

FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CENÁRIO DE PARTO BRASILEIRO
FORMS OF OBSTETRIC VIOLENCE IN THE BRAZILIAN BIRTH SCENARIO

Thaís Abrão Pontes¹

Hector Cury Soares²

Resumo: A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero e resulta na violação de direitos humanos. Ela é caracterizada pela prática imposta de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres ao darem à luz, perpetrada pelos profissionais de saúde e pelas instituições públicas ou privadas onde estas mulheres são atendidas. Diante disso, o presente ensaio tem o objetivo de abordar a violência obstétrica, bem como as formas em que ela se apresenta dentro do sistema de saúde brasileiro, situando o leito sobre o cenário do parto no país. Uma das grandes marcas da violência obstétrica aferidas no Brasil hoje é o alto número de partos feitos através de cesariana. Diversos estudos apontam os fatores que influenciam esta marca que cresce. Entre eles, estaria o medo das mulheres de sofrerem algum tipo de violência ou humilhação durante o parto e a conveniência da data do parto agendado para os médicos.

Palavras-chave: violência obstétrica, violência contra a mulher, direitos humanos

Abstract: Obstetric violence is a way of gender violence and results in violation of human rights. It is characterized by the imposed practice of harmful interventions on the physical and psychological integrity of women in childbirth, perpetrated by health professionals and by public or private institutions where these women are taken care. Before that, this essay aims to analyse obstetric violence, as well as the ways it occurs within the Brazilian health system, according to the birth scenario in the country. One of the great marks of obstetric violence in Brazil today is the high number of deliveries made through cesarean section. Several studies point out the factors that influence this growing number. These include women's fear of violence or humiliation during childbirth and the convenience of the scheduled birth date for doctors.

Key-words: obstetric violence, violence against women, human rights

1. INTRODUÇÃO

A violência é um problema social que está em constante expansão em todas as suas formas. A violência contra a mulher é uma delas. Trata-se de um problema do Estado, já que é

¹ Advogada, formada pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), OABRS 111.886. Mestranda em Direito e Justiça Social também pela FURG. Além disso é jornalista formada pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

² Doutor em Direito pela UFRGS. Mestre em Direito pela UNISINOS. Advogado militante dos Direitos Humanos. Professor Adjunto de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande.

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

uma das violações mais frequentes de direitos humanos, sendo um problema de saúde pública que gera custos econômicos e sociais elevados. Embora seja difícil ter estimativas precisas, o custo da violência para o mundo se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde.

Esta forma de violência tem se perpetuado pela história. Na segunda década do século XXI, a violência obstétrica ganhou visibilidade e foi tema de diversos estudos, mostras artísticas, documentários, ações no judiciário, atuações em diversas instâncias do Ministério Público. (DINIZ *et al.*, 2015). Nos dias de hoje, a questão ganhou um caráter endêmico, vez que está presente nas comunidades e países de todo o mundo, independentemente da classe social, raça, idade, sexo ou religião.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. A inclusão da palavra “poder”, completando a frase “uso de força física”, amplia a natureza de um ato violento e expande o conceito usual de violência para incluir os atos que resultam de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidação. Tal inclusão é importante para a análise que será feita neste ensaio, visto que a relação médico – paciente pode ser vista como uma relação de poder. (DAHLBERG; KRUG, 2002). Nestes casos, o médico é aquele que detém o poder e a paciente, especialmente em situação de parto, é a parte hipossuficiente da relação, vez que, na maioria das vezes, não possui conhecimentos técnicos para rebater ou questionar medidas desnecessárias ou violentas.

Relativamente à violência contra a mulher, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher, também conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, em seu art.1º trata como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. E no art. 6º determina que o direito de toda mulher a ser livre de violência, abrange, entre outros, o direito a ser livre de todas as formas de discriminação, além do direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e costumes sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade e subordinação.

