos materiais e morais, porém trata-se de uma exceção, pois a maioria das mulheres prejudicadas com episiotomias dolorosas e desnecessárias, sequer acessou a justiça para requerer reparação.

Ainda como exemplo de decisão monocrática que julgou pela procedência do pleito de reparação de danos materiais e morais à mulher tem por relevante, o seguinte julgado:

"ERRO MÉDICO. LESÃO RETAL EM PARTO. NEGLIGÊNCIA EM AVALIAÇÃO APÓS CIRURGIA. DANOS MORAIS REDUZIDOS. Lesão retal após episiotomia durante tentativa de parto normal que passou despercebido. Sutura da episiotomia sem notar a existência de transfixação do reto. Culpa verificada. Responsabilidade da médica, chefe da equipe, pela avaliação da paciente e pela atuação da enfermeira sob a sua supervisão. Responsabilidade objetiva da clínica médica pelos atos de seus empregados. Art. 932, III, CC e art. 14, caput e parágrafo 4º, Código de Defesa do Consumidor. Provimento dos recursos apenas para reduzir o valor da indenização por danos morais para R\$ 30.000,00. Sentença mantida. Recursos providos em parte." [...] (STJ, AREsp 1.026174-SP. Min. Raul Araújo. julgado em 10/03/2017).

É importante registrar que a responsabilidade dos profissionais liberais, dentre eles, o médico, depende da comprovação de culpa, conforme disposição do artigo 14, § 4º do CDC, bem como em seus contratos de prestação de serviço, a obrigação por eles assumida é de meio, devendo o médico trazer a título de estudo, como se interpreta a responsabilidade civil do médico utilizar-se de toda técnica disponível para o tratamento do paciente, no entanto, não pode garantir a cura do enfermo.

Caso a caracterização da responsabilização médica não apresentar problemas, o mesmo ocorrerá quando a jurisprudência utilizar-se da doutrina da responsabilidade médica para os casos de parto, vez que nestes casos, a grande maioria das mulheres não estão enfermas e nem mesmo deveriam ser tratadas como pacientes. O tratamento similar prejudica a mulher, bem como a evolução do trabalho de parto, assim como na esfera judicial tem deixado as mulheres sem uma resposta jurisdicional que seja justa.

Permanecendo na análise da jurisprudência da corte legal, têm-se um exemplo em que se reconheceu a procedência do pedido de indenização por danos materiais e morais:

[...] REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA, A FIM DE FACILITAR O PROCEDIMENTO. INFECÇÃO HOSPITALAR ALEGADAMENTE CONTRAÍDA. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA DO PEDIDO.

Nesse contexto, são notórios e inegáveis os sofrimentos físicos e psicológicos experimentados pela autora, abalando o seu estado emocional, donde resulta o dano moral *in re ipsa*, considerando tratar-se de mulher jovem que teve a perda de sua capacidade reprodutiva, ante a retirada do útero e das trompas, em razão de infecção adquirida no nosocômio do Município réu, bem como, a limitação dos movimentos do quadril e do membro inferior, em razão da calcificação dos músculos da região glútea, acarretada pelo longo período de imobilidade em leito de CTI, o que resultou, ainda, na sua incapacidade permanente para a atividade que exercia.[...] (STJ, AREsp. 726156. Min. Benedito Gonçalves. Julgado em 22/06/2015).

Assim como anteriormente suscitado, mais uma vez, trata-se de caso de gravidade extrema em que a episiotomia não somente resultou nos males corriqueiros de dispareunia e vergonha do próprio corpo. Da leitura do excerto acima, verifica-se que o corte do períneo tomou consequências similares a uma lesão corporal dita gravíssima, visto que resultou na sua incapacidade permanente para a atividade laboral que exercia.

De outra parte, ao se pesquisar manobra de *Kristeller*, faz-se o seguinte achado:

ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. FALHA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MÉDICO-HOSPITALAR. PARTO QUE RESULTOU EM SEQUELAS AO MENOR. PARALISIA CEREBRAL. USO DE FÓRCEPS (MANOBRA DE KRISTELLER). NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL NÃO CONFIGURADA. DEVER DE INDENIZAR CARACTERIZADO. DANOS MORAIS. [...] (STJ, AgRg no AgREsp Nº 628542 – RJ. Min. Sérgio Kukina, Primeira Turma, julgado em 05/12/2015, grifo nosso).

Observe-se que ao se realizar a busca no acervo jurisprudencial do STJ se encontra o presente julgado pela palavra Manobra de *Kristeller*, uma dentre outras tantas formas de VO. Ocorre que, a partir do termo – Violência Obstétrica – nada se encontra (como já dissemos anteriormente) vez que no referido Tribunal não há referência ao termo. É assim, ao que tudo indica, não há apropriação do termo pelos atores jurídicos aludidos.