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

No que refere-se à violência de gênero, pode-se considerar a violência física, sexual e psicológicas ocorridas no âmbito privado e público, podendo ser mantidas inclusive pelo Estado e seus agentes. Como já mencionado, esse tipo de violência se manifesta através das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais, ocorridas entre homens e mulheres.

A violência obstétrica, tema deste ensaio, corresponde a uma forma específica de violência de gênero, vez que há utilização arbitrária do saber técnico por parte de profissionais da saúde no controle dos corpos e da sexualidade das parturientes. Esta forma de violência caracteriza-se

“pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, o que pode culminar com conseqüências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das mulheres”. (SAUAIA, SERRA, 2016. p. 130)

Há que se reiterar que a parturiente possui uma série de direitos previsto na Constituição Federal. São eles a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito (art. 1º, III/CF), o princípio da igualdade (art. 5º, I/CF) que a protege de todas as formas de discriminação, o princípio da legalidade (art. 5º, II/CF) que assegura a autonomia à mulher e, ainda, a proteção à vida, à saúde, à maternidade e à infância.

Contudo, como vemos, esses direitos tem sido desrespeitados. Por conseqüência, este ensaio se justifica pela relevância social e jurídica do tema, além de sua atualidade e utilidade não só para os estudiosos do Direito, mas como forma de esclarecimento à todos que se interessam pelo assunto.

2. AS FORMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Atualmente, o parto vem sendo percebido como um processo patológico, que tem resultado na adoção da tecnologia do parto dirigido, onde a mulher se encontra, geralmente, semi-imobilizada, com as pernas abertas e levantadas, privada de alimentos e líquidos por via oral, sujeita à utilização de drogas para a indução do parto e ao uso rotineiro de episiotomia e eventual fórceps. Esse é o modelo de atenção ao parto mais comum no Brasil, sendo realizado, quase sempre, por um médico em uma instituição hospitalar.

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

Define-se como violência obstétrica uma forma de violência contra a mulher, atos realizados por profissionais da saúde em relação ao corpo e os processos reprodutivos das mulheres, ocorrendo ao longo do processo de parto. Esse tipo de violência ocorre por meio do excesso de intervenções e onde os processos naturais sejam tratados como um problema. Segundo Diniz *et al.* (2015), outras descrições também são utilizadas para o mesmo fenômeno, tais como violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, assistência desumana/desumanizada, violações aos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros.

Em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) em sua carta de fundação, parte do reconhecimento das “circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência”. Como visto, um conjunto de definições de violência obstétrica tem sido proposto, sendo a que consta em lei orgânica sobre os direitos das mulheres e uma vida livre de violência, da Venezuela, a pioneira em tipificar esta forma de violência, conforme a seguir.

Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização mundial da Saúde (OMS) publicou em fevereiro do ano passado novas diretrizes sobre padrões globais de atendimento às mulheres grávidas, com o objetivo de reduzir o uso desnecessário de algumas intervenções médicas como, por exemplo, a cesárea. Ainda segundo a OMS, os abusos e desrespeitos no parto em instituições de saúde acontecem de formas variadas, como abusos verbais e humilhações, violência física, ausência de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos ou procedimentos médicos coercivos, falta de privacidade, recusa em administrar analgesia, entre outros. Estas formas de violência serão mais detalhadamente tratadas a seguir.

2.1 Episiotomia

A episiotomia caracteriza-se por um procedimento cirúrgico realizado pelos médicos para aumentar a abertura do canal vaginal com uma incisão realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Segundo Oliveira e Miquilini (2005),

Episiotomia é uma incisão cirúrgica na região da vulva, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a liberação do concepto e evitar lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo. A incisão costuma ser feita quando a cabeça fetal está suficientemente baixa, a ponto de distender o períneo, porém, antes de ocorrer uma distensão exagerada. (OLIVEIRA, MAIQUILINI, 2005. p. 289)

A pesquisa Nacer no Brasil, coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, realiza um inquérito nacional sobre o parto e o nascimento no país. De acordo com os dados coletados no projeto, a episiotomia é realizada em cerca de 53,5% dos partos via vaginal no Brasil, enquanto a recomendação da OMS é que seja realizada em 10% deles. No caso de mulheres que estão tendo seu primeiro filho, o índice chega a 74%. Apesar de ser uma prática comum no cenário obstétrico, salienta-se que o procedimento foi introduzido na rotina obstétrica sem qualquer evidência sobre sua efetividade, razão pela qual deseja-se torná-la uma técnica restrita.