Isto demonstra, em primeiro lugar, o desconhecimento do tema pelos órgãos julgadores, os quais não têm informações sobre o tema e tudo atribuem à conta de erro médico. Também, *in casu*, pugna-se reparação civil na forma indenizatória. Da pesquisa no STJ não se encontra qualquer exemplo de posicionamento acerca da reparação criminal por VO, embora seja possível e viável esta forma de responsabilização.

Dentre as 14 decisões monocráticas encontradas a partir do termo “episiotomia” tivemos um exemplo de pleito relacionado à responsabilização criminal por homicídio culposo pela realização de episiotomia na paciente, porém o Habeas Corpus que pugnava

extinção da ação por falta de justa causa não chegou a ser julgado por superveniência de sentença absolutória no órgão *a quo*.

Assim sendo, temos por incipiente e tímida a acolhida do tema VO pelos Tribunais Superiores, havendo que se aguardar que outros pleitos sejam suscitados e que neles contenham as discussões sobre VO e sobre sua conformação como violência de gênero que é, bem como a discussão sobre o serviço de saúde disponível para o atendimento ao parto, pós-parto e puerpério, o qual nega direitos, o que acaba resultando no aumento da razão de morte materna no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica, como já foi citada anteriormente, é uma cruel realidade para algumas mulheres do nosso país. Como violência de gênero, no entanto, ela costuma ser negada ou diminuída, conforme se depreende do discurso de várias mulheres, quando dizem, por exemplo, estarem satisfeitas, pois apesar do sofrimento a elas infligido, puderam sair da maternidade com seu bebê passando bem. Essa e outras falas são sintomas do adoecimento dessas mulheres pelo sistema de saúde, seja público ou suplementar. Este, também, constitui um dos motivos pelos quais o acesso à justiça é relegado ou adiado.

Em relação à estrutura metodológica adotada, optamos por analisar o todo, seja conceituando ou classificando os tipos de violência obstétrica para logo em seguida adentrar casos concretos, sendo o primeiro deles, o emblemático caso Alyne Pimentel, cujo nome faz o título deste trabalho. Julgamos importante a análise deste caso pela sua repercussão na seara internacional, por ter sido a primeira vez em que o comitê da CEDAW analisou um caso de MM, havendo concluído pela responsabilização do estado brasileiro, frente à negligência praticada contra Alyne e sua família. A Alyne, não se garantiu o direito à saúde e sua morte poderia ter sido evitada se lhe tivessem prestado um serviço de qualidade. À família de Alyne foi negada uma prestação jurisdicional efetiva e a falta de uma prestação jurisdicional decente fez com que se acessassem os órgãos internacionais.

Também, tomando-se por base o caso Alyne Pimentel, compreendemos que a negação de direitos na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, pode tomar uma dimensão devastadora que é a MM. Antes do resultado morte propriamente dito, “mataram” Alyne de várias formas, não lhe reconhecendo como sujeito de direito, não lhe informando sobre os procedimentos a que seria submetida, não adotando intervenções necessárias e urgentes. A história de Alyne encaixa-se perfeitamente no que se chama de paradoxo perinatal brasileiro, em que há muitas intervenções desnecessárias e a falta delas, quando elas são necessárias. Isso perfaz o retrato da inapetência do serviço de saúde para lidar com a gravidez e o parto, que ainda parecem um estado perigoso e medonho, do qual os profissionais parecem querer se livrar e não assistir. Nas maternidades particulares, isso pode ser superado pela cesariana eletiva e nas públicas, não resta outra saída, a não ser abreviar este momento indesejado. (DINIZ, 2005).

Ainda, partindo-se do caso paradigmático – Alyne Pimentel – tem-se que os espectros continuam aos milhares a nos rondar. Decorridos 16 anos da morte de Alyne, jovens negras e pobres continuam morrendo por causas absolutamente evitáveis. Há, portanto, que se tomarem as rédeas dessa tragédia insustentável e o caminho visualizado por nós para tal

desiderato, seria o do reconhecimento dessas mulheres nas suas subjetividades e singularidades e, a racional distribuição dos recursos, como a provisão de insumos necessários, a ampliação no corpo de profissionais de saúde e a melhor estruturação dos cuidados no pré-natal, passando pela revisão do modelo adotado pelo Brasil, que atualmente é centrado no médico (FRASER, 2010). Compreendemos que o binômio proposto pela filósofa Nancy Fraser aqui se aplicaria com perfeição. Ademais, numa comparação com o serviço de atendimento ao parto na Europa e no Japão, tem-se a preponderância de enfermeiras obstetras na condução dos trabalhos de parto, classificados como de risco habitual. (DINIZ, 2005).