De acordo com Diniz (2003), o uso da episiotomia é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes. Ademais, consoante o dossiê “Violência Obstétrica – Parirás com Dor”, no Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da paciente e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco se informa à mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências.

2.2 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller é usada com frequência em hospitais com o objetivo de acelerar a expulsão do feto. Consiste em uma manobra na parte superior do útero, durante as contrações

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

do parto, com a finalidade de empurrar o bebê em direção à pelve. Podem ser utilizadas para isso as mãos, braços, antebraço, joelho e em casos mais extremos e absurdos as pessoas sobem no abdômen da parturiente (SAUAIA, SERRA, 2016. p. 135).

De acordo com Leal *et al.* (2012), essa manobra ainda é frequentemente realizada na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica (que prejudica a dinâmica do parto e prejudica a oxigenação do bebê), comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de kristeller é 104 proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário

A intervenção é um flagrante desrespeito à integridade física e nos casos mais comuns pode provocar lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões, além disso, gera violência psicológica à gestante.

2.3 Aplicação de ocitocina

A ocitocina é um hormônio que acelera o processo de contrações uterinas acelerando o trabalho de parto, entretanto, o próprio corpo se encarrega de produzi-lo. A ocitocina artificial, que é ministrada em forma de “soro” e usada de forma indiscriminada, tem papel de acelerar o trabalho de parto. Sem indicação correta, causa o aumento significativo das dores durante as contrações e, se não for controlada, pode causar sérias complicações para a mulher e o feto, podendo levar a dor e sofrimento desnecessários e aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além de causar dificuldades na oxigenação do bebê, bem como dano cerebral ao mesmo.

2.4 Cesárias eletivas

Muitos fatores estão envolvidos no excesso de cirurgias cesarianas. Entre eles, fatores relativos às parturientes; fatores culturais gerais como a pressão da cultura da cesárea influenciando médicos, parturientes e sociedade em geral, organização do modelo de assistência ao parto e fatores relativos aos médicos. Consoante Tesser *et al.* (2011), as mulheres que preferem a cesárea como via de parto são influenciadas pelos fatores culturais e pelos médicos

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

que as assistem. Embora algumas mulheres realmente escolham essa via para o nascimento de seus filhos, as pesquisas realizadas mostram que essa não é a escolha da maioria das usuárias.

Isso também é o que mostram os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Ainda que a OMS preconize como ideal uma taxa de parto cesáreo inferior a 15%, com base no banco de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) a proporção de partos cesáreos no Brasil elevou-se de 52,3% em 2010 para 55,6% em 2012. Segundo o Ministério da Saúde (MS) a rede privada tem registrado um elevado índice de parto cesáreo que chega a 82% e de 37% na rede pública. As mulheres que fizeram uso dos serviços privados tiveram maiores chances de serem submetidas a cesariana eletiva, que acontece quando o parto cirúrgico é agendado antes da gestante entrar em trabalho de parto. Já no Sistema Único de Saúde (SUS) essa possibilidade diminui para as clientes que o buscaram como referência para o parto. (ANJOS, WESTPHAL, GOLDMAN, 2014)

Ainda assim, o crescimento das taxas de cesárea no Brasil atingiu níveis tão preocupantes que, a partir de 1998 o Ministério da Saúde publicou várias portarias, sendo a primeira a portaria 2.816, visando à redução das taxas de cesárea nos hospitais do Sistema Único de Saúde, estabelecendo um bloqueio do pagamento das cesáreas que ultrapassassem um máximo de 40% dos partos do hospital. (TESSER *et. al.*, 2011)

De acordo com Sauaia e Serra (2016, p. 136), a cesárea eletiva é aquela “realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e feita conforme a conveniência médica, antes mesmo do início do trabalho de parto, dissuadindo muitas vezes a mulher quanto à sua necessidade e também a coagindo”.

No mesmo sentido, Tesser *et al.* (2011) explica que, no momento do parto, a mulher encontra-se sobre fragilidade e o poder determinante da autoridade médica e o ambiente hospitalar são por si só autoritários, o que facilitaria a dissuasão da parturiente.

Um dos fatores associados à cirurgia cesariana, mesmo em hospital escola, foi que o médico responsável pela assistência tenha uma taxa pessoal de cesarianas alta (maior que 35%). Vários fatores ligados aos médicos podem ser relacionados como forças alimentadoras da realização de cesáreas desnecessárias: simples conveniência, facilidade de agendamento (em pacientes privados e públicos), rapidez no parto, receio de processos de má prática ou questionamento pelos comitês de mortalidade materno-infantil (a chamada medicina defensiva – embora não existam dados nacionais a respeito), adesão ideológica à cesárea (crença na tecnologia cirúrgica

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

como mais segura e inócua) e a crença de que as mulheres preferem e solicitam a cesárea. (TESSER et. al., 2011)

Como citado anteriormente, em geral, a cesariana é indicada quando o trabalho de parto é contraindicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja alcançado com segurança, em intervalo de tempo necessário e seguro, de forma a prevenir morbidade fetal ou materna.

Pelo fato de tratar-se de uma intervenção cirúrgica, a cesárea oferece riscos tanto à parturiente quanto ao bebê. Pode implicar em complicações maternas menores como episódios de febre ou perda maior do volume de sangue, até eventos maiores como lacerações acidentais das vísceras, infecções e acidentes anestésicos. Por estes motivos, as evidências médicas indicam que as taxas de mortalidade materna em decorrência de cesárea são até sete vezes maiores do que nos partos normais. (BRASIL, 2008)

Diversos estudos vêm demonstrando que a preferência por cesárea não é das mulheres, que existem fatores não clínicos influenciando a indicação da via de parto e que os médicos exercem importante influência nessa decisão.

2.5 Restrições da Posição para o parto

A restrição da posição para o parto conforme a preferência da mulher é uma das formas mais frequentes de violência obstétrica. O uso rotineiro da posição de litotomia, que é aquela em que o corpo está deitado com a face voltada para cima, joelho e quadril flexionados a 90 graus, expondo o períneo, com o auxílio ou não de estribos, prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para muitas gestantes e pode dificultar a oxigenação do feto. (SAUAIA, SERRA, 2016. p. 137)

A Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispõe sobre o regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e assegura à gestante, no que diz respeito aos processos operacionais assistenciais, “condições de escolha de diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos”.

2.6 Proibição de acompanhante

Outra forma de violência obstétrica é a proibição de acompanhante durante o parto. Tal medida descumpra a Lei 11.108/2005 e a supracitada RDC nº 36/2008 da ANVISA, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, também chamada Lei do Acompanhante, foi um marco na representação do reconhecimento do bem-estar da parturiente, nas perspectivas da Medicina Baseada em Evidências e da Humanização. De acordo com o artigo 19 da referida lei, “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”. (BRASIL, 2005) A lei define, ainda, que o acompanhante será indicado pela parturiente.

O direito ao acompanhante é reafirmado pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 3 de junho de 2008, trazendo ainda informações sobre a estrutura física, biossegurança, prevenção e controle de infecção para trabalhadores, mulheres e seus acompanhantes. Já a Resolução Normativa nº 211 da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de 11 de janeiro de 2010, considera ilegal a cobrança de despesas do acompanhante para planos de saúde que contemplem o atendimento hospitalar com obstetrícia, seja em modalidade de quarto coletivo (enfermaria) seja privativo (individual).