Restou clara a interseccionalidade de fatores que se sobrepõem e tornam a experiência do parto em um momento de terror para um número expressivo de parturientes. Ou seja, uma mulher no Brasil tem 25% de chances de sofrer discriminação de gênero no atendimento ao parto, porém, se além de mulher, se é também negra e pobre, as chances de sofrer discriminação social e racial, conjuntamente, duplicam-se e triplicam, de modo que, em havendo superposição dessas discriminações haverá mais chances de haver um desfecho negativo neste atendimento ao parto. (CRENSHAW, 2002).

Destarte, as mulheres brancas sofrem violência obstétrica e são passíveis de morte materna, mas é sob as negras e pobres que essas tragédias recaem em maior número. Por outro lado, se pudéssemos analisar o perfil das mulheres que acessam a justiça para pleitear reparação aos males advindos da má assistência que lhes foi prestada no ciclo gravídico-puerperal, concluiríamos que, justamente as mais prejudicadas, não têm efetivo acesso à justiça ou encontram maior dificuldade em fazê-lo.

Considerando os relatos das mulheres sobre suas experiências de parto, viu-se que as piores experiências são aquelas que tiveram um parto vaginal com intervenções, a exemplo da administração dos ocitócitos, a imobilização física, a proibição do acompanhante, a manobra de *Kristeller* e a mais devastadora: a episiotomia. Logo em seguida, os relatos mais indignados referem-se ao fato de a equipe não praticar o consentimento informado ou nem mesmo informar a paciente sobre o procedimento ao qual ela será submetida, o isolamento, as ameaças e agressões verbais.

Observou-se na análise de tais relatos que o ordenamento tem meios de punir e reparar os males impingidos às mulheres, mas que esses ‘remédios’, ou não são acessados ou são subtilizados. Sustentou-se a possibilidade da responsabilização civil e criminal dos agressores, mesmo não havendo no Brasil uma tipificação específica para violência obstétrica. Neste particular, vimos que a mulher tem o direito a informação sobre as intervenções que se vão operar no seu corpo, assim como tem direito de a elas se oporem. Também vimos que

muitas práticas caracterizadoras da VO constituem, por si só, tipos penais autônomos, como lesão corporal, injúria e ameaça. Dos relatos analisados no capítulo 3 viu-se o quão comum é a prática, por exemplo, de constranger a mulher ao silêncio sob a ameaça de abandono da mesma à própria sorte ou de morte do feto.

Aprofundou-se o estudo pela constatação de que, apesar dos relatos de VO estarem em toda parte, publicitados, divulgados e compartilhados nas redes sociais, não conseguem chegar aos órgãos jurisdicionais. Para tanto, encetou-se pesquisa no banco de dados jurisprudencial dos Tribunais Superiores, mais especificamente STF e STJ e de pronto verificou-se que, ao se buscar pelo termo VO, nenhuma decisão ou acórdão aparecia neste sentido. Destarte, passou-se a pesquisar por termos técnicos da obstetrícia, tais como ‘episiotomia’, ‘*manobra de Kristeller*’, ‘lasceração’, ‘uso do fórceps’ e então se logrou êxito na pesquisa e algumas decisões monocráticas e acórdãos puderam ser analisados.

Segundo o estudo levado a efeito, tem-se como urgente na realidade pátria, a necessidade de mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde. A partir do registro das falas dos profissionais médicos, observa-se quão pouco se evoluiu nesta seara, pois não houve ainda mudança nos currículos das faculdades de medicina, as quais continuam a formar alunos a partir de livros antigos e práticas obsoletas de 20 anos.

Por outro lado, faz-se necessário, continuamente, capacitar os operadores do direito (advogados, defensores públicos, promotores/procuradores de justiça e magistrados) a fim de se desnaturalizar as práticas da VO, bem como torná-los capazes de compreender e se apropriar dos termos relacionados à violência obstétrica, uma das faces da violência de gênero, que o Brasil já se comprometeu internacionalmente em combater por meio da assinatura de variados pactos e tratados internacionais.

Alicerçando-se nas amostras que têm chegado para apreciação nos tribunais superiores, observou-se que a justiça ainda não atentou para a dimensão de violência de gênero na qual está envolvida a VO. Tem-se que os casos, até o presente, apreciados, são de gravidade extrema, porém, milhares de outros ocorreram e possivelmente não foram sequer notificados.

Outra tarefa relevante, a partir desta pesquisa, seria concitar a sociedade civil para apropriar-se do seu direito à saúde e fazer valer as palavras da constituição cidadã, já que a norma fundamental não pode conter comandos vazios e já vimos que os direitos fundamentais precisam grassar de aplicação imediata, a fim de que possamos continuar a nomear o Estado como de direitos.