Segundo o dossiê “Violência Obstétrica - Parirás com Dor”, as pesquisas apontam que presença de um acompanhante no parto apresentou diversos benefícios para mãe e para o bebê e desde 1985 a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado que a mulher tenha um acompanhante no parto. Dos benefícios proporcionados apenas pela presença de um acompanhante: diminuição do tempo de trabalho de parto, sentimento de confiança, controle e comunicação, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor necessidade de parto operatório ou instrumental, menores taxas de dor, pânico e exaustão, menores escores de Apgar abaixo de 7, aumento dos índices de amamentação, melhor formação de vínculos mãe-bebê, maior satisfação da mulher, menos relatos de cansaço durante e após o parto. Caso o nascimento seja por uma cesárea, os benefícios da presença do acompanhante incluem: diminuição do

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

sentimento de ansiedade, diminuição do sentimento de solidão, diminuição do sentimento de preocupação com o estado de saúde do bebê, maior sentimento de prazer, auxílio na primeira mamada, maior duração do aleitamento materno.

Apesar da norma existente, dados apresentados no trabalho de Sauaia e Serra (2016, p. 138) apontam que menos de 20% das mulheres se beneficiam da presença contínua do acompanhante durante todo o período de internação, sendo esse ainda um privilégio das mulheres com maior renda e escolaridade, brancas, usuárias do setor privado e que tiveram cesarianas como opção de parto.

2.7 Violência psicológica

A violência psicológica também é uma forma de violência contra mulher, embora este tipo de agressão pareça um pouco invisível. Segundo o artigo 7º, inciso II, da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha,

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

Dentre as formas de violência obstétrica pode ser encontrado o conceito de violência psicológica. Quando relacionada à violência obstétrica, a violência psicológica caracteriza-se por condutas como a privação de informações à parturiente acerca dos procedimentos realizados; a realização de comentários ofensivos, insultuosos, discriminatórios, humilhantes ou vexatórios; tratar a parturiente de forma grosseira, sugerindo abandono, inferioridade ou insegurança; expor a parturiente a situações de medo, proibindo-a de expressar suas dores ou emoções; dificultar o contato entre a mãe e o recém nascido; reprimir a parturiente por qualquer características ou ato físico como altura, peso, opção sexual, raça, pelos, evacuação, dentre outras práticas amplamente condenadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

3. REFLEXÕES SOBRE O CENÁRIO BRASILEIRO DO PARTO

No Brasil, o tema da violência obstétrica já vinha sendo abordado em trabalhos feministas dentro do ambiente acadêmico e fora dele. Segundo Diniz *et al.* (2015), o primeiro deles foi Espelho de Vênus, do Grupo Ceres, na década de 1980. Tratava-se de uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta. Diniz *et al.* (2015) explicam, também, que a violência obstétrica já era assunto tratado em políticas públicas de saúde no final da mesma década. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo, reconhecia o tratamento impessoal e, muitas vezes, agressivo das atenções à saúde das mulheres.

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

O cenário brasileiro no que refere-se ao parto é preocupante quando trata-se dos partos cesárea. Segundo dados do ano de 2015 da Organização Mundial de Saúde, as taxas de cesáreas são efetivas para salvar vidas de mães e crianças, mas quando indicadas ao caso e feitas em ambiente seguro.

De acordo com Sauaia e Serra (2016),

os índices alarmantes de cesáreas estão intrinsecamente relacionados a ideações culturais introjetadas a partir das quais o parto cesariano é uma forma mais moderna e higiênica de parto, sendo uma escolha para as gestantes que tem maior poder aquisitivo, enquanto o parto normal é tido como feio, primitivo e sujo, realizado apenas com as que não possuem condições de arcar com os custos vultuosos de uma cesariana. (SAUAIA, SERRA, 2016. p. 130)

Outro ponto salientado pelas autoras é o fato do parto normal der um processo doloroso e arriscado no Brasil, gerando sofrimento à parturiente. Este seria também um dos fatores que mais influem para configuração desta problemática.