No tocante a experiência do parto, é preciso que todas as mulheres possam vivê-lo como experiência positiva e não apenas sobreviver a ele. Para tanto, faz-se urgente uma assistência ao parto baseada em direitos e, conforme Diniz (2005) uma atenção ao parto que seja segura, porém não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e “direitos humanos”.

A tradução desse humanismo perpassaria pela racionalidade no uso dos recursos apropriados, uma vez que já se pode perceber que o excesso de intervenções leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal. (DINIZ, 2005).

Destarte, no atendimento ao parto normal, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural. (WHO, 1996). Entendimento de há muito esposado por Michel Odent (2016), quando sustenta que as mulheres em trabalho de parto têm uma redução da atividade neocortical, pondo em jogo estruturas arcaicas, primitivas, que não são boas ou más, mas simplesmente fisiológicas; concluindo que *“no se puede ayudar a um proceso involuntario, sólo se puede procurar no perturbarlo demasiado”*. (ODENT, 2016).

Assim, apoiando-se nesse entendimento, o processo de parto necessitaria ser protegido de toda estimulação do neocórtex, sobretudo da exposição à luz, bem como deve ser evitada, toda situação desviante da atenção da parturiente, como, por exemplo, a que decorre do fato da mulher se sentir observada, pois isso perturbaria um processo, cuja maior necessidade é de proteção. (ODENT, 2016).

Dito isso, podemos fazer um contraponto com a objetificação do corpo da mulher nos hospitais-escola, nos quais, o aperfeiçoamento da técnica é privilegiado em detrimento da integridade da genitália feminina. Notadamente, a vagina da mulher pobre e usuária do SUS tem sido vítima dessa apropriação, ensinando-se aos futuros profissionais médicos que suas necessidades de ensino são mais importantes que a autonomia e a integridade corporal das parturientes. (DINIZ, 2016).

Sendo assim, é de suma importância a inclusão nos currículos e planos de ensino dos futuros profissionais médicos, da dimensão ética, na relação médico-paciente traduzida no direito à autonomia e escolha informada, bem como, a incorporação e o ensino das evidências científicas no atendimento ao parto. Assim como, a necessidade de por fim ao uso desregulado dos corpos das pacientes como material de ensino, como por exemplo, realizar uma cesariana para demonstração do procedimento cirúrgico ou realizar duas episiotomias, apenas para fins didáticos. (DINIZ, 2016).

E, finalmente, é necessário se criar uma cultura de incentivo à divulgação dos direitos já existentes (como ao acompanhante, por exemplo, e a necessidade de consentimento para realização de procedimentos invasivos, como a episiotomia), de esclarecimento das pacientes

sobre os procedimentos proscritos (manobra de *Kristeller* e fórceps de rotina para primíparas, por exemplo) e informações a este respeito.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas.** Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>>. Acesso em: 06/03/2018.

AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/T.5.2010.tde-21062010-175305. Acesso em: 16/08/2016.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.** Interface – Comuminc., Saúde, Educ., v.15, n.36, jan. /mar. 2011, p 79-91.

AGUIAR, Janaína Marques; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, nov., 2013.

ALCAIDE, Adela Recio. **La atención al parto em espana: Cifras para reflexionar sobre um problema.** Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas), Ano 7, nº 18, 2015, p. 27-43.

ALONSO, Elena María García. **Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México.** Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas), Ano 7, nº18, 2015, p. 27-43.

Alyne V. Brasil: **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira** (“Alyne”) V. Brasil. Center for Reproductive Rights. Disponível em: <http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf>. Acesso em: março/2018.

AMORIM, M.M.R. de; Katz, L. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna.** Femina, 2008, pp. 36:47-54.

ANDREA. Dip. Reportagem. **Na hora de fazer não gritou.** Disponível em: <<https://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em: 22/02/2018.

ARAÚJO, Hebert. **Dar à luz a dor.** João Pessoa, 2017. Disponível em: <<https://soundcloud.com/hebert-ara-jo/sets/serie-de-reportagens-dar-a-luz-a-dor>>. Acesso em abril/2017.

ARENDDT, Hannah. **Da Violência.** Tradução André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

_____. **A Condição Humana.** Tradução Roberto Raposo, posf. Celso Lafer. 10ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

ASSOCIAÇÃO ARTEMIS. **Violência Obstétrica.** In: Mapa de abusos cometidos no parto. Disponível em: <<https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/>>. Acesso em: maio/2016.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; REIS, Lenice Gnocchi da Costa; RAMOS, Márcia Melo; RATTNER, Daphne; RODRIGUES, Patrícia Lima; NEVES, Dilma Costa Oliveira; ARANTES, Sandra Lúcia; LEAL, Maria do Carmo. **Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014.

BLANCO, Jessie. **Rostros visibles de la violencia invisible. Violencia simbólica que sostiene el patriarcado**. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, Caracas, Enero/junio, Vol. 14/ N° 32, 2009.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. **Regulamento técnico para Funcionamento de Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc.pdf>. Acesso em: 09/03/2018.

BRASIL. **Código Civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/110406.htm>. Acesso em: maio/2018.

BRASIL. **Nota de Solidariedade a Adelir Carmem Lemos de Góes emitida pela secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal**, disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/abril/governo-manifesta-solidariedade-a-adelir-camem-lemos-de-goes>>. Acesso em: 20/02/2017.

BRASIL. **Nota Pública da Secretaria de Direitos Humanos sobre o Caso Alyne Pimentel**, disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/noticias/2014/abril/nota-publica-caso-alyne-pimentel>>. Acesso em: 02/09/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª edição. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 84 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Relatório do Governo Brasileiro. Caso Alyne da Silva Pimentel**. Agosto, 2014. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/acoes.../onu-1/Relatorio2014CasoAlyne22agosto1v.pdf>> . Acesso em: 16/03/2016.

BRINA, Luiza; ANDREAZZI, Michelle. **Parto**. In: Dar luz à dor. Coletivo Ana. Disponível em: <<https://soundcloud.com/search?q=dar%20a%20luz%20a%20dor>>. Acesso em: 05/01/2018.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARNEIRO, Rosamaria. **Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo**. Vivência 44 Revista de Antropologia, n° 44, 2014, p. 11-22.

CECATTI, J. G. et al. **Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 20(1), jan-fev, 1998, p. 7-11.

CEDAW. **Alyne da Silva Pimentel Teixeira (deceased) v. Brazil**. CEDAW/C/49/D/17/2008.

CEDAW. **General Recommendation n° 19**. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom19>>. Acesso em: 02/03/2018.

_____. **General Recommendation n° 24**. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>. Acesso em: 02/03/2018.

_____. **General Recommendation n° 25**. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom25>>. Acesso em: 02/03/2018.

_____. **General Recommendation n° 28**. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom28>>. Acesso em: 02/03/2018.

CERMENO, Eva Palomo. **Sylvia Pankhurst y la ‘nueva’ maternidade: Uma aportación vanguardista a la lucha por la igualdad em el contexto del sufragismo britânico**. Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, n° 18, 2015, pp. 45-61.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2008.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: maio/2018.

COSTA, Camila Vieira Dias da. **Parir a dor e o amor: percepções de mulheres sobre cuidado no trabalho de parto, parto e nascimento**. (TCC – Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. UFPB: CCS/Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. João Pessoa, 2017.

CRENSHAW, Kimberle. A Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. Cruzamento raça e gênero. Paineel 1, 10p. Disponível em: <<http://www.unifem.org.br/sites/1000/1070/00000011.pdf>>. Acesso em abril/2018.

CRESWELL, John. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUEVAS, Marbella Camacaro. **Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la práxis obstétrica.** Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. Caracas. Enero/junio, Vol. 14/ N° 32, 2009.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe.* Tradução Heci Regina Candiani. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American Rite of Passage.* California: University of California Press, 1992.

DAVIS-FLOYD, Robbie and LAUGHLIN, Charles. **The Power of Ritual.** Australia: Daily Grail Publishing, 2016.

DECLERCQ, Eugene. **A intervenção médica no parto é inevitável no Brasil?.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em ciências sociais.** 3ª edição. São Paulo: Saraiva, 1995.

_____. **Praticar Ciência – metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Saraiva, 2011.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de direito das famílias.** 5ª edição. São Paulo: RT, 2009.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Que valores escolhemos neste ritual?.** Estudos Feministas, Ano 10. 2º Semestre, 2002, pp. 523-527.

DINIZ, Carmem Simone Grilo, et al. **A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde.** Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 20(56): 253-259, 2016.

DINIZ, Simone e CHACHAM, Alessandra. **O “Corte por cima” e o “Corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo.** Questões de Saúde Reprodutiva. São Paulo, 2006, pp. 80-91.

DINIZ, Simone. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muito sentidos de um movimento.** Ciênc. Saúde Coletiva, vol. 10, n. 3. Rio de Janeiro, 2005, pp. 627-637. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso em: 02/03/2018.

DINIZ, Simone. **Gênero, saúde materna e paradoxo perinatal.** Rev. bras. Crescimento desenvolvimento humano. v 19, n 2 São Paulo, ago., 2009, pp. 313-326. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02/03/2018.

Documentário **“O Renascimento do Parto” produzido por Érica de Paula e Eduardo Chauvet.** Disponível em <<http://orenascimentodoparto.com.br/>>. Acesso em: 21/04/2016.

D’ORSI, Eleonora; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; DINIZ, Carmen Simone; AGUIAR, Janaina Marques; GUSMAN, Christine Ranier; TORRES, Jacqueline Alves; ÂNGULO-

TUESTA, Antonia; RATTNER, Daphne; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 30 Sup: S154-S168, 2014.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

EHRENREICH, Barbara., ENGLISH, Deirdre. **Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers.** 2ª edição. Nova York: The Feminist Press, 1973.