No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005, p. 231).

Dessa forma, pode observar-se que o excesso de realização de cesáreas no país pode estar ligado a fatores inerentes à violência obstétrica e a questões culturais. Essa forma de

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

violência, como já conceituado anteriormente, se caracteriza pela violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea ou abortamento. Ela pode se dar de forma verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de maneira explícita ou não. Pode, ainda, ser caracterizada pela prática de intervenção danosas que prejudiquem tanto a saúde física e psíquica da mãe, desrespeitando sua autonomia quanto às decisões durante o parto.

O Brasil não possui legislação específica sobre o tema em seu sistema jurídico, mas aborda a questão de forma genérica. Além disso, consta ainda em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei 7.633/2014, de autoria do deputado Jean Wyllys, do PSOL/RJ. Tal projeto institui regras e dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. O projeto traz um enfoque sobre a questão do parto humanizado frente à prática freqüente de cesarianas, com o objetivo de mantê-las dentro do percentual indicado pela OMS, que é de 15%.

Necessário mencionar também que este problema não é apenas registrado no Brasil. A violência obstétrica tem se espalhado por diferentes partes do mundo de maneira preocupante e discreta, visto que muitas mulheres que a sofrem não a reconhecem como tal. Nossa sociedade ainda encara o parto como um momento de “dor necessária”. Em alguns casos, quando a parturiente se dá conta da violência praticada contra ela, opta por calar-se vez que encontra-se em situação vulnerável em relação ao profissional que a atende ou por não sentir-se apoiada em fazer uma denúncia.

Como já visto, durante a gestação, a violência obstétrica pode ser caracterizada pela negação de atendimento à mulher ou ainda pela imposição de alguma dificuldade ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal; qualquer espécie de comentários constrangedores à mulher; negligenciar atendimento de qualidade; agendar cesárea sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo simplesmente aos interesses e conveniência do médico.

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Da mesma forma, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas. A pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, mostrou que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência nos serviços de saúde durante a atenção ao parto, tanto públicos quanto privados. (ZANARDO, 2017. p. 5)

Já durante o parto, as formas mais comuns deste tipo de violência são a recusa de admissão em hospital ou maternidade, gerando uma peregrinação por leito; impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher, aplicação de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia de rotina; manobra de Kristeller; cesáreas eletivas, restrição da posição do parto; violência psicológica; impedir ou retardar o contato do bebê com a mãe logo após o trabalho de parto; impedir o alojamento conjunto da mãe e do bebê ou o aleitamento, além de outros procedimentos dolorosos, desnecessários e humilhantes como uso de lavagem intestinal, retirada de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exames de toque sucessivos e por profissionais diferentes para verificação de dilatação, privação de alimentos e água, imobilização de braços e pernas entre outros.

Relativamente ao aborto, é importante ressaltar que suas complicações são uma das principais causas de mortalidade materna registradas no Brasil, sendo considerado que este dado é subnotificado devido às questões legais, culturais, religiosas de mulheres e profissionais da saúde. Em 2002, de acordo com o dossiê “Violência Obstétrica - Parirás com Dor”, 11,4% de todas as mortes maternas foram relacionadas a complicações registradas em aborto.

Mulheres em situação de abortamento espontâneo ou induzido que dão entrada em serviços de saúde de atenção obstétrica e pronto socorros frequentemente encontram dificuldades para conseguir atendimento adequado e humanizado. A dificuldade de acesso a serviços qualificados de saúde por ser considerada como um fator indireto que contribui com a ocorrência da mortalidade materna.