EPISIOTOMIA SEGUNDO A OMS. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 10/02/2018.

ESTUDANDO EPISIOTOMIA. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>>. Acesso em: 10/02/2018.

FACTORS ASSOCIATED WITH POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN BRAZIL: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/mdl-26826865>>. Acesso em: 10/02/2018.

FEDERICI, Silvia. **Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo e acumulacion originária.** Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth e MENEGUEL, Stela (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

FRASER, Nancy. **Reconhecimento sem Ética?.** Tradução: Ana Carolina Freitas Lima Ogando e Mariana Prandini Fraga Assis. Lua Nova, São Paulo, 70: 101-138, 2007.

_____. **Redistribuição, Reconhecimento e Participação: Por uma Concepção Integrada de Justiça.** In SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia. Igualdade, Diferença e Direitos Humanos. 2ª tiragem. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2010.

FONT, Laura Cardús i. **Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: una aproximación desde la antropología.** Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, nº 18, 2015, pp. 129-145.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 13ª edição. São Paulo: Graal, 1998.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** 16ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços Público e Privado”**, 2010. Disponível em: <<https://apublica.org/wp->

content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 02/03/2018.

GARCÍA, Inmaculada Alcalá. **Feminismos y maternidades em el siglo XXI**. Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, n. 18, 2015, pp. 63-81.

GIFFIN, K.M. **Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica**. In: Giffin KM, Costa SH, (Org). Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999, pp.79-91.

GIRARD, René. **La Violence et le Sacré**. Paris: Grasset, 1972.

GOMES, Paulo Ricardo Favarin; KUNZLER, Ilse Maria. **Violência Obstétrica e Relações de Poder no Parto**. In: Salão do Conhecimento: Luz, Ciência, Vida. XXIII Seminário de Iniciação Científica. 2015.

GUILLÉN, Francisca Fernández. **What is Obstetric Violence? Somo Social, Ethicl and Legal Aspects**. Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, n° 18, 2015, pp. 113- 128.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2001.

HOTIMSKY, Sonia Nissenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. **O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, set-out, 2002, 18 (5): 1303-1311.

JARSCHER, Haid. **Corpo de mulher, corpo culpabilizado**. Mandrágora, vol. 1, n.1, 1994, pp.31-40.

JUÁREZ. **Violência sobre Las Mujeres: Herramientas para el Trabajo de Los Equipos Comunitarios**. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 1ª ed, 2012, p 20. Disponível em: <http://msal.gov.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/educacionpermanente-en-sevicio/violencia_mujer_web.pdf>. Acesso em: 23/10/2017.

KUMAR, S. **Health-care camps for the poor provide mass sterilisation quota**. In: The Lancet. Vol. 353, April, 10, 1999. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)66920-6/abstract?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66920-6/abstract?code=lancet-site)>. Acesso em: 24/04/2018.

LAMBOGLIA, Angela, CASTELLI, Federic, MARTINO, Teresa Di e PAOLETTI, Roberta. **A Universal Right to Matherhood**. Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, n° 18, 2015, pp. 83-92.

LAURENTI, Ruy. **Marcos Referenciais para Estudos e Investigações em Mortalidade materna**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 1988, 22(6):507-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02/03/2018.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvania Granado Nogueira.

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014, 30 Sup: S17-47.

LEI DE PROTEÇÃO INTEGRAL DE MULHERES - ARGENTINA: Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 26/07/2016.

LEI ORGÂNICA SOBRE OS DIRETOS DAS MULHERES – VENEZUELA.

Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 26/07/2016.

MARTINS, Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, 287p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-451-4. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514.pdf>>. Acesso em: 02/03/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 27/09/2018.

MORTALIDADE MATERNA NO MUNDO. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/cai-a-mortalidade-materna-no-mundo-aponta-oms-reducao-no-brasil-chega-a-43/>>. Acesso em: 20/12/2016.

MORTE MATERNA NA PARAÍBA. Disponível em: <<https://portalcorreio.com.br/pb-e-o-3o-estado-no-brasil-com-mais-mortes-de-maes-em-partos/>>. Acesso em: 03/05/2018.

MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS.

Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 02/08/2016.

MULLER, Angela Elizabeth e CASADO, Marta Parra. La arquitectura de la maternidade. Recuperar y crear nuestros espacios. **Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas)**. Ano 7, nº 18, 2015, pp.147-155.

NYE, Andrea. **Teoria Feminista e as Filosofias do Homem.** Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1995.

ODENT, Michel. **O renascimento do parto.** Florianópolis: Saint Germain, 2002. 134 p.

_____. **Pode a humanidade sobreviver à medicina?.** Tradução Laura Uplinger, Izabel Aleixo. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent, 2016.

OLSEN, Frances. **El sexo del derecho.** In: RUIZ, Alicia E. C. (Compil.). Identidad femenina y discurso jurídico. 1ª edição. Buenos Aires: Editorial Bilos, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna.** Genebra: OMS, 2011.

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

_____. **Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas,** Genebra: OMS, 2015b.

Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 02/03/2018.

PARAÍBA. **Lei Ordinária 10648/2016.** Dispõe sobre a presença de doulas durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nas maternidades da rede pública e privada do Estado da Paraíba. Disponível em:

<http://sapl.al.pb.leg.br:8080/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/12082_texto_integral>. Acesso em: 02/03/2018.

PARAÍBA. **Lei Ordinária 10548/2015.** Institui o pacto estadual social para humanização da assistência ao parto e nascimento em todos os estabelecimentos de saúde do Estado da Paraíba: disponível em:

<http://sapl.al.pb.leg.br:8080/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/11896_texto_integral>. Acesso em: 02/03/2018.

PARTO DO PRINCÍPIO (Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa). **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com Dor”** – Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, Brasília, 2012. Disponível em:

<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 25/07/2016.

PATEMAN, Corole. **O Contrato Sexual.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PÉREZ, Consuelo Catalá. **La maternización de la sociedad: derechos reproductivos y salud primal.** Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7 , nº 18, 2015, pp. 225-240.

PESQUISA MULHERES BRASILEIRAS E GÊNERO NOS ESPAÇOS PÚBLICO E PRIVADO, realizada pela Fundação Perseu Abramo em Agosto de 2010. Disponível em: <http://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 02/08/2017

PESQUISA SOBRE MULHERES QUE SOFREM EPISIOTOMIA. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/11/pesquisa-mostra-que-54-das-mulheres-sofrem-episiotomia/>>. Acesso em: 06/03/2018.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional.** 11ª edição. São Paulo: Saraiva, 2010.

PRIORE, Mary Del. **Histórias Íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil.** São Paulo: Planeta, 2011.

RAMENHORST, Eduardo Ramalho. Violência in BARRETO, Vicente de Paulo, coordenador. **Dicionário de Filosofia do Direito**. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2009.

_____. **As Teorias Feministas do Direito e a Violência de Gênero**. Disponível em: <http://www.emerj.rj.gov.br/revistaemerj_online/edicoes/revista57/revista57_20.pdf>. Acesso em: 05/06/2016.

RAMÍREZ, Gabriela Arguedas. **La violênica obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense**. Cuadernos Intercambio sobre Centroamerica y el Caribe, Vol. 11,n.1, Enero-Junio, 2014, p. 145-169.

RAMOS, André de Carvalho. **Processo Internacional de Direitos Humanos**. 5ª edição. São Paulo: Sarraiva, 2016.

RAMOS, Kartiana. **Paraíba registra 187 mortes maternas em 5 anos. João Pessoa, 2017**. Disponível em: <<https://correiodaparaiba.com.br/cidades/saude-cidades/pb-registra-18-mortes-maternas-em-5-anos/>>. Acesso em: dezembro/2017.

REDAÇÃO DO PROJETO LEI DE Nº 7.633/2014. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1257785.pdf>>. Acesso em: 26/07/2016.

RELATOS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Disponível em: <<https://violenciaobstetrica.crowdmap.com/reports/view/271>>. Acesso em: 19/02/2018.

REQUEJO, Stella Villarmea e GUIJARRO, Ester Massó. **Cuando los sujetos se embarazan**. Filosofia e maternidad. Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, n°18, 2015, pp. 1-11.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E. & CAETANO, R. *Apud* FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth e MENEGUEL, Stela (Org.). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

ROHDE, Ana Maria Basso. **A Outra Dor do Parto: Gênero, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto**. Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2016. Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/20395/1/A%20Outra%20Dor%20do%20Parto%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Rohde.pdf>>. Acesso em: janeiro/2017.

SAFFIOTI, Heleieth. **O Poder do Macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

_____. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. **La violênica obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica**. Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, n.18, 2015. pp. 93-111.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Ferreira Nádia. **Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática**. Estação Científica (UNIFAP), v.5, n.1, Macapá, jan./jun. 2015, p.57-68.

SANTOS, Marina França. **Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher no Brasil e o Estado de Exceção no caso Adelir**. Revista Ártemis, vol. XVIII, nº1; jul-dez, 2014, pp.137-146.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analyses**. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989. Disponível em: <<http://xroads.virginia.edu/~DRBR2/jscott.pdf>>. Acesso em: 02/03/2018.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A arte de não fazer o errado e fazer o certo!**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014, 30 Sup: S17-S47.