Nos casos de aborto, a violência obstétrica pode ser caracterizada por negativa ou demora ao atendimento à mulher em situação de aborto, questionamento à mulher quanto à causa (se intencional ou não), realização de procedimentos invasivos sem explicação, consentimento e anestesia, ameaças, acusação e culpabilização da mulher, etc.

4. CONCLUSÃO

A partir das reflexões apresentadas, constata-se que a violência obstétrica é uma forma de violência de gênero específica, posto que abrange condutas e/ou omissões praticadas pelos profissionais da saúde no controle do corpo e da sexualidade das mulheres, além de estar permeada por significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão.

Constata-se, também, a necessidade de divulgação do tema por meio de políticas públicas de prevenção, bem como da urgência de conscientização da população em geral sobre o parto humanizado para que as gestantes e parturientes possam reconhecer e pleitear seus direitos de forma efetiva. Isso porque, infelizmente, o número de mulheres que sofrem violência obstétrica é expressivo.

Por fim, observou-se que embora o Brasil possui regras que versem sobre violência obstétrica e humanização do parto, elas são genéricas. Não há no ordenamento jurídico brasileiro uma lei específica que dê conta do tema de forma satisfatória. Consta ainda em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei 7.633/2014, de autoria do deputado Jean Wyllys, do PSOL/RJ, que institui regras e dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal. As regras previstas aplicam-se, conforme o texto, às instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), privadas de saúde suplementar e filantrópicas. Profissionais e estabelecimentos que não cumprirem as normas poderão ser punidos civil, penal e administrativamente, de acordo com a proposta. Porém o regramento ainda deve ser analisado pelas comissões de Educação, Seguridade Social e Família, Constituição e Justiça e Cidadania para ser aprovado.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Cinthia S., WESTPHAL, Flavia., GOLDMAN, Rosely E. “Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa”. *Enfermagem obstétrica*. Ed. 1. Rio de Janeiro. p. 86 – 94, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

BRASIL. Decreto nº 1973, de 1º de agosto de 1996. *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher*, Brasília, DF, ago 1996.

BRASIL. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. *Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal*, Brasília, DF, jun 2008.

BRASIL. *Lei Federal nº 11.108*, de 7 de abril de 2005. Brasília, DF, abr 2005.

DAHLBERG, Linda L., KRUG, Etienne G. “Violência: um problema global de saúde pública”. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra. OMS: 2002.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina/ USP, São Paulo. [Acesso em: 04 de maio de 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/34010137_Entre_a_tecnica_e_os_direitos_humanos_possibilidades_e_limites_da_humanizacao_da_assistencia_ao_parto

DINIZ, Simone Carmen Grilo. *Campanha pela abolição da episiotomia de rotina*. 2003. [Acesso em: 24 de abril de 2018]. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>

DINIZ, Simone Grilo et al. *Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção*. *J. Hum. Growth Dev.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. [Acesso em: 07 de novembro de 2019]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso

LEAL, Maria do Carmo et al. *Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Resultados preliminares.

OLIVEIRA, Sônia Maria J. V., MIQUILINI, Elaine Cristina. “Frequência e critérios para indicar a episiotomia”. *Rev. Esc. Enferm USP*. Ed. 39. São Paulo. p. 288-295, 2005.

República Bolivariana de Venezuela. *Leyorgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas: UNFPA; 2007.

SAUAIA, Artenira da S. e S., SERRA, Maiane Cibele de M. “Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco”. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade*. Volume 2. Brasília: nº1, p. 128-147, 2016.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; RIGON, T.; BAVARESCO, G.Z. *Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil*. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.2, n.1, p.04-12, 2011.

Volume 6 – Número 2 (2019) - Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneve: WHO; 2018 [acesso em 24 de abril de 2018]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-diretrizes-para-reduzir-intervencoes-medicadas-necessarias-no-parto/>

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017 . [acesso em 04 de maio de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=pt&nrm=iso