SILVA, Andreia Mendes. **Caso Alyne Pimentel: análise do direito humano à saúde e a morte materna**. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/7097/1/21079230.pdf>>. Acesso em: 10/10/2016.

SILVA, Flora Maria Barbosa da; PAIXÃO, Taís Couto Rego da; et al. Dados sobre Episiotomia. In: **Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde**. Revista da escola de enfermagem da USP. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf>. Acesso em: 05/01/2018.

SIM AO PARTO HUMANIZADO. Disponível em: <<http://rubensnobre.com.br/2016/10/19/desumanidade-e-deboche-em-parto-no-hu/>>. Acessado em: 31/01/2018.

SIMÕES, Stephane. **Adolescente morre após parto e família alega negligência médica**. Disponível em: <<http://d24am.com/amazonas/adolescente-morre-apos-parto-em-maternidade-e-familia-alega-negligencia-medica/>>. Acesso em: maio/2018.

SIQUEIRA, Pâmela. **Violência Obstétrica**. João Pessoa, 2016. Disponível em: <<https://sopadeletrinhasdapamela.blogspot.com/search?q=carta+a+g.o>>. Acesso em: abril/2018.

SOMBRAS DO PARTO. Disponível em: <https://sombrasdoparto.wordpress.com/foste-vitima-de-violencia-obstetrica/>. Acesso em: 29/06/2018.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: nota técnica: considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento**. São Paulo: Artemis, 2015.

TAMÉS, Regina. **Violência obstétrica: un fenómeno común, pero olvidado**. Foreign Affairs Latinoamérica, vol. 14, n. 1, jan-mar, 2014, pp. 23-28.

TRINDADE, José Damião de Lima. **História Social dos Direitos Humanos**. São Paulo: Peirópolis, 2011.

VÍDEO HUMANIZAÇÃO DO PARTO – ISEA – Campina Grande/PB, vencedor do concurso “O SUS que dá Certo”. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=uwv4h76L6L5G4>>. Acesso em: 10/10/2016.

VIEIRA, Bruna. **20% da Paraíba tem maternidade**. Jornal Correio da Paraíba, 05 de julho de 2016.

_____. **Além da Dor do Parto**. João Pessoa: Jornal Correio da Paraíba, 08 de maio de 2016.

VILLARMEA, Stella, OLZA, Ibone e RECIO, Adela. **El parto es nuestro: el impacto de una asociación de usuárias el la reforma del sistema obstétrico de Espana**. Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas). Ano 7, n. 18, 2015, pp. 157-183.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, A VOZ DAS BRASILEIRAS. Vídeo documentário popular produzido por Bianca Zorzam, Lígia Moreira Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum, Armando Rapchan. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>>. Acesso em: 20/09/2016

WAGNER, Mardsen. **Episiotomy: a form of genital mutilation**. In: The Lancet. Vol. 353, June, 05, 1999. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)77197-X/abstract?code=lancet-site](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)77197-X/abstract?code=lancet-site)>. Acesso em: 24/04/2018.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterosexual y otros ensayos**. Editorial Egales, Sl, Madrid: 2010.

WOLFF, Leila Regina, WALDOW, Vera Regina. **Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto**. Saúde Soc., v.17.nº3, São Paulo, 2008, pp.138-151.

GLOSSÁRIO DOS TERMOS DA ÁREA DA SAÚDE

Descolamento de membranas – Ação mecânica realizada durante toque vaginal com objetivo de separar a membrana amniótica do istmo do colo do útero para induzir o início do trabalho de parto.

Doula – Refere-se à pessoa que dá suporte emocional e físico à mulher na gravidez, parto e/ou puerpério, com treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno. Não realiza procedimentos técnicos de saúde, tais como toque vaginal, ausculta fetal, sinais vitais e punção venosa.

Dispareunia – dor durante as relações sexuais.

Episiotomia – corte cirúrgico do períneo para alargar o canal de parto.

Fórceps: Instrumento destinado a apreender a cabeça do feto e a extraí-la através do canal pelvigenital

Litotomia – posição horizontalizada, deitada de costas, com pernas flexionadas ou contidas em perneira, similar a utilizada para exames ginecológicos que amplia a visão do profissional de saúde e facilita o acesso a vagina.

Manobra de Kristeller – manobra de impulsão abdominal que consiste em empurrar o fundo uterino ao encontro do canal vaginal, forçando a saída do feto.

Ocitocina sintética – hormônio artificial para aumentar/produzir contração uterina

Puxos – esforços expulsivos espontâneos e incontroláveis ou direcionados verbalmente pelo profissional de saúde para fazer força no períneo, sendo este último por meio de expressões como “vai, força! Não para, força, força!” durante o final do parto.

Tricotomia – raspagem dos pelos pubianos da vagina comumente realizada em ambiente hospitalar.